

Université PARIS 13 – Nord (Villetaneuse)
École Doctorale Érasme
UFR Lettres, Sciences de l'Homme et des Sociétés
Département de Sciences Humaines et Sociales

THESE

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université Paris 13

Discipline : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement par

Mirka SOARES MESQUITA

Le 14 décembre 2012

**Aux frontières de l'autisme infantile précoce et de la
psychose infantile**

*La place d'importance de la psychanalyse dans le champ de la psychiatrie
de l'enfant*

Membres du Jury :

M. Eric Bidaud (Directeur de thèse)

Mme. Marie-Claude Fourment (Président du jury)

M. Leandro de Lajonquière (Rapporteur)

Mme. Clara Virginia de Queiroz

M. Eric Toubiana

*A tous les enfants dont la parole nouée mérite d'être
prise en compte, en corps et âme.*

*A ma famille, mon point de départ ;
A mes professeurs, mon inspiration ;
A mes amis, mes plus belles rencontres ;
A mon compagnon, mon plus doux avenir ;*

A vous tous, mes remerciements les plus sincères.

Mes remerciements vont spécialement aux membres du jury, notamment à Eric Bidaud, pour m'avoir orienté au long de ce trajet avec la sympathie et l'attention qui lui sont propres.

Je remercie également Marie-Claude Fourment, grâce à qui un premier accueil en France et à l'Université Paris 13 a été possible.

J'adresse mes remerciements spéciaux à Leandro de Lajonquière et Marie-Rose Moro, qui ont bien voulu être les rapporteurs de cette thèse, ainsi que Eric Toubiana qui a bien accepté de participer à ce jury.

Merci encore à mes professeurs brésiliens, Karla Patricia Holanda Martins, Maria Celina Lima Peixoto, et spécialement à Clara Virginia de Queiroz, qui a la charge de représenter le trio dans ce jury. Vous êtes à la base de ce travail.

Aux frontières de l'autisme infantile précoce et de la psychose infantile
La place d'importance de la psychanalyse dans le champ de la psychiatrie de l'enfant

Résumé

La présente étude trouve son point de départ dans un phénomène actuellement observable dans le champ pédopsychiatrique : le rejet de la psychanalyse et du terme de psychose infantile au nom d'une « psychiatrie scientifique ». Nous partons de l'hypothèse que ce double escamotage donne place à l'utilisation exacerbée du concept d'autisme et de son association aux facteurs purement biogénétiques, remarquable depuis quelques décennies. Nous considérons que ces changements représentent un vrai danger à la pratique diagnostique et thérapeutique car, l'autisme comme la psychose, étant mis dans un « même sac », seront confrontés à des prises en charge essentiellement médicamenteuses et éducatives. La présente étude soutient donc l'élaboration d'une clinique différentielle entre ces deux positions subjectives. Pour ce faire, nous nous appuyons sur trois optiques distinctes, mais tout de même complémentaires : une historique, où nous cherchons à comprendre les liens de parentalité entre les concepts d'autisme et psychose, ainsi que celui entre pédopsychiatrie et psychanalyse ; une structurale qui nous permet de mieux cerner la nature des phénomènes observables de ces deux positions subjectives ; et une clinique qui illustre nos questions autour de la confusion symptomatologique entre l'autisme et la psychose infantile. Nous concluons ainsi qu'un retrait autistique peut être présent chez des enfants dont les entraves suivent plutôt une logique structurale psychotique. L'importance de cette étude porte donc sur la reconnaissance de l'écoute épurée à la parole du sujet comme élément essentiel à toute prise en charge de la souffrance psychique chez l'enfant.

Mots-clés

Autisme infantile précoce, psychose infantile, diagnostic différentiel, structure.

The borders of early infantile autism and childhood psychosis
The place of psychoanalysis in the field of child psychiatry

Abstract

This study finds its starting point in a phenomenon currently observed in the psychiatric field: the rejection of the term infantile psychosis and psychoanalysis in the name of "scientific psychiatry". We hypothesize that this double retraction gives room for heightened use of the concept of autism and its association with purely biogenetic factors, remarkable for several decades. We believe these changes represent a real danger to the diagnostic and therapeutic practice because autism as psychosis, put in a "lumped", will face with primarily medicine and education supports. This study therefore supports the development of a differential clinic between these two subjective positions. To do this, we rely on three distinct opticals, but still complementary : historical, where we discuss the link between the concepts of autism and psychosis, as well as between psychiatry and psychoanalysis ; structural, which allows us to better understand the nature of the observable phenomena of these two subjective positions ; and clinical which illustrates our questions around the symptomatic confusion between autism and childhood psychosis. We conclude that autistic withdrawal may be present in children which barriers rather follow a structural psychotic logic. The importance of this study therefore is the focus on the recognition of the purified listening to the speech of the subject as an essential element of any management of mental suffering in children.

Keywords

Early infantile autism, infantile psychosis, differential diagnosis.

TABLE DES MATIÈRES

○ INTRODUCTION	
<i>Querelle autour du diagnostic différentiel de l'autisme et de la psychose infantile</i>	21
1. Un souci épistémologique au centre de la question.....	23
2. L'avis simplificateur des psychiatres.....	24
3. L'autisme en avant, la psychose infantile en arrière.....	26
4. Le rejet de la psychanalyse	27
5. De la psychanalyse pour mieux comprendre les troubles du développement	28
6. Plan de travail.....	29
○ PARTIE I : APPROCHE HISTORIQUE	
<i>Les polémiques revisitées</i>	35
1. Un détour par l'histoire.....	36
2. Le lien de filiation entre l'autisme et la psychose : une étude généalogique.....	38
3. La psychanalyse comme marqueur du temps en psychiatrie de l'enfant : l'avant, le pendant et l'après.....	38
CHAPITRE 1	
<i>La préhistoire de la psychiatrie de l'enfant : Les ancêtres des enfants autistes et psychotiques</i>	41
1. Les représentations de l'enfant malade mental.....	43
1.1. L'antiquité et l'absence d'enfants malades mentaux.....	44
1.2. Le Moyen Âge et l'enfant du bien et du mal.....	47
1.3. L'enfant à l'ère scientifique : entre la sauvagerie et la folie	50
1.4. De la Démence précoce à la Démence précocissime.....	56
2. Le souci du diagnostic et de la prise en charge de l'enfant en souffrance psychique.....	59
2.1. La distinction entre la folie et l'idiotie.....	61
2.2. L'inacceptation de la folie chez l'enfant	66
2.3. Médecins et Éducateurs : la dispute autour de la prise en charge de l'enfant inadapté.....	68

CHAPITRE 2

La psychanalyse aux origines de la psychiatrie de l'enfant :

L'émergence du concept d'autisme et psychose infantile..... 73

1. Les apports de la psychanalyse au champ de la pédopsychiatrie.....75
 - 1.1. La notion freudienne d'infantile..... 76
 - 1.2. Freud et la nosographie psychiatrique.....78
2. L'émergence des concepts d'autisme et psychose infantile.....83
 - 2.1. La schizophrénie infantile..... 85
 - 2.2. Kanner et l'autisme infantile précoce.....88
 - 2.3. Asperger et la psychopathie autistique.....93
3. Le rapport entre l'autisme et la psychose infantile
dans les théorisations psychanalytiques.....95
 - 3.1. Klein : le noyau psychotique..... 96
 - 3.2. Mahler : psychose autistique/psychose symbiotique.....98
 - 3.3. Winnicott : les défaillances du maternage..... 100
 - 3.4. Bettelheim : les expériences extrêmes.....103
 - 3.5. Tustin : carapaces de l'autisme.....105
 - 3.6. Dolto : la parole nouée..... 108
 - 3.7. Mannoni : l'antinosographie.....110
 - 3.8. Meltzer : le conflit esthétique..... 112
 - 3.9. Lefort : la distinction structurale 114

CHAPITRE 3

L'actualité de la psychiatrie de l'enfant : l'ascension des courants scientifiques

et le rejet de la psychanalyse

Le boom de l'autisme et la disparition de la psychose infantile.....117

1. Le souci scientifique de la psychiatrie.....118
 - 1.1. L'erreur de la psychanalyse.....120
 - 1.2. L'alliance aux courants scientifiques..... 124
2. L'évolution des concepts d'autisme et de psychose infantile
dans les manuels de classification.....128
 - 2.1. La psychiatrie américaine et le DSM..... 129
 - 2.2. Le front psychiatrique français et le CFTMEA.....134
 - 2.3. La vision globale du CIM.....136
 - 2.4. Les équivalences des nomenclatures.....137
3. Les effets du tournant scientifique..... 139
 - 3.1. Le boom de l'autisme140
 - 3.2. Le déclin de la psychose infantile 146

CHAPITRE 4

*Un rappel aux origines médico-philosophiques de la psychiatrie :
pour l'avenir de l'autisme et de la psychose infantile..... 151*

1. Des empreintes socio-culturelles dans les classifications des
maladies mentales..... 154
2. Psychose ou autisme : le tournant du tout ou rien.....162
3. Le fantasme médico-philosophique..... 171
4. Psychanalyse et neurosciences : un dialogue est-il possible ?..... 177

○ PARTIE II : APPROCHE STRUCTURALE

L'importance de la psychanalyse pour la nosographie psychiatrique..... 185

1. Peut-on parler de nosographie psychanalytique ?..... 185
2. Les efforts pour démarquer la psychose187
3. Les querelles actuelles sur la nosographie psychiatrique..... 190
4. La difficulté de cerner l'autisme.....192
5. L'analyse structurale comme organisatrice nosographique.....195
6. De l'embarras.....196

CHAPITRE 5

Les temps de structuration du sujet..... 201

1. Les temps de subjectivation..... 202
 - 1.1. La phase fœtale : état de fusion mère-fœtus 203
 - 1.2. La naissance comme première fracture.....205
 - 1.3. Essai de fusion..... 207
 - 1.4. La rencontre avec les symboles : la deuxième fracture..... 208
 - 1.5. L'aliénation du sujet dans le désir de l'Autre209
 - 1.6. Les absences de la mère comme troisième fracture.....212
 - 1.7. L'émergence du moi..... 215
2. Les niveaux de structuration..... 218
 - 2.1. La rencontre avec l'autre primordial.....218
 - 2.2. L'inscription du Nom-du-Père.....224

CHAPITRE 6

*La psychose et l'autisme infantile précoce comme
positions subjectives distinctes face à l'Autre 227*

1. Les positions subjectives en-deçà de la castration.....228
 - 1.1. L'avènement de l'autisme : forclusion totale..... 229
 - 1.2. L'avènement de la psychose infantile :
forclusion du Nom-du-Père..... 236
2. Du rapport à l'Autre..... 242
 - 2.1. Autisme : l'Un qui s'oppose à l'Autre.....242

2.2. L'enfant psychotique face à l'Autre.....	248
3. Discussion : l'avis des psychanalystes	249

CHAPITRE 7

<i>Les spécificités du rapport au langage chez les enfants autiste et psychotique.....</i>	<i>257</i>
--	------------

1. La place du langage dans la théorie psychanalytique.....	258
1.1. Freud et le début d'une pratique métadiscursive.....	258
1.2. Le parlêtre lacanien.....	259
2. Être Humain, être du langage.....	261
2.1. La voix : objet pulsionnel.....	261
2.2. Du cri à la parole.....	263
3. Les effets du langage dans l'autisme.....	266
3.1. Mutisme et verbiage autistique.....	268
4. Les effets du langage dans la psychose.....	274
4.1. Désorganisation sémantique	276
5. Discussion : langage-outil/langage-organe.....	281

CHAPITRE 8

<i>Les spécificités du rapport au corps chez les enfants autiste et psychotique</i>	<i>285</i>
---	------------

1. La place du corps dans la théorie psychanalytique.....	286
1.1. Freud et le corps pulsionnel.....	286
1.2. Lacan et le corps-jouissance	288
2. « Et le corps se fait verbe... ».....	289
2.1. Miroir : un lieu sans lieu.....	291
2.2. Visage et regard.....	296
3. Le corps de l'enfant autiste.....	299
3.1. Le bord autistique.....	301
4. Le corps de l'enfant psychotique.....	308
4.1. Le débordement psychotique.....	309
5. Discussion : bord autistique/débordement psychotique.....	312

○ PARTIE III : APPROCHE CLINIQUE

<i>La nouvelle nosographie pédopsychiatrique mise en cause par la clinique du sujet.....</i>	<i>319</i>
--	------------

1. La mort du sujet dans la clinique psychiatrique.....	324
2. Pour le retour d'une clinique du sujet	325

CHAPITRE 9

Autisme et Psychose infantile : confusions symptomatologiques.....329

1. L'analyse du cas Gabriel.....330
 - 1.1. Le cadre institutionnel.....332
 - 1.2. L'insertion scolaire : un champ de possibilités et d'entraves à la psychanalyse.....333
 - 1.3. Premiers contacts et premières impressions.....335
 - 1.4. Confusions symptomatologiques.....347
 - 1.5. Les brèches de la forteresse.....354
 - 1.6. La marionnette comme double.....358
 - 1.7. Les rapports familiaux.....361
 - 1.8. Le complexe d'œdipe perturbé.....366
 - 1.9. Des enlacements psychiques.....374
 - 1.10. Le transfert.....378
 - 1.11. Éclosions.....382
 - 1.12. La naissance du sujet.....388
 - 1.13. Vers une nouvelle étape.....392
 - 1.14. Handicap autistique : plus de mots à dire !.....396

○ CONCLUSION

Réflexions.....403

1. Des définitions et nomenclatures.....406
 - 1.1. L'autisme infantile précoce.....407
 - 1.2. L'autisme régressif.....410
 - 1.3. L'autisme comme symptôme de la psychose infantile.....413
2. Dernières réflexions.....415

○ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....417

INTRODUCTION

*Querelle autour du diagnostic différentiel de l'autisme et de la
psychose infantile*

Il y a toujours quelque chose d'absent qui me tourmente

Camille Claudel

La querelle autour de la clinique différentielle de l'autisme et de la psychose infantile a déjà entamé beaucoup de discussions parmi les chercheurs du champ de la santé mentale. De nombreux débats ont vu le jour afin de clarifier cette controverse nosologique mais, hélas, celle-ci demeure toujours confuse, polémique et chargée de nombreuses zones d'ombres. Malgré l'évolution des connaissances scientifiques et psychopathologiques autour du sujet, il reste tout de même difficile d'opérer une définition claire entre ces deux termes qui portent jusqu'à présent des conceptions floues et paradoxales, raison pour laquelle on voit encore perdurer ces denses questionnements au cours des années, voire des siècles.

Lorsqu'on se trouve impliqué dans cette problématique, soit dans la place de chercheurs ou professionnels soit dans la place des parents, on éprouve un fort besoin d'interroger les fondements et utilisations de ces deux termes. Démarrons-en donc par les malentendus à propos de la construction grammaticale qui les accompagne très souvent. Ces deux termes se trouvent assez fréquemment employés ensemble dans des titres d'articles scientifiques et livres dédiés à ce sujet, apparaissant comme liés par la conjonction « et », transmettant une subtile et automatique idée de distinction, à l'instar de « hystérie et obsession » ou « névrose et psychose ».

Et bien que cette notion de distinction soit transmise dans cette construction grammaticale, celle-ci produit également une forte idée de proximité entre ces termes, puisque la conjonction « et » établit systématiquement une relation de coordination entre deux éléments distincts ayant pourtant une même nature. Ceci nous apprend que des traits distinctifs sont fortement préservés dans le rapport entre ces deux entités, quoique leur proximité soit aussi bien attestée. De prime abord, on est naturellement conduit à conclure qu'il s'agit de deux entités nosologiques qui gardent leurs spécificités, mais qu'elles ne sont pas pour autant opposées – ou complètement distinguées – l'une de l'autre.

La subtilité présente dans cette construction grammaticale est rapidement repérée dans le développement des idées qu'elle propose. Lorsqu'on s'en tient au contenu des livres, articles et congrès ayant comme intitulé « autisme et psychose infantile », on aperçoit rapidement qu'il y a – dans la plupart des cas observés – une légère généralisation du sujet soit autour de l'autisme soit autour de la psychose, transmettant ainsi une idée d'uniformisation des

concepts. Pour ceux qui cherchent à trouver leurs spécificités ou tout simplement à comprendre le lien qui les unit, un tel manque de précision les interroge.

Nous sommes bien surpris lorsque nous découvrons qu'il s'agit là d'une pratique tendancieuse de la clinique différentielle, particulièrement en psychiatrie, et de la conceptualisation des entités nosologiques due à la difficulté à cerner objectivement les spécificités des maladies mentales. Ce fait a été déjà signalé par Lacan dans ses écrits lorsqu'il fait référence à la même complexité à démarquer les limites entre les structures de névrose et psychose : « On sait qu'il y a, dit-il, pour chaque structure, un mode de conceptualisation qui lui est propre. Mais comme on entre par là dans la voie des complications, on préfère s'en tenir à la notion moniste d'une déduction du monde. Ainsi, on s'égarer. »¹ Face à la complexité d'établir une distinction nette entre ces deux entités psychopathologiques qui semblent proches, on finit systématiquement pour les généraliser afin de les simplifier.

Certains considèrent que cette forte proximité entre les concepts d'autisme et de psychose infantile ainsi que la tendance à les prendre dans la généralisation se trouvent dans l'évolution de leur histoire. Sachant que, pendant toute la moitié du XX^e siècle, le terme d'autisme, décrit pour la première fois par le psychiatre suisse Eugène Bleuler, figurait systématiquement associé à un symptôme de la schizophrénie, l'autisme est alors longtemps resté sans autonomie nosologique. Ce n'est qu'en 1943, dans ses études d'observations d'un groupe d'enfants diagnostiqués schizophrènes, que Léo Kanner isole et analyse 11 cas d'enfants présentant tous, les mêmes traits symptomatologiques. Assez influencé par la théorie bleulérienne des schizophrénies, très en vogue à ce moment-là, Kanner nomme ce nouveau groupe nosologique *Autisme Infantile Précoce*, appliquant ce terme aux champs des psychopathologies infantiles et lui donnant la spécificité et la notoriété qu'il trouve aujourd'hui. Mais cette tâche n'a pas été simple et Kanner a dû faire beaucoup d'efforts pour réussir à dégager son nouveau syndrome du cadre général de la schizophrénie infantile – ou même des psychoses infantiles, pour ceux qui préféreraient ce terme à celui de schizophrénie. Son but était de le défendre contre tout réductionnisme abusif, tout en reconnaissant et préservant les particularités de la schizophrénie infantile. Cependant, cette distinction n'a pas été suffisante et les confusions ne cessent jusqu'à présent de se produire dans les plus divers champs impliqués dans le traitement des enfants en souffrance psychique. ²

¹ Lacan, J., *Le séminaire, livre I* : Les écrits techniques de Freud, Paris : Seuil, 1975, p.10

² Ce sujet sera mieux détaillé dans le chapitre 2 de cette étude.

Confrontés aux exigences à clarifier cette querelle, les professionnels qui s'occupent des enfants présentant des troubles mentaux et qui s'engagent à élaborer un avis plus épuré sur le sujet se retrouvent souvent devant ce paradoxe : si on essaie d'uniformiser les entités nosologiques d'autisme et psychose infantile, en les rassemblant dans un même groupe, on remarque visiblement les spécificités propres et assez particulières à chacune ; si on les sépare dans des groupes différents, ces entités se maintiennent néanmoins comme liées par des traits communs, apparaissant très souvent confondus phénoménologiquement, ce qui nous empêche de les distinguer clairement. Ceci devient encore plus confus lorsque les avis de ces professionnels sont extraits de bases de savoirs différents. C'est ainsi qu'il faut comprendre qu'il reste difficile de discourir sur la psychopathologie infantile grave sans devoir, à un moment ou un autre, préciser la voie épistémologique qui sous-tend l'étude, spécifiant bien les termes d'autisme et psychose qui, selon le point de vue appliqué, peuvent représenter, à eux seuls, toutes les formes possibles des graves difficultés de développement.

Un souci épistémologique au centre de la question

De surcroît, beaucoup d'encre a coulé et coule encore dans le but de délimiter cette problématique nosologique. Plusieurs théories basées sur divers savoirs ont vu le jour au cours des années – et spécialement de nos jours – afin de mieux préciser ces deux entités. Cependant, ces professionnels (pédopsychiatres, neurologues, psychanalystes, psychologues, éducateurs, etc.), ayant des difficultés à « s'entendre » entre eux, n'arrivent pas à trouver un consensus et opèrent un travail discontinu, où l'enfant se trouve « décomposé » parmi tous ces savoirs. Ceci nous renvoie à l'expression souvent utilisée par Maud Mannoni dans laquelle elle comparait l'enfant malade mental à « un saucisson coupé en tranches » face à cette diversité des savoirs qui s'imposent sur lui.

La dispute autour de la « vérité » qui serait capable de mieux définir l'autisme et la psychose provoque l'absurdité observable patente d'aujourd'hui : les « yeux » du psychanalyste voient l'enfant autiste ou psychotique par les « yeux de la subjectivité » ; le psychiatre les repère par des phénomènes cliniques déjà bien établis dans un cadre nosographique figurant dans les manuels des troubles mentaux ; les yeux du généticien visent la constitution d'un code génétique ; les biologistes sont guidés par ceux du fonctionnement organique, etc. Chacun porte sa « vérité » sur le même objet d'étude qui, en fin de compte, devient « plusieurs ». L'enfant autiste ou psychotique de l'un n'est pas le même que celui des autres. Et au milieu de cette guerre théorique, dans laquelle on trouve des bombardements de

propositions isolées venues de tous les côtés, les enfants – et leurs parents – se retrouvent perdus. Maria Cristina Kupfer considère que ces disputes diagnostiques représentent de vraies entraves au développement des études autour du sujet, nous faisant douter que tous ces savoirs portent sur le même objet d'étude : l'enfant en souffrance psychique.³

Cette intervention de plusieurs domaines sur un même sujet provoque un partage d'opinion des professionnels, dans laquelle nous trouvons trois catégories différentes : il y a ceux qui soutiennent l'idée de la spécificité de ces deux entités et prônent l'autisme comme une entité nosologique à part entière, distinguée de celle de la psychose ou de la schizophrénie. Ceux-là parlent donc dans les termes d'« autisme et psychose » ; d'autres considèrent l'autisme encore comme une forme particulière de l'ensemble le plus général des psychoses infantiles et ont besoin évidemment de mieux expliquer leur intention par rapport à la définition de ces deux notions. Dans ce cas, c'est de « l'autisme dans la psychose » qu'ils devaient parler, comme nous l'indique Maurice Koenig⁴; d'autres encore, n'admettent plus l'utilisation du terme psychose appliqué aux enfants et considèrent que tous les problèmes concernant le développement infantile doivent être simplifiés par l'étiquette de troubles envahissants du développement (TED) – l'autisme y étant compris et assumant une place importante.

L'avis simplificateur des psychiatres

Parmi ces positionnements, c'est plutôt le dernier avis qui est en vigueur, depuis quelques années, dans le milieu psychiatrique. Si l'on veut être actualisé sur les concepts et nomenclatures utilisés pour désigner les troubles qui atteignent l'enfant, on est contraint de suivre les consignes des dernières éditions du manuel de classifications – américaine (DSM) – des troubles mentaux. Et selon ce référentiel, l'autisme et la psychose infantile se trouvent dans le même « sac », celui de TED. Ce référentiel s'impose dans le but de gommer le malaise social provoqué par ce genre de questionnement qui met en avant le manque de précision de leur métier. Ceci implique qu'actuellement cette démarcation nosologique entre autisme et psychose semble illogique pour certains, dans plusieurs pays occidentaux. Réduit à l'indéfinition du sigle de TED non-spécifié, le terme de psychose infantile – figurant avant

³ Kupfer, M.C., Notas sobre o diagnostico diferencial da psicose e do autismo na infância, *Psicologia USP*, 2000, vol. 11, n° 1, p. 85-105

⁴ Koenig, M., Autisme et psychose, *Recueil*, 1989, 5, p.-73-82

dans les manuels de classifications psychiatriques comme schizophrénie infantile – s'évanouit au fur et à mesure que celui d'autisme s'y impose.

Malgré tous les efforts pour se rendre plus claire, ce nouvel « ordre psychiatrique » n'est pas à l'abri des critiques et continue à être source de plusieurs controverses. François Sauvagnat affirme que le caractère très ouvert de cette série, muni de la catégorie non limitative des TED « non spécifiés », rend cette notion particulièrement perméable. Selon l'avis de quelques spécialistes, cet élargissement du concept TED, et notamment celui du spectre autistique, a été l'un des facteurs responsables de l'« épidémie » d'autisme dont l'écho se fait depuis quelques années aux États-Unis et en Europe.⁵

Nous sommes témoins de ce fait lorsque nous constatons l'alarmant résultat extrait des taux de prévalence. En dix ans, en France, les chiffres à propos du nombre d'enfants autistes sont passés de 1 sur 10 000, il y a 15 ans, à 1 sur 150, de nos jours. Les États-Unis annoncent en 2002 que le nombre d'enfants autistes en Californie a augmenté de plus de six fois depuis 1987. Actuellement, les taux de prévalence signalent que 1 sur 88 enfants sont autistes aux États-Unis. Les autres pays occidentaux s'inscrivent également dans cette mouvance. Et d'où sortent autant d'enfants autistes ? L'autisme serait-il une vraie épidémie ? C'est la question que nous nous posons ainsi que d'autres personnes intriguées par ce phénomène. Bref, cette progression sans frein reste douteuse pour certains mais, si prise au sérieux, elle devient assez inquiétante pour ceux qui se méfient des chiffres et portent un avis plus critique sur le sujet.

L'autisme en avant, la psychose en arrière

En tout cas, ce phénomène épidémiologique est toujours actuel et l'autisme gagne de plus en plus en notoriété. Cette affection a déjà atteint le sujet principal de santé publique dans certains pays et a été mis à la place d'une énigme sans précédent qui mérite d'être dévoilée, tantôt pour la science que pour la société. On voit s'élaborer une frappante augmentation du nombre de congrès, journées d'études, livres et articles scientifiques consacrés à l'autisme. C'est son côté énigmatique qui lui donne autant de visibilité dans le scénario socio-politique et qui provoque des controverses vis-à-vis des positionnements théorico-cliniques. Nous pouvons, dans ces conditions, parler de l'Autisme – avec un grand A – pour désigner l'amplification de ce concept qui porte sur le spectre autistique. Néanmoins, il est à craindre

⁵ Sauvagnat F. La question de l'automatisme dans l'autisme et les psychoses infantiles au regard de la situation actuelle, in *Autisme et psychose. Machine autistique et délire machinique : Clinique différentielle des psychoses*, sous la direction de Bonnat, J-L, Rennes : Presse Universitaire de Rennes, 2008.

que, face à cette ambition de pouvoir tout caractériser dans le but de simplifier les polémiques nosologiques, le concept élargi d'autisme se révèle, en fait, particulièrement imprécis. Son seuil reste souple, prêt à englober d'autres entités nosologiques. C'est donc le cas de la psychose.

Bien qu'il porte en soi un tableau clinique visiblement spécifique par rapport à ce qui est décrit comme autisme infantile précoce aujourd'hui, le terme psychose infantile fait actuellement objet de rejet de certains professionnels et surtout des parents, contrairement à celui d'autisme. Ce n'est que dans certains pays que le terme psychose (et ses variations) est encore accepté et utilisé dans le diagnostic destiné aux enfants, gardant toujours une certaine réserve à de très rares cas. La France en est un exemple. Cette nation dont l'ordre socio-culturel semble assez distinct de celui prôné aux Etats-Unis – le premier pays à rejeter l'usage de ce terme ⁶ –, la France s'inscrit historiquement comme le berceau de l'approche psychodynamique à côté de l'école allemande, persistant à garder le terme de psychose infantile – ou ses variantes comme dysharmonie psychotique – comme un terme représentatif d'une maladie psychique spécifique.

Ce terme est destiné aux cas qui, selon certains psychiatres, présentent des symptômes visibles d'une souffrance psychique et ne peuvent guère être confondus comme des effets secondaires d'un désordre biologique. Suivant cette logique, la nosologie exposée par les manuels de classification américaine et internationale devient irrecevable par des praticiens d'orientation psychodynamique dans l'étude des maladies mentales. Ceux-ci insistent en ce que ce recueil de données objectivables ne suffit pas à comprendre les particularités et les contraintes de l'organisation psychopathologique du patient. ⁷

Cette étude adhère fidèlement à ce mouvement de résistance réalisé par les pédopsychiatres et psychanalystes français contre l'avancée du modèle psychiatrique anglo-saxon représenté par le DSM-IV et soutient ainsi les causes « psy ».

Le rejet de la psychanalyse

Ce positionnement soutenu par une grande partie des psychiatres français fait l'objet de rudes attaques lancées par des associations de parents autistes. Engagées dans un militantisme politique des droits des personnes autistes, ces associations dénoncent un « décalage » entre la

⁶ Dans les pays anglo-saxons, le diagnostic de psychose n'est appliqué qu'en rapport aux troubles pubertaires et jamais destiné aux enfants.

⁷ Gibello, B., Clinique et DSM-IV, *Perspectives Psy*, 2006, vol. 45, n° 2, p. 109-111

classification française par rapport aux classifications internationales. Les arguments sont les plus variés et consistent en une vision pragmatique « à l'américaine ». L'objet principal de cette critique faite par les parents est l'utilisation du terme de psychose appliquée, selon eux, aux formes d'autismes atypiques. La dénonciation devient plus troublante lorsque les parents associent ces faits aux « tracés de parentalités » des psychiatres français avec la psychanalyse.

Une telle rigueur des idées produit une position aveuglante dans laquelle nous pouvons trouver des déclarations chargées de colère et de mécontentement vis-à-vis de ces professionnels. Les associations de parents conseillent ainsi aux familles françaises dont les enfants ont eu le diagnostic de psychose, dysharmonie psychotique ou autre, de chercher la confirmation de ce diagnostic dans les centres de ressources sur l'autisme (CRA). Or, ces centres suivent forcément l'orientation psychiatrique internationale dont les manuels (CIM ou DSM) ne disposent plus du terme psychose ou schizophrénie infantile. On ne peut donc pas s'attendre à un autre type de diagnostic. Bien évidemment, le diagnostic employé par les psychiatres orientés par la classification française sera remis en question et ne trouvera plus de valeur parmi les professionnels qui se verront contraints de valider leur pratique auprès de la « bible psychiatrique », le DSM.

Ce qui n'est peut-être pas clair – ou que les parents résistent à comprendre – c'est que lorsqu'un psychiatre donne un diagnostic de dysharmonie psychotique à un enfant, il souhaite souligner le fait que la plus grande entrave au développement de cet enfant porte surtout sur une souffrance psychique et pas simplement organique, ce qui risque d'être oublié lorsqu'il reçoit le diagnostic d'autisme qui actuellement renvoie uniquement à un trouble neuro-développemental. Que les associations soient favorables à l'évolution des recherches biogénétiques sur l'autisme, cela est tout à fait compréhensible et légitime. Ce qui ne peut guère être accepté c'est le désir de vouloir en finir avec le sens que le terme psychose apporte avec lui, en le réduisant aux troubles envahissants du développement, voire au spectre d'autisme qui à son tour se représente par un caractère uniquement biologique, et ainsi effacer les traces d'une possible dysharmonie psychique chez l'enfant. ⁸

⁸ Forme de déni séculaire de la part de la société, comme nous verrons dans le chapitre 1 de cette étude.

*De la psychanalyse pour mieux comprendre les troubles
du développement*

Malgré les tentatives de la part de la psychiatrie nord-américaine à faire baisser la pression qui entoure ce sujet, des interrogations ne cessent de « bondir » pour nous rappeler ce malaise, qui bien qu'étant masqué par les nouvelles nomenclatures, continue à être ressenti pour certains comme l'ombre d'une incohérence. Doit-on accepter ce changement nosologique et permettre de rassembler la psychose de l'enfant, « camouflé » sous le signe de TED non-spécifié, au groupe majeur des troubles envahissants du développement à l'égard de l'autisme infantile précoce, syndrome de Asperger comme prône le dernier manuel diagnostique, le DSM-IV ? Encore pire c'est le fait de voir que la psychose infantile (ou TED non-spécifié) est placée au même plan que d'autres troubles de l'enfance comme le syndrome de Rett ou le retard mental profond, etc. Nous ressentons dans ces propos une discrète insinuation qu'il s'agit là d'entités comparables largement déterminées par des facteurs organiques ou constitutionnels, ce qui vient aggraver la question. C'est cet aspect effrayant des nouvelles nomenclatures psychiatriques et ses conséquences pour l'avenir thérapeutique de ces enfants qui nous interpelle.

Malgré l'importance de cette question, celle-ci n'est évoquée que rarement, notamment par des psychanalystes, qui s'inquiètent de la destinée des enfants qui portent une notoire souffrance psychique et qui, étant réduits aux troubles du développement – puisqu'ils peuvent présenter des symptômes similaires –, risquent d'être amenés à suivre des prises en charges pseudo-psycho-thérapeutiques intéressées uniquement à l'adaptation du sujet en société. Ces questionnements se font jour, en fait, afin de soutenir la place de la psyché et de remettre en ordre ce qui appartient uniquement au corps et ce qui est représentatif de l'esprit.

Allant dans le contresens de ce mouvement arbitraire qui essaye d'effacer le côté psychique du domaine psychiatrique – et il n'y a rien de plus absurde que cette idée – nous trouvons la clinique psychanalytique comme étant capable de contester ce changement terminologique. Ce travail de recherche s'inscrit dans un mouvement de résistance à l'implantation d'une pensée unique qui se prétend scientifique et qui ne s'efforce plus à considérer le caractère psychique de l'être humain, produisant donc sa dé-subjectivation et le réduisant simplement à son corps.

Nous prétendons approfondir la réflexion qui se fait déjà apparente dans les cercles de psychanalyse à propos des conséquences de ce changement nosographique au sein du champ

psychiatrique. Notre apport se concentre sur l'étude de ce changement nosographique concernant donc les termes d'autisme et de psychose infantile dans le champ de la pédopsychiatrie. L'inquiétude qui, au départ, a touché Kanner de ne pas laisser son concept d'autisme se confondre avec celui de schizophrénie infantile, se fait la nôtre aujourd'hui, dans le sens inverse. Notre travail repose donc sur le besoin d'élucider les risques de cette conception plus élargie de l'autisme en tant que handicap, et notamment celui de TED, qui serait en train d'englober aussi des « maladies de l'esprit » présentes chez l'enfant – qui, pour des raisons encore peu connues, semblent très proches phénoménologiquement de l'autisme – et de les associer aux troubles purement organiques. C'est pourquoi nous soutenons la place de la psychanalyse pour une meilleure compréhension des troubles du développement, vu qu'elle semble avoir toujours quelque chose à nous rappeler sur l'essence du sujet.

Plan de travail

Poussé par cette querelle, le présent travail propose une réflexion autour de la problématique de la clinique différentielle de l'autisme infantile précoce et de la psychose infantile, en posant comme base de la recherche des spécificités trouvées dans le rapport à l'Autre, au langage et au corps chez les autistes et les psychotiques. Appuyés sur des nombreuses avancées tantôt dans le champ scientifique comme dans le champ clinique, nous partons de l'hypothèse que l'autisme infantile précoce et la psychose infantile doivent être considérés comme des affections distinctes l'une de l'autre.

Dans le cadre épistémologique qui organise l'ensemble de cette étude, nous avons fait le choix de la théorie psychanalytique de Freud et Lacan essentiellement comme corpus théorique de base car, contrairement à la clinique psychiatrique actuelle et aux manuels de classifications des maladies mentales, cette théorie considère que les troubles comportementaux, corporels et linguistiques sont intimement liés au vécu du sujet. La grande particularité de cette approche théorique réside en ce que cela nous permet de nous poser sur une éthique du sujet et d'offrir à ces enfants, déjà touchés par une considérable incapacité à exprimer ses affects, une écoute appropriée qui puisse les accompagner dans des recherches de solutions.

Nous prétendons ainsi rappeler les apports de la psychanalyse à l'établissement d'une nosographie pédopsychiatrique plus cohérente. Pour ce faire, nous aborderons ce sujet sous trois optiques différentes mais, tout de même, complémentaires :

1. Approche historique
2. Approche structurelle
3. Approche clinique

La première partie de cette étude nous permettra d'effectuer un recul dans l'histoire afin de démontrer les liens qui se tissent entre la psychanalyse et la pédopsychiatrie dans l'apparition et l'évolution de cette dernière. Nous verrons dans cette même partie du travail notre problématique s'approfondir et au fur et à mesure s'éclaircir, car elle nous apportera les éléments les plus divers à la compréhension des événements actuels et de leur évolution sous l'influence des facteurs socio-culturels correspondant à chaque époque. La reconstruction du fil de l'histoire légitimera notre choix pour la psychanalyse dans la continuité de ce travail assurant qu'elle soit inscrite de forme cohérente dans l'évolution de l'histoire de la pédopsychiatrie.

Dans la deuxième partie de l'étude, nous centrerons nos propos sur la théorie structuraliste lacanienne (les contributions de Lacan sur la psychose et de post-lacaniens dédiés à l'étude de l'autisme comme Rosine et Robert Lefort, Jean-Claude Maleval, ainsi que d'autres) comme moyen de surmonter la technique de l'observation purement empirique en pédopsychiatrie pour se poser sur une évaluation essentiellement subjective. Nous aurons également recours à d'autres savoirs qui peuvent s'accorder, contribuer et enrichir notre réflexion. Cette analyse structurale nous conduira à la recherche d'un trait distinctif encore dans un temps archaïque de la constitution de la subjectivité afin de démarquer les spécificités trouvées dans chaque affection psychique sous trois registres différents : le rapport à l'Autre, au langage et au corps. Ceci nous apportera des repères à la meilleure compréhension de ces phénomènes cliniques présentés par les enfants autistes et psychotiques, comme élément important pour l'établissement d'un diagnostic cohérent qui vise une future prise en charge adaptée selon la nature de leurs affections. En outre, nous allons pouvoir rappeler l'importance de la réadaptation de la pensée psychanalytique à la nosographie psychiatrique qui actuellement néglige l'essence du symptôme pour se concentrer sur sa forme, au moment de l'imposition d'un diagnostic et ensuite de la prise en charge. Nous objectivons ainsi relever ce qui est particulier à la psychose, mais qui néanmoins tend actuellement à être oublié par la dissolution de cette entité clinique et nosologique dans le grand groupe de TED, à savoir le concept élargi de l'autisme. Nous persistons à croire ainsi que la clinique psychanalytique et la clinique psychiatrique peuvent mutuellement s'enrichir et que la psychanalyse trouve encore sa place d'importance dans le scénario psychiatrique.

La troisième et essentielle partie de ce travail nous conduira à une remise en question des classifications actuelles en pédopsychiatrie à travers l'analyse d'un cas clinique dans lequel nous nous verrons confrontés à un garçon qui présente toutes sortes de symptômes autistiques mais qui révèle au fond d'un discours délirant, symptôme qui n'est point décrit dans les manuels de classifications en rapport avec l'autisme. Dans cette partie du travail, nous nous attarderons à soulever l'importance d'un retour de la pédopsychiatrie au vrai travail clinique comme seul moyen à l'établissement d'un diagnostic et d'une prise en charge adéquate aux cas de psychoses chez l'enfant. De surcroît, nous nous engagerons encore, à partir de l'analyse de ce cas, à comprendre pourquoi ces deux affections psychiques se présentent assez souvent confondues dans la première enfance.

Avec cela, nous inscrirons notre travail dans un double enjeu qui devra être dissolu mutuellement : établir une distinction cohérente entre l'autisme infantile précoce et psychose infantile et rappeler le lien de mutualité entre la psychanalyse et la psychiatrie de l'enfant. Pour ce faire, nous proposons d'aller aux frontières de l'autisme et de la psychose infantile afin de savoir où se trouve la limite – ou même s'il y en a une – entre ces deux entités. Si c'est le cas, ceci nous permettra d'affirmer la place de la psychose comme catégorie toujours existante, représentative d'une souffrance psychique chez l'enfant qui ne peut être guère réduit à un handicap neurodéveloppemental. Pour mieux comprendre les affections psychiques infantiles, ce travail a également besoin de bien rappeler la place d'importance de la psychanalyse pour l'établissement d'une nosographie psychiatrique plus cohérente soutenu par un travail clinique dans lequel le professionnel est attentif au discours du patient et non seulement aux manifestations que celui-ci apporte sur lui.

Nous prétendons ainsi, bien que modestement, contribuer à une évolution de ces savoirs de forme plus cohérente, laissant un rappel sur la nécessité de développer des approches qui soient capables de reconnaître dans les symptômes présentés par l'être humain non seulement une manifestation corporelle organique mais, encore au-delà de ce qui est concret, savoir traduire ces symptômes selon l'essence de ce qui le rend humain : sa parole.

PREMIERE PARTIE

Approche Historique

Un détour par l'histoire

Nos opinions s'entent les unes sur les autres – la première sert de tige à la seconde, la seconde à la tierce – Nous eschellons ainsi de degré en degré. Et advient de la que le plus haut monté a souvent plus d'honneur que de mérite ; car il n'est monté que d'un grain sur les espales du pénultime.

Montaigne, De l'expérience

Psychose ou autisme ? Cette question représente l'un des enjeux majeurs de la psychopathologie infantile et, d'emblée, la querelle majeure du diagnostic en psychiatrie infantile. Elle apparaît souvent accompagnée de la question suivante : sur quelle approche la psychiatrie doit-elle s'appuyer pour répondre cette question diagnostique : psychodynamique ou scientifique ? Cette question se relie, à son tour, à une autre : la causalité des troubles mentaux serait-elle psychique ou organique ?

Si on jette un coup d'œil à l'histoire de la psychiatrie, on peut identifier ces mêmes questionnements au long des siècles, toujours liés les uns aux autres, sous des noms et aspects différents, quoique l'essence de la problématique soit toujours la même : maîtriser un savoir sur les maladies mentales. Ceci étant, nous trouvons des questionnements anciens respectifs aux questions qui sont à l'actualité de la psychiatrie : querelle pour différencier la folie de l'idiotie dans le XIX^e siècle ; référentiels à la fois médico et philosophique qui accompagnent la nosographie psychiatrique ; l'étiologie des maladies pouvant être trouvées tantôt dans le corps, tantôt dans l'âme.

Certains théoriciens qui se penchent sur le sujet (y compris quelques psychanalystes) croient que la distinction entre l'autisme et la psychose infantile ne trouve pas de sens si elle est analysée sous une optique historique. Ceux-ci insistent pour affirmer les liens de proximité entre ces deux entités et pour considérer l'autisme comme un symptôme de la schizophrénie telle que l'a décrite Bleuler, ou comme un type du grand groupe des psychoses infantiles. D'autres professionnels, adoptant une vision évolutionniste du sujet, sont d'accord sur le fait que le terme d'autisme découle certes du groupe de la schizophrénie ou de la psychose infantile, mais ils reconnaissent tout autant les efforts de Kanner et d'autres chercheurs contemporains pour faire apparaître l'autisme comme une entité nosologique à part entière. Face à cette querelle qui nous projette dans le temps, nous croyons que c'est uniquement à travers une analyse historique qu'il est possible d'effectuer une observation plus épurée de ce qui sous-tend le lien de proximité entre ces deux entités et leur changement sémantique au fil des temps.

Force est de constater que la dimension historique se trouve au cerne de nos questionnements et que nous ne pouvons nous en passer. Comme nous l'avons déjà évoqué, le présent travail de recherche porte sa problématique sur deux événements d'actualité présents

dans le champ psychiatrique : le refus de la psychanalyse et le déclin du terme de psychose infantile. En fait, ces deux événements ne sont pas isolés l'un de l'autre, car ils tiennent plutôt un rapport de cause à effet, le deuxième étant la conséquence du premier et apparaissant à travers la polémique autour de la clinique différentielle de l'autisme et de la psychose infantile. Cette dernière est constamment relancée par certains professionnels qui s'inquiètent encore des conséquences futures que ce changement actuel pourra nous apporter dans l'avenir des traitements de ces pathologies. Nous nous inscrivons dans ce même mouvement et tâcherons d'y apporter des éclaircissements.

Cependant, nous avons vite aperçu que ces liens de causalité entre les événements pris comme l'objet de notre étude révélaient d'une réflexion tout autant ancienne, tissée dans le temps et posée sur des traits historiques qui, même oubliés au long des années, laissent leurs marques les plus profondes dans nos réflexions actuelles. Nous avons compris également que nous nous retrouvons face à quelques questionnements revisités, soutenus par la logique socio-culturelle caractéristique du moment présent. Comme dans une spirale qui visite constamment deux extrémités opposées sans perdre son axe diamétral, ces questions semblent évoluer le plus souvent en parallèle les unes des autres, se reliant à un moment donné pour donner continuité à ce cycle. Nous souhaitons ainsi comprendre quel est le « moteur » qui fait tourner cette « machine » au cours des siècles, faisant ainsi tisser les fils de l'histoire de la psychiatrie de l'enfant.

Un détour par l'histoire

C'est pourquoi nous avons pris soin de démarrer cette étude au travers d'un détour par l'histoire de la psychiatrie de l'enfant. A partir de cela, nous pourrions trouver des éléments plus consistants qui légitiment notre inquiétude autour de l'escamotage des termes de psychose ou schizophrénie infantile du scénario pédopsychiatrique en tant que porteur d'une souffrance psychique. Ceci vient légitimer également notre choix pour la psychanalyse dans la continuité de cette étude.

Puisque nous savons que les renouveaux théoriques n'existent pas ex nihilo et que nous sommes toujours en train de grimper sur les « épaules » de nos antécédents théoriciens, un passage par l'histoire de la notion de maladie mentale chez l'enfant s'impose. C'est pour cette raison qu'il nous est apparu impératif d'effectuer un détour par l'histoire, dans un premier moment avant d'introduire nos questionnements et arguments purement psychanalytiques, afin d'inscrire notre réflexion dans une lignée diachronique qui nous permettra de trouver

d'autres arguments à nos questionnements, au-delà de ce que la pensée psychanalytique peut encore apporter à la psychiatrie de l'enfant.

Nous sommes convaincus qu'un travail de recherche devient plus intéressant lorsqu'il apporte des réflexions plus complexes et complètes, car cette attitude nous permet d'éviter les erreurs du passé et d'avancer de manière cohérente vers un savoir plus consistant. Voilà donc l'apport qu'une analyse historique représente à l'élaboration des connaissances actuelles, c'est ce que souligne William L. Parry-Jones dans le passage suivant :

*L'histoire n'a pas seulement une pertinence pour les érudits qui s'y intéressent. Elle permet d'élucider les conditions et d'établir les directions d'une recherche future, en mettant en évidence des ambiguïtés persistantes. Au bout du compte, la dimension historique, en apportant des corrections aux idées reçues, avertit chaque génération du caractère faillible de la connaissance.*⁹

Ceci nous amène à la conclusion que si l'on se sert de tels événements pour produire un savoir et qu'ils se présentent tranchés du reste de l'histoire, ceux-ci risquent de perdre leur essence et encore plus leur sens, produisant une coupure du fil de l'histoire qui aboutit certainement à des malentendus. Nous avons donc compris que l'effort consistant à retracer l'histoire du développement des études psychiatriques autour de cette question, nous servira également à justifier l'emploi du terme de psychose infantile qui apparaît dilué dans le groupe des troubles envahissants du développement ainsi que renforcer l'importance de la psychanalyse pour la compréhension des troubles infantiles.

Nous apportons d'ores et déjà une critique à cette nouvelle tendance scientifique qui est à la source de ce double déni : celui de l'importance de la psychanalyse dans le champ psychiatrique et celui de la maladie mentale chez l'enfant représentée par le terme de psychose infantile. S'opposer à ces deux faits est, en même temps, ignorer l'essence même de ce qu'est la psychiatrie de l'enfant. Nous comprenons que ce rejet ne peut avoir lieu sans que la psychiatrie générale et, notamment celle de l'enfant, se dénature elle-même, d'où l'importance d'intégrer à ce travail un regard plus perçant des événements historiques.

*Le lien de filiation entre l'autisme infantile précoce et la psychose infantile : une étude
généalogique*

⁹ Cité par Hochmann, J. *Histoire de l'Autisme*. Paris : Odile Jacob, 2009.

Selon Michel Foucault, l'étude généalogique consiste à « restituer les conditions d'apparition d'une singularité à partir de multiples éléments déterminants, dont elle apparaît non pas comme le produit, mais comme l'effet. »¹⁰ Sa brillante analyse généalogique de la folie, nous montre comment cette « entité » se superpose au fur et à mesure à la maladie mentale dans le système institutionnel et psychiatrique alors que, dans des époques plus anciennes, elle portait toute sa singularité.

En ce qui concerne le lien entre l'autisme infantile précoce et la psychose infantile, nous ne proposerons pas une étude tout simplement historique mais plutôt une analyse généalogique de la discussion. Comme nous le savons, l'étude généalogique, étant considérée comme l'histoire de la filiation et de l'engendrement de valeurs et des concepts que les hommes ont élaborés pour sélectionner l'homme, n'est pas une étude historique au sens habituel du terme, puisqu'il s'agit là d'une méthode hautement sélective qui ne retient de l'histoire que les éléments susceptibles d'expliquer pourquoi une évaluation a émergé et pourquoi elle a été soutenue. Notre analyse généalogique ne visera absolument pas à retracer des événements historiques dans leurs séquences exactes, mais surtout à les aborder à chaque époque, retraçant le fil conducteur que les relie à des questionnements actuels.

La psychanalyse comme marqueur du temps en psychiatrie de l'enfant : l'avant, le pendant et l'après

La psychiatrie de l'enfant a une histoire récente, n'acquérant sa propre autonomie en tant que spécialité médicale que depuis peu. Elle ne présente pas une origine claire avec des dates et événements précis qui puissent démarquer le moment exact de son apparition dans le scénario médical. Ceci parce qu'elle découle peu à peu du développement de la psychiatrie générale et de son croisement avec l'élucidation du concept d'enfance au fil des temps. Toutefois, à partir des analyses historiques de la psychiatrie, on observe depuis toujours le remarquable souci de l'homme à classifier les dysharmonies psychiques chez les enfants – ou simplement les « bizarreries » au moment où le registre psychique n'était pas encore pris en compte – selon les plus divers repères. Dans ce contexte, nous apprenons que des enfants en souffrance psychique étaient déjà pris comme objet d'observations, parmi lesquels on devait sûrement pouvoir trouver les enfants qu'on appelle aujourd'hui autistes et psychotiques.

¹⁰ Foucault, M. Qu'est-ce que la critique ?, Conférence du 27 mai 1978 devant la Société française de philosophie, *Bulletin de la société française de philosophie*, 1990, n°2, p.51

Malgré ce fait, il a fallu attendre longtemps et le changement de plusieurs facteurs socio-culturels pour que l'humanité puisse se soucier de la spécificité de la maladie mentale chez les enfants dans un cadre dit scientifique. Nous pouvons en citer les deux les plus importants :

- Tout d'abord, il a fallu attendre que l'enfant sorte de la place d'un adulte en miniature pour accéder à la place d'être en développement, placé au centre de la famille.
- Autre facteur décisif pour son apparition fût l'émergence des concepts psychanalytiques qui dévoilent celui de l'*infantile* et de son rapport aux maladies psychiques.

Nous allons nous concentrer donc sur la psychanalyse comme l'un des facteurs essentiels pour l'apparition et l'évolution de la psychiatrie de l'enfant. Afin de mieux analyser le rapport entre ces deux courants de savoirs sur les troubles du développement, nous allons partager cette partie de l'étude en trois différentes périodes de l'évolution de la pédopsychiatrie dans lesquelles nous pourrions analyser les maintes effets de ce dialogue – ainsi comme le manque de celui-ci – pour la compréhension de l'autisme et de la psychose infantile.

Dans le premier chapitre, nous pourrions trouver l'ébauche de ces questionnements encore dans un moment où la psychiatrie de l'enfant n'existait pas en tant que telle. De ce fait, nous pouvons considérer les questionnements de cette époque comme l'ébauche même de ce qu'est la psychiatrie de l'enfant. Au moment où la psychanalyse amène ses contributions au champ de la psychiatrie, on voit se développer les concepts d'autisme et de psychose de l'enfant et s'intensifier le débat nosologique. C'est pour cette raison que nous allons dédier le deuxième chapitre à soulever les apports de la psychiatrie à la naissance de la pédopsychiatrie. Le troisième moment est celui où la psychiatrie, par des soucis de scientificité, va devoir rejeter la psychanalyse et du même coup les termes de psychose infantile et schizophrénie infantile. En bref, nous nous déplacerons dans le temps afin de situer cette polémique nosologique en psychiatrie infantile dans l'avant, le pendant et l'après de la psychanalyse, respectivement représentés par les trois premiers chapitres. Le quatrième chapitre vient clôturer cette partie à travers une analyse de cette étude diachronique, moment dans lequel nous projetons l'importance du rapport entre psychanalyse et pédopsychiatrie dans l'avenir du traitement de l'autisme et de la psychose chez l'enfant.

Cette étude suivra ainsi une double logique : une première diachronique qui aura pour but de montrer l'apparition et l'évolution de la pédopsychiatrie dans le rapport qu'elle établit avec la psychanalyse ; et une deuxième logique plutôt synchronique à partir de laquelle nous exposerons l'organisation nosographique autour des affections psychiques de l'enfant (autisme et psychose) qui accompagne cette première évolution diachronique. Ce recul nous permettra ainsi de mieux discerner comment d'autres influences d'ordre social, économique, culturel, idéologique pèsent sur les débats et controverses au long de l'histoire. Quoique l'analyse historique de la polémique autour de la clinique différentielle de l'autisme et de la psychose infantile ne figure pas comme la partie centrale de ce travail, nous comprenons qu'elle viendra situer notre problématique et légitimer la continuité de cette étude assurant qu'elle soit inscrite de forme cohérente dans l'évolution de l'histoire de la pédopsychiatrie.

CHAPITRE 1

La préhistoire de la psychiatrie de l'enfant

Les ancêtres des enfants autistes et psychotiques

La psychiatrie de l'enfant, telle que l'on connaît aujourd'hui, a dû attendre environ un siècle après la naissance de la psychiatrie générale pour qu'elle se présente avec toutes ses particularités nosologiques et de prise en charge différente de celle de l'adulte. Un détour par cette période qui anticipe la naissance de la psychiatrie de l'enfant nous fait découvrir une diversité d'autres facteurs responsables de ce décalage temporel entre l'apparition de la psychiatrie générale et de sa branche spécialisée à l'accueil de l'enfant en souffrance psychique :

- Premièrement, il a fallu atteindre que l'enfant quitte la place d'un adulte en miniature, devant recevoir les mêmes types de traitement que celui-ci, pour accéder à la place du « trésor » de la famille dont il fallait bien s'occuper pour lui garantir un bon avenir ;
- On trouve également les effets dérangeants d'une mauvaise définition entre troubles psychiques, physiques et moraux, les enfants étant le plus souvent insérés dans le cadre des arrêts du développement ou de délinquants ;
- Autre facteur dérangeant fut la difficulté de la part de la société à accepter le fait qu'un enfant pourrait être atteint de la maladie mentale, une fois que la représentation sociale de l'enfant se dessinait comme un être fragile et pur, n'ayant pas encore atteint l'âge de la raison ;

- De cette querelle découle une autre représentée par les disputes entre médecins et éducateurs qui consistaient à savoir qui était le savoir le plus préparé à effectuer la prise en charge de ces enfants « inadaptés » ;
- Le dernier facteur peut être aussi associé à la mouvance des bases théoriques psychiatriques au fil des temps qui ont influencé ses cadres nosographiques et ses méthodes de traitements, touchant à des questions morales, neurophysiologiques, héréditaires, éducatives, etc.

Nous pouvons déduire que les bases de la psychiatrie de l'enfant ont été construites sur des querelles, discussions et polémiques séculaires jusqu'à ce qu'elle puisse se confirmer, cette fois-ci, comme une spécialité médicale à part entière, distinguée de la psychiatrie de l'adulte. Mais malgré tous ces efforts, la psychiatrie de l'enfant ne semble pas encore faire l'unanimité dans ce milieu, car elle reste toujours assujettie aux décisions et changements de la psychiatrie de l'adulte et également aux nouvelles transformations socio-économique-culturelles, donnant ainsi continuité à sa mouvance théorique. Ceci l'avère comme une spécialité continuellement polémique.

Inscrit dans cette dimension diachronique de l'histoire de la psychiatrie, ce chapitre sera consacré à l'étude de ce qu'on appellera la préhistoire de la psychiatrie infantile, représentatif du moment qui précède sa rencontre avec la psychanalyse et l'apparition des concepts d'autisme et psychose infantile. Dans cette étude, nous exposerons les principales polémiques et entraves pour le développement de la psychiatrie de l'enfant qui peuvent être particulièrement identifiées, sous de nouvelles lumières, à celle qui nous tient à cœur dans cette étude : la clinique différentielle de l'autisme infantile précoce et de la psychose infantile.

1. LES REPRESENTATIONS DE L'ENFANT MALADE MENTAL

Les enfants qu'on nomme aujourd'hui autistes et psychotiques ont toujours existé, toutefois, sous d'autres signes et représentations, ou même sous aucun. A l'instar du concept d'enfance, les maladies mentales infantiles sont une construction sémantique formulée au long des siècles. Partant d'une étude approfondie, nous pouvons vérifier une mouvance assez importante du concept de maladie mentale chez l'enfant, allant d'une absence presque totale de registres dans l'antiquité jusqu'aux querelles les plus polémiques et d'autant plus constructives qui atteignent leur sommet

dans la pensée du XX^e siècle, moment où s'esquisse ce qu'on connaît actuellement comme maladie mentale chez l'enfant.

Cette construction du concept d'enfant malade mental ne suit pas un mouvement régulier et linéaire au long des siècles. Bien au contraire, elle traverse des aspects évolutifs et régressifs selon les contributions socio-culturelles de chaque époque, comme nous allons le voir par la suite. Il nous semble tout de même indispensable de souligner le fait que la représentation de l'enfant malade mental passe nécessairement par deux types de discriminations de groupes : celle entre enfants et adultes et celle entre maladies du corps et de l'esprit. C'est pour cette raison que Didier-Jacques Duché, dans son étude sur l'histoire de la psychiatrie de l'enfant, nous rappelle que « l'histoire de la pédopsychiatrie se confond, pendant une très longue période, avec celle de l'enfant, dont la place au sein de la société des adultes ne se fait que très lentement avant qu'il ne soit reconnu autonome et spécifique. »¹¹

De nos jours, la première discrimination de groupe nous semble décidément opérée, l'enfant ayant sa place bien distinguée de celle de l'adulte, faisant en sorte que la définition de pédopsychiatrie soit établie définitivement et reconnue officiellement dans le cadre plus général des métiers médicaux. Néanmoins, la deuxième discrimination se trouve toujours nébuleuse et polémique, car tous les efforts d'actualité semblent effacer les causes psychiques des troubles des enfants les plaçant très fréquemment dans le statut de troubles neurodéveloppementaux. De ce fait, il reste tout de même compliqué de cerner ce qui appartient au domaine de la pédopsychiatrie et celui de la neurologie tout court. L'autisme y figure comme un exemple clair.

C'est par ce biais qu'on peut certifier que la représentation de l'enfant malade mental que nous avons actuellement n'est pas complètement achevée et qu'elle reste en constante construction. Pour démarrer cette étude, nous allons essayer de trouver des indices dans cette préhistoire de la psychiatrie de l'enfant qui nous guideront à la formulation et l'évolution du concept de maladie mentale chez l'enfant au fil du temps, tout en essayant de repérer les ancêtres des enfants autistes et psychotiques. Pour cela, nous allons traverser les quatre importantes périodes de cette préhistoire (antiquité, moyen-âge, siècle des lumières et début du XX^e siècle), mettant en évidence les événements socio-culturels correspondant à chaque époque qui ont contribué au développement de ce concept.

¹¹ Duché, D-J, *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris : PUF, 1990, p.21

L'Antiquité et l'absence d'enfants malades mentaux

L'Antiquité est une période représentée par les plus anciennes civilisations qui sont à l'origine de l'humanité. Elle représente également le moment auquel l'homme rompt avec l'animal et fonde le premier ensemble de phénomènes socio-culturels. Malgré ces prétentions, la représentation de l'« homme culturel » se présentait dans son état d'ébauche et, dans ces conditions archaïques, la maladie mentale chez l'enfant y passait complètement inaperçue.

Pendant toute cette époque, on trouve rarement de registres dans la littérature médicale pouvant décrire ce qui s'approcherait du concept de maladie mentale chez l'enfant. Des historiens associent ce fait à deux facteurs : premièrement, il n'y avait pas de limite nette entre les maladies du corps et celles de l'esprit.¹² Bien que des écrits antiques fassent référence à des aspects qui ressemblent aux syndromes psychiatriques de nos jours, la science médicale au sens moderne n'existait pas et on ne trouvait pas encore, à cette époque, de classifications ou de recherches étiologiques des maladies mentales en règle générale, celles-ci ne pouvant guère être repérées ; deuxièmement, la pratique de l'infanticide et de l'abandon des enfants malades était considérée commune et justifiée socialement. Ceci fonctionnait comme plan de l'Etat à sélectionner les bons citoyens qui devaient être capables, physiquement et moralement, à le servir.¹³

A Rome, par exemple, les pratiques d'infanticide ou abandon trouvaient toute légitimité dans la propre constitution. La *Loi des Douze Tables* (451 avant J.C.)¹⁴, considérée comme l'acte fondateur du droit romain, ordonne de faire disparaître au plus tôt les enfants malformés ou monstrueux, donnant aux parents et à l'État le droit de vie et de mort sur leurs enfants. Sénèque (4 av. J.C. – 65 ap. J.C.), philosophe romain, jugeait raisonnable la noyade des enfants débiles et faibles, déclarant sans peine :

*Nous assomons les chiens enragés, nous tuons les taureaux farouches et indomptables, nous égorgeons les brebis malades de peur qu'elles n'infectent le troupeau, nous étouffons les nouveau-nés mal constitués ; même les enfants, s'ils sont de mauvaise santé ou anormaux, nous les noyons ; ce n'est pas de la colère mais de la raison qui nous invite à séparer des patries saines celles qui peuvent les corrompre.*¹⁵

¹² Postel, J., et Quétel, C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris : Dunod, 2004.

¹³ Gineste, T. *Deficience mentale et folie depuis le Moyen-Âge*, Paris : Dactylo-Sorbonne, 1975, Thèse de doctorat en médecine réalisé à l'Université Paris VI.

¹⁴ Dans la table IV, concernant les droits de la famille, on trouve le passage suivant : « *cito necatus insignis ad deformitatem puer esto* », « Que soit tué l'enfant atteint d'une difformité manifeste », cité par Gineste, *ibid.*

¹⁵ Sénèque, cité par Gineste, T., *ibid.*

Étant donné que l'Etat ne prêtait aucune valeur à cette catégorie de citoyen et ne leur apportant aucune forme d'observation, aucune donnée recensée ni aucune prise en charge n'était possible vu que leur destin était inéluctablement la mort prématurée. Ainsi, la maladie mentale et physique, chez les adultes ou chez les enfants, se rassemblaient dans une même catégorie : celle des monstres, des anormaux, qu'il fallait écarter de la société, de peur de « contamination ».

Une inquiétude envers le malheureux destin de ces êtres était pourtant trouvée chez des penseurs de l'époque. C'est Aristote, le premier à se soucier de la question des malformations chez l'enfant et à nous laisser des registres de la première forme de divergence entre sujets normaux et anormaux, ainsi que le premier registre de prise en charge des enfants anormaux de l'histoire de l'homme. Suivant la perspective de l'abandon, il considérait nécessaire de faire la séparation des enfants qu'il fallait élever de ceux qu'il fallait abandonner, en convenant de défendre par une loi de prendre soin de tous ceux qui naîtront difformes.¹⁶

A la fin de la période antique, un autre important événement historique se produisit et fut responsable de l'évolution du repérage et de la prise en charge des sujets malades : c'est l'instauration du christianisme comme religion officielle de l'Empire Romain, au IV^e siècle. Deux passages de l'Ancien Évangile sont à l'origine de ce changement : le premier où Dieu arrête le bras d'*Abraham* avant qu'il tue l'enfant *Issac* est interprété comme l'interdiction divine de la pratique de l'infanticide pour le peuple chrétien¹⁷ ; dans le deuxième passage biblique on peut trouver la citation suivante : « Heureux les pauvres en esprits car le royaume des cieux est à eux »¹⁸. Alors que le premier passage apporte le respect et la protection aux enfants d'une façon générale, le deuxième instaure la reconnaissance de la dignité envers les infortunés et malheureux. C'est à partir de ce moment qu'un changement de perspective face aux maux d'esprit et à l'enfant est introduit dans la société chrétienne, provoquant le changement de la loi qui dénoncera l'infanticide et le condamnera avec beaucoup d'énergie, appliquant la peine de mort comme punition à ces cas.

Dans un premier moment, cette coutume a été considérée comme excentrique par Tacite, historien et philosophe romain, mais, après quelques années, elle est révoquée et réaffirmée énergiquement par Justin, empereur byzantin, de façon à imposer le respect des chrétiens à la vie des enfants sous la plausible justification « Fût-il un nouveau-né ». Il déclare libres les enfants trouvés et les place sous la protection de l'autorité ecclésiastique, donnant origine aux premiers

¹⁶ Gineste, T. *Ibid.*

¹⁷ En effet, cette nouvelle pratique chrétienne est héritée du peuple juif qui vivait déjà sous cette influence religieuse et qui avaient comme coutume ne supprimer aucun nourrisson. La culture juive considérait qu'il fallait avoir une prise en compte de toutes les créatures sans aucune priorité.

¹⁸ Matthieu 5,3. Nouvel Évangile.

hospices officiels pour les enfants abandonnés.¹⁹ A ce moment-là, on voit surgir également la catégorie des *simples d'esprit*, évoquant tous ceux qui sont prostrés, opprimés et incapables de résister ou de se défendre contre les puissants, en fondant ainsi l'ambiguïté de l'attitude de l'homme vis-à-vis d'eux. Thierry Gineste indique que ce sentiment d'ambivalence envers ces deux nouvelles catégories de citoyens serait d'un côté, la compassion, la charité, l'accueil et le souci d'intégration contrastant avec la peur, le rejet et l'exclusion, représenté par « des sentiments intenses de culpabilité mêlés étroitement à des projets de réparation. »

Le premier grand auteur chrétien à évoquer le thème des *simples d'esprit* est Saint Augustin. Philosophe et théologien chrétien de l'Antiquité tardive, il a exercé une très forte influence sur la théologie catholique et sur la plupart des systèmes de pensée ultérieurs. Il s'est toujours inquiété face aux malheurs des enfants et toute son œuvre est semée des observations des enfants comme moyen de déchiffrer les énigmes humaines. Parmi ses idées les plus diffusées était la notion de péché originel. Cette idée a représenté une tentative de répondre à l'une des questions les plus inquiétantes de l'homme vis-à-vis de la justice divine : où est la bonté de Dieu face au malheur du monde et surtout face à la souffrance des enfants ?

*Et pour ce qui concerne l'esprit, comment concevoir que l'enfance, c'est-à-dire l'image de Dieu, si riche d'innocence, comme vous le dites, puisse venir au monde privé de raison, s'il est vrai qu'il n'y ait aucun péché qui ne passe des pères aux enfants? [...] Dites-moi alors pourquoi dans cette vie, l'âme d'un enfant souffre les afflictions de la chair, puisqu'on ne peut pas encore, dans un âge aussi tendre, lui reprocher d'avoir mal gouverné la chair ?*²⁰

Cette réflexion introduite par Saint Augustin reflète le début d'un souci théologique et philosophique face à l'émergence de la maladie mentale chez l'enfant, touchant également au cerne des mystères de l'âme qui poussent à de nombreux questionnements qui font, encore de nos jours, l'objet de maintes discussions. Saint Augustin collabore ainsi à creuser des réflexions qui vont, peu à peu, contribuer à l'évolution du concept de maladie mentale chez l'enfant. Cependant, celles-ci traineront encore quelques siècles, égarées sous le domaine d'une pensée ecclésiastique dogmatique.

Le Moyen-Âge et l'enfant du bien et du mal

¹⁹ Bien que l'infanticide soit condamné par le Christianisme et par l'État dans l'antiquité tardive, la mort d'enfants dans ses propres milieux familiaux ne s'arrêtera immédiatement et, après quelques siècles, on trouvait encore la nécessité de demander aux parents d'abandonner leurs enfants plutôt que de les tuer.

²⁰ Saint Augustin, cité par Gineste, *Ibid.* p. 28-29

Le Moyen-Âge est une période historique très marquée par la religiosité et modelée par la pensée chrétienne. Comme nous avons pu le voir dans la description ci-dessus, c'est cet esprit chrétien de charité qui apporta du réconfort aux enfants et malades mentaux, compris dans la catégorie des simples d'esprit, en les délivrant de la mort prématurée et en leur donnant une certaine protection. Pour ces faits, le Moyen-Âge est considéré comme l'âge d'or de la folie car les débilés et les malades mentaux auraient bénéficié d'une grande tolérance et auraient vécu sans difficulté au sein de leur famille et de leur milieu social. Cette influence religieuse, qui croit en l'âme comme entité distincte de la chair, est aussi responsable de l'évolution du concept de maladie de l'esprit déjà plus détaché de la maladie physique. C'est ainsi qu'au XI^e siècle, on voit apparaître par la première fois dans la littérature un terme faisant référence à la folie. Issu du latin *folis*, le terme *fol* désignait de manière générale celui qui a perdu la raison, mais qui était souvent employé en association à l'image de l'enfant.²¹

Face au malheur du monde, une division s'établit entre Dieu et l'homme, pour justifier les croyances entre deux pouvoirs : le bon et le mauvais. L'homme, ne pouvant voir en Dieu l'origine de ses afflictions, incarne tout le mal dans l'image du Diable afin d'enlever la responsabilité de son destin, en se reconnaissant fragile et susceptible aux mauvaises influences d'une façon très passive. Cette dualité se reflète dans l'image de l'enfant, être assez naïf et passif aux influences externes. D'un côté, on trouve l'image de l'enfant innocent, modèle de pureté et divinité; de l'autre, on trouve tous les enfants qui ne suivent pas cet ordre dominant ecclésiastique et qui sont systématiquement mis dans la condition de maudits, pécheurs par nature ou même possédés par le diable. C'est dans ce contexte où l'enfant se trouve partagé entre deux extrêmes de bonté et de méchanceté, qu'on voit surgir les premiers traits de la folie chez l'enfant.

L'univers de la folie médiévale prend le fou comme un être dominé par des forces supérieures et mystérieuses, lui attribuant trois catégories différentes, telles que les citent Postel et Quétel : les démoniaques (possédés du démon), les pécheurs insensés (en particulier les incroyants, les juifs et ceux qui versent dans la démesure), les simples d'esprit et les fous de Dieu relèvent de cette folie surnaturelle.²² Ainsi, au fur et à mesure que le dogmatisme chrétien s'établit, se développent également le phénomène de la possession et la pratique de l'exorcisme comme méthode de guérison pour les âmes perturbées. L'Église Catholique établit ainsi l'Inquisition comme une juridiction spécialisée chargée de juger les cas d'hérésie. En 1261, le Pape Jean XXII introduit formellement la sorcellerie dans les champs de l'hérésie et les enfants dits possédés sont considérés comme proie du démon, selon l'affirmation de Luther : « tels enfants possédés n'étaient qu'un amas de chair, *massa*

²¹ Postel et Quétel, *Ibid.* p 57

²² Postel et Quétel, *Ibid.* p.58

carmis, dépourvus d'âme. Car le Diable a le pouvoir de corrompre des êtres doués de raison et de l'âme quand il les possède. Chez ces possédés, le Diable a pris la place de l'âme. »²³

C'est ainsi que l'infanticide de l'autrefois, combattu et condamné par la propre Eglise, réapparaît au Moyen-Âge sous de nouveaux arguments. Et bien évidemment des résistants se sont levés contre. C'est le cas de Jean Wier qui s'opposa vigoureusement à la chasse aux sorcières et réfuta le *Malleus Maleficarum*, ouvrage s'efforçant à prouver l'existence des démons et sorciers. Chargé de sérieuses observations cliniques et d'un esprit critique, Wier décrit et analyse, dans son livre *Histoires de quelques jeunes enfants démoniaques*, des cas de « possession » chez les enfants, dont un cas célèbre d'hystérie collective qui a touché trente enfants à Amsterdam, en 1566. Selon Wier, il ne s'agit point d'une possession, mais de la maladie mentale chez l'enfant, caractérisée par ce qu'il appela hystérie infantile. Ses ouvrages sont considérés comme d'importantes références dans ce domaine et des auteurs contemporains comme Didier-Jacques Duché proposent de prendre Wier comme le père de la « première révolution psychiatrique »²⁴, car à l'instar de Pinel, il soutient la maladie naturelle comme moyen de justifier le traitement des enfants, les faisant échapper à la mort prématurée.

Au Moyen-Âge, l'hystérie des enfants pouvait être également confondue avec des manifestations sanctifiées. Ces cas n'étaient nullement une affaire d'Inquisition et leurs manifestations rencontraient une totale acceptation de la part de la société et même une certaine vénération envers ceux qui perdent la raison au nom de Dieu. Parmi plusieurs cas célèbres d'hystérie collective chez les enfants, décrits dans la littérature médiévale, nous trouvons les *Fols-en-Christ de Russie*, vénérés en ancienne Russie pendant des siècles. Ceux-ci présentaient un comportement excentrique et irrationnel, très isolé du contact social, ainsi qu'un manque de sensibilité à la douleur, comme par exemple tolérance extrême au froid intense et au manque de nourriture, et une indifférence complète à l'égard des conventions sociales. Les écrits datant de cette époque les décrivent comme des individus muets ou avec des tendances à répéter des phrases stéréotypées. Une étude réalisée par Natalia Chalis et Horace W. Dewey met en évidence les similitudes entre les *fols en Christ* et les individus reconnus aujourd'hui comme autistes :

L'idiotie de fols en Christ de Russie était par-dessus tout, semble-t-il, une idiotie sociale, provenant d'une incapacité d'établir des relations normales avec autrui. A l'époque, il était communément admis que l'idiotie était délibérée et dénotait une grande foi religieuse [...] Et il y a aussi d'autres formes de folie, comme la schizophrénie, qui ont fourni leur lot de fols en Christ. Mais les fols en Christ de Russie sont particulièrement intéressants

²³ Luther cité par Gineste, *Ibid.* p.67

²⁴ Duché, *Ibid.* p.40

parce que certains d'entre eux, au moins, faisaient preuve « d'isolement autistique.»²⁵

L'idéal théologique comme première base d'explication des maladies mentales les qualifiant comme des manifestations diaboliques ou sanctifiées, et en même temps qui empêchait le développement de la recherche scientifique, incitait certains médecins à prendre ces enfants malades comme objet d'une observation plus spécifique. Grâce à une meilleure qualité d'investigation clinique, ils arrivent à la conclusion que ces enfants souffrent de maladies d'ordre naturelles. L'idée de la démonisation des enfants disparaît pour donner place aux premières classifications des maladies mentales. C'est donc, à la fin du Moyen-Âge qu'on voit surgir les premiers ouvrages de pédiatrie, bien que nous sommes ici encore loin de parler de pédopsychiatrie.

L'enfant à l'ère scientifique : entre la sauvagerie et la folie

Sous l'influence du courant positiviste, il est arrivé le moment où l'homme essaye de comprendre la nature humaine de façon plus rationnelle, mettant l'être humain au centre de ses questionnements. Pour cela, il réalise une vraie coupure avec l'idée de la faute originelle et quitte tout l'obscurantisme qui régnait autour des connaissances sur la nature humaine. Les études et les observations de l'homme et du monde ne trouvent plus de validité que si inscrites dans une perspective essentiellement scientifique. Voltaire appela donc cette époque le « siècle des Lumières » et déclara ainsi la naissance d'un nouveau paradigme : « à cieus nouveaux, terre nouvelle. »²⁶

En 1799, plusieurs intellectuels français se réunissent à Paris pour fonder la *Société des observateurs de l'homme*. Cette société, considérée comme le berceau de l'anthropologie, rassemblait des intellectuels de plusieurs formations distinctes ayant pourtant tous le même intérêt : analyser les facultés de l'homme sur le plan physique, intellectuel et moral, afin d'établir clairement ce que distingue l'homme des animaux, isolant les anciennes conjectures et s'appuyant désormais sur des certitudes. Thierry Gineste nous explique les prétentions de ces savants avec ses propres mots :

Ce que veulent écrire ces savants, c'est l'histoire naturelle de l'homme. La mise en commun de leurs formations si diverses n'a qu'un but : la recherche des origines de la pensée et de l'expérience sociale. Cette recherche passe par l'étude de l'homme naturel, de l'homme élevé en dehors de toute

²⁵ Chalis et Dewey, cité par Frith, U. *L'énigme de l'autisme*. Paris : Odile Jacob, 1992

²⁶ Voltaire, cité par Duché, D-J, *Ibid.* p. 271.

*institution sociale, abandonnée, pour le développement des idées et du langage, au seul instinct de la nature.*²⁷

Face à ces questionnements, les chercheurs vont s'intéresser aux observations de l'enfant comme « homme en potentiel » et à la folie comme déviation de l'évolution naturelle humaine. Dans cette perspective, ils vont surtout se pencher sur les cas d'isolement social, c'est-à-dire, des enfants sauvages dont le contact avec la société a été restreint ou complètement nul, afin de repérer le point précis où l'homme abandonne sa nature animal pour s'inscrire en tant qu'être appartenant la culture.

Portés par cette nouvelle vague scientifique, c'est donc en 1800 qu'on voit tous les regards se tourner vers celui qui a été considéré comme le premier enfant fou. L'histoire de Victor, l'enfant connu comme le *Sauvage d'Aveyron*, inaugure ainsi une nouvelle ère pour la science. Placé à l'origine de toute nouvelle tentative de théorisation ou de toute pratique innovante en psychopathologie, Victor sert comme un important objet d'étude des savants qui cherchent à « clarifier ce qui, dans la vie psychologique, revient à l'éducation et ce qui, d'un autre côté, revient à la nature, à ce qui est inné. »²⁸ Thierry Gineste, dans son livre dédié à la vie de Victor considère que cet enfant deviendra « le premier enfant dont on tentera de comprendre et de soigner l'aliénation mentale, à tel point qu'il représentera le prototype du désordre mental le plus achevé. »²⁹ Il déclare trouver à ce moment-là une ébauche de ce qui deviendra la pédopsychiatrie plus tard. Comme les querelles sont présentes sur tout l'histoire de la pédopsychiatrie – comme nous allons voir au long de cette première partie de l'étude – Victor représenter celle qui inaugure la pédopsychiatrie.

Responsable d'observer et d'analyser l'enfant sauvage, Philippe Pinel, médecin de l'hôpital de Bicêtre et membre de la Société des Hommes, déclare de son côté que l'enfant sauvage était atteint d'« idiotisme incurable » et refuse l'idée que l'état sauvage pourrait rendre quelqu'un un idiot. Il soutient également l'idée que cet enfant avait été abandonné par ses parents parce qu'il était un idiot.³⁰ Croyant qu'il s'agissait d'une idiotie acquise par l'isolement social, Itard, je une médecin de Bicêtre, s'oppose à Pinel et entreprend un traitement médico-pédagogique auprès de l'enfant sauvage. Son objectif était d'attacher Victor à la vie sociale en réveillant sa sensibilité nerveuse, multipliant ses contacts sociaux et le conduisant aux besoins de l'usage de la parole. Confronté au

²⁷ Gineste, *Victor d'Aveyron. Dernier enfant sauvage, premier enfant fou*. Paris : Hachette, 2004, p.44

²⁸ *Ibid.* p.12

²⁹ *Ibid.* p.12

³⁰ L'enfant présentait une cicatrice sur le col. Les observateurs trouvent que cela pouvait être la preuve de l'abandon. « Il est à présumer qu'une main plus disposée que façonnée au crime aura voulu attenter aux jours de cet enfant et que laissé pour mort dans les bois il aura dû aux seuls secours de la nature la prompte guérison de sa plaie, ce qui n'aurait pu s'effectuer aussi heureusement si les parties musculieuses et cartilagineuses de l'organe de la voix avaient été divisées », Gineste, *Ibid.* p.58

sauvage, Itard prétendait répondre aux questions du développement de l'homme à travers la métaphysique suivante :

*Déterminer quels seraient le degré d'intelligence et la nature des idées d'un adolescent qui privé dès son enfance de toute éducation, aurait vécu entièrement séparé des individus de son espèce, je me trompe grossièrement, ou la solution du problème se réduirait à ne donner à cet individu qu'une intelligence relative au petit nombre de ses besoins et dépouillée par abstraction de toutes les idées simples et complexes que nous recevons par l'éducation et qui se combinent dans notre esprit de tant de manières par le seul moyen de la connaissance des signes.*³¹

Malgré la discordance entre les avis de Pinel et Itard sur la genèse de l'idiotie, celui-ci réalise un important travail sur la prise en charge des idiots. Tenant à un engagement théorique et aussi social, Itard visa à offrir aux idiots une possibilité de traitement qui les ferait sortir de la place des monstres incurables. Dans son essai d'insérer l'enfant sauvage à la vie sociale, il objectivait prouver que ces sujets étaient capables de s'adapter au milieu social à travers un traitement morale. Pour ce faire, il s'occupa de Victor quotidiennement, utilisant le classique système éducatif des sanctions et des récompenses. Cependant, Itard a dû se confronter à son échec et à la chute de son hypothèse d'une évolution possible du sujet idiot au sein de la société. Après plus de quatre ans de traitement, Victor aurait appris quelques mots mais il n'aurait jamais su les utiliser de façon à se communiquer avec son entourage. Itard reconnut ainsi son échec et renonça au traitement moral de Victor.

L'insuccès de son expérience résonnera fortement dans le milieu médico-philosophique et l'idiot se verra encore longtemps dans cette place d'homme-animal, exclu de l'ordre sociale. Malgré cela, nous considérons qu'au-delà de ses limites et des paradigmes de son époque, Itard passe à être considéré par quelques auteurs comme le fondateur de la psychiatrie de l'enfant moderne. En bref, l'histoire de Victor a été longtemps présentée par l'opposition entre Pinel et Itard, l'idiotie congénitale et l'idiotie acquise, étiologie organique des troubles de l'enfant et étiologie psychologique. Toutefois, l'importance de cette histoire va au-delà de ces questionnements, comme le souligne Postel et Quétel :

*L'importance de l'histoire de Victor se mesure au double glissement de la pratique et de la réflexion scientifique dont il est l'occasion et le point d'appui : avec lui, le savant et l'idiot disparaissent derrière l'humain de sa condition ; et c'est par son humanité qu'il est l'occasion d'un traitement moral – nous dirions aujourd'hui psychothérapique – longtemps poursuivi.*³²

³¹ Itard, cité par Gineste, *Ibid.*

³² Postel et Quétel, *Ibid.* p.390

Très influencé par l'alliance entre les savoirs philosophiques et psychiatriques et basé sur le principe de classifications de sciences naturelles, Philippe Pinel, de son côté, classe les maladies mentales sous la forme d'une nosographie philosophique. Bien que sa contribution soit d'une valeur incommensurable à l'évolution de la compréhension et au traitement de la maladie mentale en général³³, il s'intéresse peu aux enfants en particulier et n'apporte pas de nouvelles aires à la compréhension de ce qu'est la maladie mentale chez l'enfant ni de propositions de traitement en spécifique. Dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, il affirme que sur 111 cas observés, seulement 4 avaient au-dessous de 20 ans et « aucun malade qui n'ait pas atteint l'âge de la puberté. »³⁴ Son disciple Esquirol relate aussi rarement avoir traité des enfants, affirmant que « sauf les cas d'idiotie congénitale ou acquise, ces exemples, qui ne sont pas tout à fait des exceptions si on les joint à ceux causés par la jalousie et la masturbation, sont néanmoins très rares. »³⁵

Comme nous pouvons le constater, bien que l'homme du XVIII^e siècle essaye de se débarrasser de cette pensée émergente des questions religieuses, les déviations morales comme l'alcoolisme, la sexualité exacerbée, la promiscuité, sont toujours dénoncées comme l'une des causes des désordres psychiques. On était encore loin d'avoir une affection psychique spécifique de l'enfant bien démarquée des autres déviations morales et affections physiques. Sous l'influence de la théorie évolutionniste de Lamarck³⁶ et de la théorie mendélienne de l'hérédité, Bénédicte Auguste Morel fait preuve d'un pessimisme thérapeutique sur certaines affections, produisant alors un vaste système à la fois médicale et philosophique qui viendra relancer l'organisation nosographique en psychiatrie : la théorie de la dégénérescence.

Cet aliéniste croyait que les conditions sociales pouvaient être les causes premières d'une dégénérescence qui se transmettrait ensuite de père en fils. Les désordres moraux et sociaux étaient décrits dans un large éventail, pouvant aller de l'intoxication par des miasmes, des poisons industriels, une alimentation frelatée, l'alcool, l'abus de stupéfiant, jusqu'à la destruction du système nerveux par la promiscuité, l'onanisme, les mauvais exemples, l'absence de l'éducation, etc. Sa logique héréditaire et évolutive des espèces s'affirmaient lorsque ces sujets touchés par les premiers désordres s'accouplent et procréent à leur tour des délirants, « desquels naîtront des imbéciles, des

³³ Pinel a réussi à démontrer avec les fous ce qu'Itard a raté avec les idiots : qu'ils étaient curables.

³⁴ Esquirol, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. « Folie », S. Le Paulmier, thèse, 1856, cité par Duché. *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *L'origine des espèces* de Darwin apparaît deux ans après la parution de son *Traité des dégénérescences*. Son influence évolutionniste viendrait plutôt des œuvres du naturaliste français Jean-Baptiste de Lamarck. Celui-ci utilisait le terme de dégénération pour définir une déviation naturelle de l'espèce. Postel et Quétel soulignent que Morel s'inspira de cette idée pour associer dégénérescence à une « déviation malade de l'espèce ». *Ibid.* p. 234

idiots et des crétins jusqu'à ce que le rameau, heureusement pour l'espèce, s'éteigne, les stades les plus avancés de cette évolution morbide étant frappés de stérilité. »³⁷

Baigné dans la théorie de la dégénérescence et reconnu comme un important clinicien de l'époque, Moreau de Tours se dédie à l'étude de la maladie mentale chez l'enfant. S'opposant à quelques aliénistes qui ne croyaient guère à l'atteinte d'une maladie mentale chez l'enfant, il affirme que cela est tout à fait pertinent et attire l'attention d'autres médecins et de la propre société à ce fort déni installé dans le milieu médical, depuis des siècles. Il décrit les différentes causes qui peuvent provoquer l'explosion des affections mentales et nerveuses dans le jeune âge. Selon lui, la cause primordiale de l'aliénation est, sans doute, l'hérédité qui fixe cette maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération. Il rajoute encore que les causes occasionnelles de la folie sont plus souvent morales que physiques. Cette définition fait pressentir le rôle considérable de cette cause dans l'étiologie des maladies mentales du jeune âge.

*Dans l'étude de l'aliénation mentale chez les enfants, s'il ne faut pas oublier qu'à cet âge l'instinct l'emporte de beaucoup sur l'intellect, on ne perdra pas de vue non plus que c'est le plus ordinairement, pour ne pas dire toujours, dans les antécédents héréditaires, dans les lois immuables et fatales de la dégénérescence qu'il faut chercher le premier facteur des troubles intellectuels qu'il nous est donné d'observer chez eux.*³⁸

La théorie de la dégénérescence fut, pendant quelques décennies du XIX^e siècle, la grande fresque explicative des maladies mentales, modifiant la conception d'idiotie, arriération, ainsi que celle de l'aliénation mentale, de forme générale. Cependant, l'hérédité n'était pas suffisante en tant que théorie pour faire déplacer la psychiatrie du champ du contrôle de l'ordre public au champ de la médecine. Pour ce faire, elle trouve cette base du côté de la neurologie, où elle prend le corps comme objet, du côté de la psychologie, et par là, s'introduit dans les sciences de l'homme. Cette alliance provoque également un profond changement au sein de la psychiatrie.

Au fur et à mesure que les études de phrénologie et de l'anatomie cérébrale se développent, la dégénérescence et le traitement moral tombent définitivement dans l'oubli une fois que toutes les causes des maladies mentales sont cherchées dans les lésions du cerveau. Ainsi, l'idée qu'une maladie mentale surgit à partir des expériences sensorielles produites par les milieux sociaux ne se tient plus, et la querelle du monisme et du dualisme perd son sens. Michel Foucault attire notre

³⁷ Morel, B-A, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris : Baillière, 1857, p.23

³⁸ Moreau de Tours, *La folie chez les enfants*, Paris : Baillière, 1888, p.22

attention sur le changement qui s'opère par le besoin de la psychiatrie de s'affirmer en tant que spécialité scientifique. C'est à ce moment-là qu'elle perd son caractère premier : celui de l'étude de l'âme.

*La psychiatrie n'a plus besoin de la folie, elle n'a plus besoin de la démence, elle n'a plus besoin du délire, elle n'a plus besoin de l'aliénation pour fonctionner. La psychiatrie peut psychiatriser toute conduite sans se référer à l'aliénation. La psychiatrie se désalienalise.*³⁹

Le XIX^e siècle représente ainsi la période transitoire de la psychiatrie, où elle quitte les conceptions aliénistes, passant par celles basées sur l'hérédité pour (essayer de) se poser sur des bases scientifiques. Cette traversée lui a permis, d'un côté, d'émerger en tant que spécialité médicale et de gagner la notoriété qu'il lui manquait mais, en même temps, elle abandonne ses bases dualistes de l'étude de la maladie mentale comme une affection de l'esprit. Au milieu de ce bouleversement, la maladie mentale de l'enfant n'est toujours pas définie et reconnue, malgré les efforts de Morel. C'est ainsi que pendant encore longtemps, les enfants présentant des souffrances psychiques sont restés confondus avec des enfants « perturbés », « pervers », « onanistes », « criminels en potentiel », « arriérés » qu'il fallait dresser par les moyens d'éducation rigide dans les internats sacerdotaux, ou avec les adultes idiots de la Salpêtrière et Bicêtre, ou encore, dans des cas plus réservés, avec des enfants sourds-muets dans des instituts éducationnels.

De la démence précoce à la démence précocissime

A la fin du XIX^e et début du XX^e siècle, la psychiatrie, complètement incrustée dans le contexte médical, se manifeste complètement dominée par une conception anatomo-clinique des maladies mentales, dans laquelle il était impératif d'établir une corrélation entre la lésion organique et les symptômes constatés par la malade. Ce moment représente une époque importante pour le développement de la pensée psychiatrique qui essaye de repérer le moment du déclenchement de la maladie mentale. Malgré le coup de puce de Moreau de Tours, jusqu'à ce moment-là, la maladie mentale chez l'enfant n'est représenté que très rarement dans les observations et écrits médicaux. Mais un pas est donné par certains psychiatres qui vont trouver cette « étincelle » dans les transformations corporelles issues de la puberté, attirant ainsi l'attention de tous à la précocité de ces affections mentales.

³⁹ Foucault, *Les anormaux, Cours au Collège de France*, Paris : Gallimard, 1999, p.148

Emil Kraepelin, psychiatre allemand de grande notoriété, a apporté une contribution significative au champ de la psychiatrie dans les débuts du XX^e siècle. Il est responsable d'avoir instauré une approche nettement descriptive qui venait s'inscrire dans un champ opposé à celui diffusé par Freud. Alors que celui-ci s'intéressait à l'étiologie dynamique des troubles mentaux – comme nous allons voir dans le chapitre suivant –, Kraepelin consacra sa carrière à les classer, les répertorier et les décrire en tant qu'entités distinctes. Son approche descriptive reste toujours à la base de l'approche actuelle d'identification des troubles mentaux, dominant la psychiatrie moderne et éclipsant les travaux de Freud.

Le grand apport d'Emil Kraepelin à la psychiatrie de l'époque fut la théorisation de la *Dementia praecox*.⁴⁰ En 1901, il regroupe une classe de malades dont l'aliénation est apparue très tôt, évoluant vers un état d'hébétude et d'incohérence. Selon lui, ce processus s'initiait généralement à l'adolescence, Selon Kraepelin, les symptômes de la démence précoce apparaissaient à la période de la puberté – et *très rarement dans l'enfance* –,⁴¹ conduisant progressivement le sujet à un état de démence profonde. Ceci l'a amené à conclure qu'une auto-intoxication pourrait être à l'origine des processus ayant leurs sièges dans les organes génitaux.

À la suite de la contribution théorique de Kraepelin sur la démence précoce, plusieurs psychiatres vont s'efforcer à chercher les symptômes spécifiques de l'enfant. Neurologue et neuropathologue de formation, De Sanctis observe des jeunes arriérés qui présentaient des états similaires à ceux de la démence précoce de Kraepelin. Ces enfants, qui ne présentaient pourtant pas de lésions neurologiques apparentes, étaient atteints, outre un déficit intellectuel, des signes de catatonie, des hallucinations, des idées délirantes. De Sanctis cogitait la possibilité d'être face à une « mentalité vésanique » (authentique maladie mentale avec des signes comme les hallucinations) associée à une déficience mentale. Il arriva à la conclusion qu'il s'agissait d'une maladie similaire à la démence précoce apparue à un âge plus tendre. Il décrit ainsi une nouvelle figure clinique *sui generis* qu'il nommera *Démence précocissime*⁴², démarquant ses spécificités de celles de l'arriération mentale et de la psychopathologie adulte. Ainsi, le diagnostic différentiel est à l'origine de sa démarche puisque selon lui :

Ces enfants échappent au diagnostic d'idiotie ou d'imbécilité et doivent plutôt être compris sous celui de démence précoce, en ce sens qu'ils présentent les symptômes de cette psychose, tels que : bonne mémoire,

⁴⁰ Le terme de démence précoce ou démence juvénile avait déjà été utilisé par Auguste Morel dans son *Traité des maladies mentales* (1860) où il décrivait une forme d'affaiblissement psychique apparaissant après la puberté.

⁴¹ Souligné par nous.

⁴² Il présente la démence précocissime par la première fois au Ve Congrès International de Psychologie qu'il organise à Rome.

*bonne capacité de perception, toutes choses contrastant avec une instabilité extrême de l'attention, une faiblesse ou l'absence de formation de pensée d'ordre supérieur, des perturbations graves de l'activité volontaire, du caractère et des attitudes, telles que négativisme, tendance aux actes rythmés, impulsivité [...] Cette forme de psychose (déméntia précocissima) n'a été établie que sur l'analogie des symptômes, car on hésite à lui attribuer l'étiologie et la pathogénie non pas prouvée mais seulement présumée de la démence précoce, à savoir d'après Kraepelin une auto-intoxication génitale.*⁴³

Sante De Sanctis s'éloigne des idées kraepeliennes de la démence précoce, lesquelles étaient à la base de sa théorie, et prône l'originalité de sa description. Il considérait que l'important de son apport était la possibilité de « démontrer que dans l'enfance et la première jeunesse, il existe une maladie mentale, différente de la phrénasthésie (de l'arriération mentale), qui présente des symptômes très curieux et analogues à ceux de la démence précoce de l'adolescent et de l'adulte. »⁴⁴ Il méconnaissait l'étiologie de cette psychopathologie, cependant il considérait que la dégénérescence pouvait y être associée. Considérant l'aspect réversible de cette maladie, il récusait tout pessimisme dans le traitement de ces jeunes enfants atteints de la démence précocissime. Néanmoins il reconnaissait la possibilité d'une rechute.

Croyant que l'enfant pouvait souffrir d'une maladie mentale et pas seulement de déficit intellectuel, Sancte de Sanctis est le premier médecin à séparer un cadre pathologique spécifique aux jeunes enfants. Selon Jacques Hochmann, il se trouve là la grande contribution de ce professionnel à la nosographie psychiatrique :

*Son intérêt historique aura été de distinguer clairement, chez l'enfant, un processus psychotique d'un état purement déficitaire et de montrer, malgré une certaine proximité, la spécificité de troubles de l'enfant par rapport à ceux des adultes. Même s'il appartient encore au XIX^e siècle, par sa fidélité à la tradition kraepelienne, Sancte De Santis annonce un siècle nouveau, où on va cesser de présenter l'enfant anormal soit comme un être resté incomplet, soit comme un petit adulte fou en miniature.*⁴⁵

Les contributions de Kraepelin avec son concept de *Démence Précoce* et celle de Santis de *Démence précocissime* ont propulsé les observations sur la précocité d'apparition de la maladie mentale, facilitant au fur et à mesure l'acceptation de la société scientifique à la croyance d'une

⁴³ Sancte De Sanctis, cité par E. Aubry, *Psychoses de l'enfant à forme de démence précoce* (1910), in *L'Encéphale*, 1910, p.273.

⁴⁴ De Sanctis, cité par Hochmann, J., *L'histoire de l'autisme*, Paris : Odile Jacob, 2009, p.164.

⁴⁵ Hochmann, J., *Ibid.*, p.167

maladie mentale spécifique des jeunes âges. Mais ce ne sera qu'à partir la diffusion et de l'intégration des concepts psychanalytiques par la classe psychiatrique que les affections mentales chez l'enfant seront plus repérables. En attendant cet événement, nous allons voir par la suite toute la querelle qui s'est formée au long des siècles autour de la résistance à accepter l'existence de la maladie mentale chez l'enfant. Ce déni est, sans doute, la grande entrave à l'émergence des prises en charge adaptées aux enfants qui ont traîné encore longtemps dans les services hospitaliers des adultes ou oubliés dans des centres éducationnels.

2. LE SOUCI DU DIAGNOSTIC ET DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Sujet toujours délicat à traiter, le diagnostic en psychiatrie infantile demeure un débat séculaire. On a longtemps témoigné sur cette place d'exclusion dans laquelle se trouvaient les enfants inadaptés des règles sociales, initialement dominées par des idées religieuses et postérieurement par l'encadrement éducatif scolaire. Dépistés encore dans un jeune âge, ces enfants sont amenés à suivre des traitements dans des institutions spécialisées ou hôpitaux qui les mettent sous les poids lourds des diagnostics graves. Éloignés du système d'éducation préétabli à tous, ils sont étiquetés comme des « malades mentaux », plus vulgairement, des enfants fous ou débiles, ce qui crée un énorme écart entre eux et le monde extérieur.

Outre l'exclusion sociale qu'il engendre, le diagnostic en pédopsychiatrie touche un autre point délicat qui provoque assez souvent des débats. L'enfant, étant encore en développement psychique et physique, l'appréciation d'un cadre psychiatrique peut très vite changer dans ce cas. C'est pour cette raison que l'imposition du diagnostic en pédopsychiatrie reste, encore de nos jours, source de malaise et d'hésitation de la part des professionnels et des parents, car on considère que l'enfant pourrait être marqué « au fer » par une « étiquette » qui le figerait dans l'évolution de son histoire subjective et sociale. Nous devons reconnaître que le diagnostic en psychiatrie générale et, notamment celui en psychiatrie infantile, porte une charge beaucoup plus lourde que n'importe quel autre type de diagnostic médical, puisqu'il touche à l'identité du sujet, à son essence en tant qu'être humain, imprimant sur le patient une espèce de représentation sociale, qui évolue au gré des valeurs de la société, comme on a vu se dessiner autour du concept de folie au fil du temps. Jacques Hochmann nous rappelle que :

Les pédopsychiatres, plus particulièrement, ne souhaitaient pas partager avec les familles un diagnostic qui n'était qu'une commodité administrative, sans implications pratiques. Ils pensaient ainsi préserver, dans la famille, une ouverture à toutes les possibilités de développement de l'enfant, en évitant de les limiter à celles d'un malade promis à un avenir de handicapé.

46

Les réticences autour du diagnostic ont toujours existé. Cependant, la pédopsychiatrie, comme n'importe quelle autre spécialité médicale, se voit contrainte de travailler par l'intermédiaire d'une posée de diagnostic, afin de suivre les démarches systémiques de la prise en charge d'une maladie. Il est important de rappeler que le concept même du diagnostic est consubstantiel à la pratique de la médecine car il sert comme un élément primordial, issu de l'observation et analyse des symptômes présentés par le patient, pour donner suite au traitement thérapeutique. Bref, le diagnostic sert, lorsqu'il est établi avec rigueur d'observation et d'analyse sérieuse, à soigner le sujet et non à lui produire des préjudices, à travers une exclusion sociale. Il est donc impératif de rappeler que ce qui provoque le malaise social ce n'est pas le diagnostic en soit, mais les représentations sociales qui s'associent à lui, qui découlent de l'éternelle peur de la société face à la perte de la raison, l'aliénation, la folie.

Selon l'analyse étymologique du terme diagnostic – provenant du grec διάγνωση, *diágnosi*, à partir de δια, *dia*, par, à travers, séparation, distinction et γνώση, *gnósi*, la connaissance, le discernement – cette pratique consiste, grosso modo, à acquérir la connaissance sur une maladie spécifique à partir de l'établissement d'un rapport de comparaison et distinction au niveau des symptômes d'une autre maladie. Un bref historique nous montre que la première discrétisation de valeurs a été opérée non entre deux formes de maladies, mais pour distinguer les sujets sains des malades ou déviants, les premiers pouvant suivre un ordre commun alors que les deuxièmes devaient être mis à part des règles habituelles. A la suite de ce partage entre normal et pathologique, déterminant les deux grands groupes normaux-anormaux, il a fallu distinguer une maladie contre les autres afin de mieux connaître leurs causes et évolutions bien spécifique, ce qui définissait si elles étaient aptes ou pas à se faire soigner et à mériter un traitement. Voyons donc que l'essai de séparer les maladies par leurs ressemblances, nous oblige à relancer d'emblée leurs spécificités, et c'est à ce moment-là qu'on se rend compte que la pratique du diagnostic présuppose toujours celle d'un diagnostic différentiel.

C'est ainsi que l'établissement d'une grille sémantique en psychiatrie s'est fait nécessaire dans le temps, indiquant le nom et les symptômes – qui se limitaient aux phénomènes observables – correspondants à chaque maladie. Il fallait établir des critères de base de différenciation entre les

⁴⁶ Hochmann, *Ibid.* p.448

maladies afin de créer un système de classification cohérent. Ce serait donc uniquement par l'intermédiaire d'une classification des maladies et d'un cadre nosographique déjà pré établis, qu'un diagnostic nosologique pourrait se faire et au travers duquel le médecin aurait la possibilité de nommer la maladie et le traitement qui lui correspondrait le mieux. En théorie, cela devrait venir simplifier les échanges entre professionnels de la santé mentale. Toutefois, les classifications restent toujours objet de désaccords quant aux troubles qui auraient dû être inclus, quant à la meilleure méthode pour leur classification, et les bases théoriques du cadre nosographique ainsi que le traitement le plus approprié selon chaque classement. Comme nous pouvons voir, la nosologie est à la fois l'essence même de la psychiatrie et aussi toute sa problématique.

Mais la problématique du diagnostic en pédopsychiatrie ne s'arrête pas au souci d'imposer ou pas un diagnostic qui puisse marquer l'enfant dans son avenir. Une autre entrave à cette pratique est celle de connaître les limites entre les désordres psychiques et physiques. La maladie chez l'enfant d'ordre purement psychique ne pouvait pas être complètement repérée et démarquée puisqu'elle se présentait toujours imbriquée à des questions morales et physiques. Et c'est sur ce point-là que nous allons trouver l'un des grands enjeux de la psychiatrie infantile. Bien que, pour certains, la maladie mentale chez l'enfant trouve toute une particularité face aux maladies purement organiques au niveau étiologique et évolutif, on trouve encore une large résistance à accepter ce fait, même aux jours actuels.

Combien de temps faudra-t-il encore attendre pour qu'on puisse accepter clairement l'idée qu'un enfant puisse être atteint des souffrances dont les origines sont essentiellement psychiques, issues de leur brève histoire de vie ? Jusqu'à quand cette confusion entre désordre physique et psychique va perdurer en empêchant le développement du traitement psychique chez l'enfant ?

La distinction entre la folie et l'idiotie

Sauf dans l'Antiquité, pendant toute l'évolution de l'histoire de l'homme, on a connu un intérêt particulier à démarquer les désordres de l'âme, la déraison, la folie, acquises durant le développement de l'individu, et les désordres du corps, déficiences, défauts d'intelligences congénitales du sujet. Dans le Haut Moyen-âge, les œuvres du théologien et philosophe Saint Thomas d'Aquin (1224-1274) apportent un point d'équilibre et d'achèvement au domaine théologique et marquent le système de pensée chrétienne pendant des années. Influencé par la philosophie réaliste d'Aristote, Saint Thomas d'Aquin propose une œuvre théologique appuyée sur un essai de synthèse de la raison et de la foi, donnant naissance à la *théologie morale*. Dans ce contexte, le philosophe va examiner si la folie est opposée à la sagesse, réflexion qui le conduira à établir un écart entre folie et déficience mentale. Dans son texte *Somme théologique*, St Thomas

d'Aquin analyse la folie par le biais du péché. Il conclut que si tout péché est volontaire et la folie involontaire, donc celle-ci n'est point un péché : « De plus tout péché est opposé à quelque précepte divin. Or la folie n'est opposée à aucun précepte. Elle n'est donc pas un péché. »⁴⁷

En contrepartie, quelques années plus tard, dans son livre des proverbes, Saint Thomas d'Aquin semble contredire son exposition quand il distingue deux formes de folie. La première n'est pas un péché puisque c'est une disposition naturelle comme celle qu'on voit chez les insensés ; l'autre semble être un péché vu que c'est le résultat de la jouissance de l'homme sur ces biens terrestres. Thierry Gineste attire notre attention sur un fait précis dans l'analyse de St Thomas d'Aquin sur la folie : celui refusa le mélange entre toutes les choses et marqua nettement la distinction entre folie et défaut de l'intelligence. Ils seront nommés de fous ou débiles tous ceux qui « enchaînent » aux affections charnelles. Les premiers souffriront des causes naturelles alors que les seconds auront des explications raisonnables basées sur le péché.⁴⁸

A la fin des temps médiévaux, c'était la législation qui jouait un rôle important dans la classification des maladies, étant chargée par la société de tracer la limite entre raison et déraison. Si l'individu était reconnu comme un idiot de naissance, le juge nommait un curateur pour s'occuper de ses biens et un tuteur pour sa personne. A ce moment-là, il a fallu faire une distinction claire entre plusieurs catégories (*stulti, fatui, idioti, prodigi*) représentant les différentes formes de maladie auxquelles il fallait appliquer un régime légal particulier à chaque cas. Ainsi, les lois civiles comme le mariage, les droit au testament, la reproduction, étaient décidé par la justice après une analyse de chaque cas.

L'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert et le Dictionnaire de Trévoux constituent une approche de la valeur signifiante des mots au milieu du XVIII^e siècle. En grec, *idios* est l'homme privé qui ne se mêle pas des affaires publiques. Le mot idiot, issu du grec *idiotès* qui opposait l'homme privé dans sa solitude, à l'homme public, définit par son rôle dans la cité. Il s'était vu rapidement appliqué, par extension, à l'homme privé de raison, isolé du reste de la société, jusqu'à désigner, chez Shakespeare, un individu dont le langage était dépourvu de signification. Le vocable latin *imbecillis*, faible, sans vigueur, et la définition qui suit étend cette faiblesse à l'esprit, en déduisant une incapacité juridique du sujet à disposer de ses biens, donc à tester, sauf si on lui attribue un peu plus de jugement qu'un enfant de quatorze ans.⁴⁹

Au début du XVIII^e siècle, le grand débat établi parmi les aliénistes concerne les définitions d'idiotie et de savoir si elle peut être considérée comme une folie. Selon la plupart des aliénistes, l'idiotie n'est point une folie. Philippe Pinel fut le premier à poser une classification des maladies

⁴⁷ St Thomas d'Aquin, *Somme théologique* cité par Gineste. Thèse de doctorat, *op.cit.* p.34

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ Duché. *Op.cit.* p.79

mentales, ce qui fait de lui le fondateur de la nosologie. Son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, datant de 1801, distinguait la manie, la mélancolie, la démence, l'idiotisme. Il considérait que l'idiotisme n'est pas considéré comme une maladie et les idiots ne sont pas des malades mentaux qui doivent avoir les mêmes soins que les fous dans les asiles. Ceci étant, les idiots, restant dans la place de des malheureux infirmes, gagnent le droit d'être recueillis. Cependant, ceux-ci n'auront pas le droit d'être installés dans des asiles destinés au traitement des aliénés.

Pinel, pendant toute sa carrière, insistera à bien définir également l'entité d'idiotisme comme des incurables liés à un vice originel de conformation, mais il reconnaît aussi ce qu'il appela *idiotisme acquis* lorsque la personne déjà adulte passe par des crises ou trauma qui l'amènent à l'état d'idiotisme. Esquirol, successeur de Pinel comme médecin chef du service des aliénés de la Salpêtrière, écrit un article du *Dictionnaire des sciences médicales*, publié en 1818, dans lequel il définit l'idiotie comme un troisième groupe des affections mentales, à côté de la démence et de la folie. Une vingtaine d'années plus tard, cet aliéniste publia son livre *Des maladies Mentales* dans lequel il affirma que l'idiotie a des caractères propres qui la différencient des autres dérèglements d'esprit.

*L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait pu acquérir des connaissances relatives à l'éducation [...] Les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de leur vie; tout décèle en eux une organisation imparfaite ou arrêté dans son développement. On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état.*⁵⁰

Esquirol distinguait nettement l'idiotie et la démence, conception illustrée et immortalisée dans sa célèbre phrase : « Le dément est le riche devenu pauvre alors que l'idiot est un infortuné depuis sa naissance, né dans la misère »⁵¹. Sous l'influence de Pinel d'une classification botanique des maladies mentales, Esquirol continue cette distinction en faisant référence à la folie comme une plante vivante qui a son développement normal et qui après avoir germé, peut se développer jusqu'à maturité, proliférer ou au contraire se dessécher et disparaître. Dans ce cas, il compare l'idiotie à une sorte de minéral, machine montée pour produire toujours les mêmes mouvements, c'est-à-dire, un être « brut ». Sans aucun espoir par rapport à l'éducation des idiots, appuyé sur l'organicité indiscutable et convaincu par leur incurabilité, Esquirol est opposé à l'idée qu'ils puissent profiter des bénéfiques du traitement moral.

⁵⁰ Esquirol, *Des maladies mentales*, Paris : Baillière, 1838, cité par Hochmann p.63

⁵¹ *Ibid.*

Jacques-Etienne Belhomme, élève de Esquirol, passe sa thèse de doctorat en médecine en 1824, intitulée *Essai sur l'idiotie* dans laquelle il conclut que les idiots sont éducatibles suivant leur degré d'idiotie. Dans ses observations d'un groupe d'idiots de la Salpêtrière, Belhomme y isole une catégorie particulière qu'il nommera les imbéciles. Selon lui, ceux-ci sont moins repoussants, susceptibles d'attachement et d'amitié et même de dévouement, pourtant ils sont inclinés au vol et à la violence. Partageant les mêmes idées de Belhomme, l'autre élève d'Esquirol, Félix Voisin, déclare que la majorité des idiots sont éducatibles. Cérébrista convaincu, il croit que tous les désordres intellectuels, affectifs et moraux sont les résultats d'une atteinte du cerveau. Lui, aussi, considérait l'idiotie comme une entité différente de celle des aliénés :

De tous les temps, les idiots ont été plus malheureux que les aliénés. A Sparte, ils partageaient le sort des enfants d'une faible constitution, et on les jetait impitoyablement dans les Eurotas, et lorsque, dans les Temps modernes, on s'est occupé d'améliorer le sort des hommes qui ont perdu la raison, on n'a rien fait pour ceux qui, dès l'enfance, ne présentaient pas qu'une intelligence obtuse, incomplète et limitée à certains nombres de phénomènes.⁵²

Contrairement à ses contemporains, Edouard Séguin, connu comme « l'instituteur des idiots », ne considère pas l'idiotie uniquement comme un défaut de l'intelligence. Selon lui, cette affection serait la conséquence et non pas l'origine du mal. Il définit l'idiotie comme « une infirmité du système nerveux, qui a pour effet radical de soustraire tout ou partie des facultés de l'enfant à l'action régulière de sa volonté qui le livre à ses instincts et le retranche du monde moral. »⁵³ Séguin croyait que l'idiotie était un trouble spécifique du fonctionnement mental et la distingue clairement du simple retard, de l'imbécillité, du crétinisme ou encore de la folie.

L'idiot était considéré par les théoriciens de la dégénérescence comme son terme ultime, c'est-à-dire, le dernier degré d'involution de l'espèce humaine. Alors que quelques aliénistes se sont dédiés à l'étude de l'idiotie afin de comprendre le fonctionnement psychique dans l'espoir de mieux le traiter, d'autres comme Auguste Morel considérait l'idiot comme un être privé d'une dimension individuelle et le définissait comme un « être végétatif qui n'a plus ni souvenir, ni intelligence, ni aucune sorte d'initiative chez lequel la parole est absente et dont la sensibilité est si obtuse qu'il peut sans se plaindre supporter les intempéries des saisons.»⁵⁴ Selon le père de la théorie de la dégénérescence, l'idiot reste inéducatible et seulement les névropathies ou les déséquilibres encore légers peuvent être traités avant d'arriver à ce stade, ce qui configurait un traitement préventif sur

⁵² De l'idiotie chez les enfants, *cité* par Hochmann, p.145

⁵³ Hochmann, *Ibid.* p.16

⁵⁴ Morel, B-A. *Ibid.*

les stigmates déjà apparents afin de promouvoir une régénération de ceux qui se trouvaient déjà dans le processus de dégénérescence.

Suivant la perspective héréditaire, Chaslin et Rousseau distinguaient les idioties innées et les idioties acquises en tous points analogues aux psychoses de l'adulte :

*Les théories qui ont été données sur la dégénérescence sont presque métaphysiques ; nous retiendrons seulement le fait en remarquant que, dans la production de l'idiotie, l'hérédité peut bien entrer pour une part, mais que l'action des facteurs externes est très probablement supérieure en importance. On peut même dire qu'au fond ce sont eux qui jouent, en somme, le premier rôle, car c'est dans une cause extérieure au corps et au germe qu'il porte, qu'il faut toujours finalement à l'origine chercher le point de départ des désordres pathologiques, fussent-ils seulement de développement.*⁵⁵

Moreau de Tours corroborait avec Morel sur le grave degré d'affection de l'idiot, ce qui selon lui permettait de l'identifier plus facilement parmi les enfants dont les parents donnaient déjà des signes de faiblesse morale. Il trouvait les causes de cette dégénérescence ultime uniquement dans l'hérédité telle sa déclaration : « il est évident qu'il ne faut plus aller les chercher chez le sujet lui-même, mais bien en dehors de lui, chez ceux dont il tient l'existence, en un mot dans les conditions d'hérédité. Ces conditions renferment en elles la véritable origine de l'idiotie »⁵⁶ Moreau de Tours a décrit une autre catégorie d'affection qui touchait assez souvent les enfants. Il s'agit des enfants arriérés, dont il cite Legrand du Salle à ce sujet :

*Quintoux, irritables, violents et malheureusement honnêtes, indisciplinables, incorrigibles. Les bienfaits de l'éducation, les craintes de la religion, la crainte du châtement ou la sévérité des punitions n'ont aucune prise sur eux. Ces êtres si tristement nés, ne sont ni aliénés, ni imbéciles, ni idiots, mais ils épouvantent la société et se soustraient néanmoins à toute la rigueur des lois pénales : ce sont des arriérés.*⁵⁷

Cette catégorie qu'il décrit comme des « véritablement fous sans folie, délirants sans délire », apparaissait assez mitigée, comprenait des enfants délinquants, débiles et aussi un grand nombre d'enfants qui intégreront plus tard la nouvelle catégorie des enfants schizophréniques issus de

⁵⁵ Chaslin, P., et Rousseau, L., *Traité des maladies de l'enfant*. 2^e éd. Tome IV, Idiotie – imbécillité- débilité mentale- épilepsie, Paris : Masson, p.215

⁵⁶ Moreau de Tours, *op.cit*, p. 320-322

⁵⁷ *Ibid.* p.36-37

l'émergence de la théorie psychanalytique et de son adhésion par la communauté psychiatrique, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

L'inacceptation de la folie chez l'enfant

La folie peut-elle exister chez l'enfant ? C'est la question qui a remué les esprits des savants penchés sur l'étude des désordres de l'âme humaine, pendant longtemps. A partir d'une étude approfondie, nous pouvons observer que cette idée fût chassée de toute expertise médicale et théologique pendant longtemps. Le postulat en vogue dans les cercles de discussion du Moyen-Âge était celui que l'enfant, considéré comme un être pur et sans péché, ne pouvait pas être atteint de folie. Malgré les avancées scientifiques acquises par la pensée psychiatrique du XIX^e siècle, cette même réserve à considérer la folie chez l'enfant était présente dans les cercles de psychiatres. Selon eux, l'enfant n'ayant pas encore atteint l'âge de la raison, ne pouvait pas devenir fou. Dans les plus graves cas, l'enfant était considéré atteint des arrêts du développement – ce qu'on pourrait rapprocher actuellement des troubles envahissants du développement ou, d'une manière plus globale, handicap – ou de déviances morales dont les causes résultaient d'une mauvaise éducation ou des instincts fâcheux qui devaient être corrigés et punis.

En 1828, Broussais déclara que « les enfants sont peu susceptibles de folie pour causes morales parce que les impressions sont moins durables chez eux que chez les adultes. »⁵⁸ La peur de voir l'enfant atteint d'un délire est reposée, depuis que Griesinger affirme, en 1865, dans son *Traité de maladies mentales*, que « la mobilité de l'enfance est telle qu'un ordre déterminé d'idées délirantes ne peut à cet âge s'emparer de l'esprit et se systématiser comme cela se voit à une époque avancée de la vie. »⁵⁹ Il est donc admis que l'enfant ne peut présenter de délire car il n'y a pas les moyens ni de pensée ni d'expression verbale nécessaires pour construire un délire. A ce propos, il déclare :

*Le moi à cet âge n'est pas encore formé d'une manière bien stable de façon à pouvoir présenter une perversion durable et radicale ; aussi les diverses maladies produisent-elles chez eux [les enfants] de véritables arrêts de développement qui atteignent l'intelligence dans toutes ses facultés.*⁶⁰

⁵⁸ *Ibid.* p.14

⁵⁹ Griesinger, *Traité des maladies mentales*, 1865, *Cité par Bercherie*, p. 1315

⁶⁰ *Ibid.*

Le fou, selon la formule de François Lereut, aliéniste à Bicêtre, est quelqu'un qui se trompe, parce qu'il est obnubilé par une passion. Il suit dans cette logique et affirme que « l'enfant n'a pas encore de passion (sous-entendu de sexualité, c'est du moins la conviction de Séguin) il ne peut donc être égaré par « l'éréthisme », l'excitation, sinon dans les rares cas de puberté précoce. »⁶¹ L'enfant ne peut donc être fou, postulat qu'on soutiendra jusqu'à la fin du siècle.

*Si dans la première enfance que l'on s'accorde généralement à terminer à 7 ans, la folie proprement dite est relativement assez rare et ne s'y montre guère que sous la forme d'une excitation maniaque ou d'un délire fréquent à la suite d'affections fébriles, on y voit par contre se manifester des arrêts de développement sous la forme de l'idiotie et de l'imbécillité. Dans le premier cas, la déviation physique domine, dans le second c'est par le défaut d'aptitude intellectuelle que le sujet pèche.*⁶²

A la fin du XIX^e siècle, l'intérêt pour l'enfant psychiquement perturbé se manifeste. La possibilité d'un délire systématisé chez les enfants, niée par Griesinger dans son traité de 1865, du fait de la maturation incomplète du Moi, est au contraire admise par Moreau de Tours, aliéniste français et le premier à dédier un ouvrage à ce sujet spécifique. Celui-ci, cependant, la tient pour tout à fait rare. Il dénonce dans son ouvrage *La folie chez l'enfant*, la résistance de la part de la société de la communauté médicale à accepter ce fait :

*Pendant longtemps, l'humanité a refusé l'idée que l'enfant puisse être atteint par la folie et pendant tout ce temps on a essayé d'expliquer cette excentricité chez les enfants comme un défaut d'éducation, des mœurs mauvaises, des instincts fâcheux que l'on doit corriger et punir au lieu d'être pris pour ce qu'ils sont, pour des symptômes de maladie qu'il faut traiter psychologiquement et moralement. De nos jours le doute n'est plus permis : oui, l'enfant peut être atteint de folie, et cette affection présente dans le jeune âge les mêmes caractères généraux que ceux que l'on observe chez l'adulte.*⁶³

Malgré les affirmations incisives de Moreau de Tours, le discours issu de la classe médicale, chargé de moralité, se présentait assez résistants à accepter ouvertement le fait que l'enfant pouvait être atteint de la folie. Ce questionnement persistera jusqu'à l'orée du XX^e siècle, moment dans

⁶¹ Cité par Hochmann, *Ibid.*, p.77

⁶² Le Paulmier, *Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie*, 1856, cité par Moreau de Tours, *Ibid.*, p. 20

⁶³ Moreau de Tours, *Ibid.* p.8

lequel Freud aborde le problème de la sexualité infantile de façon nouvelle et révolutionnaire, et fait basculer tous les idéaux moraux soutenus à ce moment-là.

Médecins et Éducateurs : dispute autour de la prise en charge des enfants inadaptés

Comme nous l'avons vu ci-dessus, la problématique du diagnostic en pédopsychiatrie est enracinée à celle de connaître l'étiologie des troubles. De surcroît, elle relance également systématiquement une autre : celle de la prise en charge. La pratique psychiatrique du XIX^e siècle se posait ainsi sur la logique suivante : il est impératif de savoir où se trouve l'origine de l'affection de l'enfant, pour établir un diagnostic afin de savoir s'il s'agit ou pas d'une affection traitable qui se suivrait d'une prise en charge adaptée selon le cas. Ceci étant, dans le cas où un désordre du corps était attesté comme la cause des dysharmonies du comportement du sujet, le traitement appliqué serait d'ordre essentiellement médical. Si la cause est attestée comme un arrêt du développement ou d'ordre purement moral, la prise en charge est alors destinée aux éducateurs.

Cependant, trouver les causes des désordres psychiques chez l'enfant n'était pas si évident et celles-ci a été longtemps confondues avec diverses catégories d'affections (arrêt du développement, défaut d'intelligence, faiblesses morales, etc.) qui ne correspondaient pas en essence au cadre médical. En fait, en dehors de ces catégories, la maladie mentale chez les enfants est très rarement perçue à cette époque. Les médecins et les psychiatres s'intéressaient assez peu de ces déviations infantiles, se dédiant à l'étude des cas les plus intrigants aux intérêts de la société, et pas vraiment au développement de l'enfant lui-même. C'est ce que conclut Michel Stone dans son étude sur la psychiatrie de l'enfant avant le XX^e siècle :

Jusqu'au XX^e siècle, la psychiatrie de l'enfant n'a intéressé qu'accidentellement les auteurs Itard, West et Séguin mis à part. Jusqu'en 1900, il semble que les excentricités des enfants aient été tolérées, avec indulgence ou irritation selon les cas; les seuls enfants suffisamment déviants pour attirer l'attention sur un plan psychopathologique étaient les débiles (Itard et Seguin), les dangereux (Haslam et Esquirol), les épileptiques (Griesinger), les bizarres (Wier, Baddeley, Voisin) et même ceux-là échappaient en partie à la psychiatrie dans la mesure où leur bizarrerie entrait plus ou moins dans un schéma recevable à l'époque où ils vivaient. ⁶⁴

Selon Michel Stone, la pauvreté est l'une des raisons pour lesquelles les problèmes de santé mentale sont passés inaperçus pendant longtemps. Ceci étant, ce n'est qu'à partir du moment où

⁶⁴ Stone, M. Child Psychiatry before the Twentieth Century, in International Journal of Child Psychotherapy, cité par Duché, *op.cit* p.15

humanité dépasse la période de misère prise dans une unique préoccupation autour de la survie, qu'on peut se pencher sur les problèmes individuels des enfants. Avec la diminution des taux de mortalité infantile, l'ordre familial subit des altérations amenant les adultes à se tourner vers l'enfant, lui consacrant une place d'importance au sein de la famille. Ce fait permet à l'enfant d'être distingué de l'adulte et d'être ainsi représenté dans sa propre particularité.⁶⁵ C'est à ce moment-là que les éducateurs rentrent dans le scénario familial.

L'enfant passe à se présenter aux yeux des adultes comme un petit être qu'il fallait comprendre et dresser. C'est d'abord des théoriciens sur l'éducation qui vont se pencher à propos de l'éducabilité des enfants. Ce sont eux aussi les premiers – à côté des ecclésiastiques – à repérer les bizarreries et inadaptations des enfants et à réfléchir sur la question. Encore au XIV^e siècle, Erasme prône qu'une bonne éducation se résume à la répression des mauvaises tendances : « les hommes, crois-moi, ne naissent pas hommes, on les forme tels par l'éducation. »⁶⁶ Au long des XVI^e et XVII^e siècles, le petit enfant est regardé comme un petit animal livré à ses seuls instincts et, comme tel, au diable. L'éducation doit lutter contre une tendance naturelle de l'être humain au mal. John Locke déclare que dans chaque enfant existe un génie naturel dont il faut tenir compte et considère que seulement le travail spontané élaboré par lui est nécessaire pour former les enfants. Inspiré par Locke et Condillac, Jean-Jacques Rousseau soutient, dans son traité de l'éducation la bonté originelle de l'homme, que la civilisation est corruptrice et que tout dégénère entre les mains de l'homme. Il est impératif donc de protéger l'enfant des maux de l'humanité.⁶⁷ Tantôt l'enfant pur devant être protégé, tantôt l'enfant perverti par essence devant être corrigé, dans les deux cas l'enfant avait leur avenir confié aux éducateurs.

Jusqu'à ce moment-là, tous les aliénistes et pédagogues étaient d'accord sur la distinction entre l'idiotie et la folie comme deux entités différentes, chacune ayant besoin de soins spécifiques. Les établissements exigeaient la séparation entre les curables et les incurables, les inoffensifs et les dangereux. L'asile, l'institution de défense sociale et de soins, a été de plus en plus réservé à ceux qui troublaient l'ordre public et à ceux dont on pouvait attendre des résultats positifs. L'idiot qui était considéré par des médecins comme inoffensif et incurable a été laissé dehors de tout projet d'accueil spécialisé et son évolution, faute d'éducation et de soins spécifiques, a confirmé le triste pronostic d'un « arrêt de développement ». Aux idiots, il était réservé des établissements spécifiques, moins coûteux, confiés à des pédagogues plutôt qu'à des médecins qui, quand ils étaient présents dans ces institutions, n'avaient comme fonction que de s'occuper des maladies courantes que les patients pouvaient contracter au cours de leur vie.

⁶⁵ Ariès, P. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Ed. du Seuil, Paris, 1975.

⁶⁶ Extrait de son livre intitulé *Discours sur la nécessité de commencer dès la naissance l'éducation des enfants pour les former à la vertu et aux lettres*, cité par Duché, p. 57

⁶⁷ Rousseau, J-J, *Emile ou de l'éducation*, Paris : Gallimard, 1990

La dispute idéologique entre médecins et éducateurs, à propos de la prise en charge des affections infantiles, s'initie à partir du moment où les questionnements s'intensifient sur un diagnostic différentiel entre idiotie et folie, entre curables et incurables, dans la difficulté à démarquer une limite entre une pathologie de l'esprit chez l'enfant en tant que maladie et les soucis de rééducation des déficients d'intelligence. L'essai d'Itard d'éduquer l'enfant sauvage d'Aveyron soulève les premiers questionnements. Edouard Séguin faisait de fortes critiques aux médecins puisqu'il croyait qu'ils n'avaient pas grande chose à dire sur l'éducation des enfants anormaux. Séguin a été beaucoup critiqué à cause des propositions trouvées dans son ouvrage dans laquelle il soutenait que le traitement moral de l'idiot n'était pas un problème médical. Guillaume Ferrus, bien qu'appuyé sur la théorie de la dégénérescence, proclama l'idiotie comme une forme d'aliénation et justifie la prise en charge psychiatrique des idiots dans des asiles d'aliénés. Désiré Magloire Bourneville propose un projet médical et ambitieux qui refuse la notion d'incurabilité. Il voulait « médicaliser » les traitements des idiots et affirmer le rôle prépondérant du médecin face aux traitements pédagogiques. En 1838, c'est l'Etat qui intervient dans cette querelle et change, par l'instauration d'une loi, la condition de traitement des idiots. Cette loi leur a permis d'avoir les mêmes conditions de traitements des malades mentaux dans des asiles publics.⁶⁸

Le conflit établi entre médecins et pédagogues sur la prise en charge des idiots s'achève momentanément sous le poids de la loi et la catégorie médicale est devenue responsable pour les soigner. Cependant, après Itard, les pédagogues et les médecins qui s'occuperont des idiots ne retiendront de sa méthode qu'une apologie du dressage. Par ailleurs, l'appareil institutionnel dont la loi de 1838 avait doté le pays ne tenait pas ses promesses et le traitement moral collectif pour lequel on avait tant réclamé se montrait moins efficace que prévu. Les effets sont catastrophiques une fois que les idiots sont enfermés encore plus dans leur condition et se retrouvent après quelques années abandonnés dans des mauvaises conditions d'hygiène et santé dans les asiles publics.

L'ère de la psychologie est finalement arrivée à la fin du XIX^e siècle et tout un mouvement pédagogique s'intéresse à ceux-là qui souffrent d'un retard intellectuel. Alfred Binet, psychologue français engagé dans l'étude de la scolarisation des enfants arriérés, créa une échelle métrique de l'intelligence avec l'objectif d'« assurer les bénéfices de l'instruction des enfants anormaux », avec la collaboration de Théodore Simon. L'invention des tests psychologiques se propose à déterminer le potentiel intellectuel de chacun et d'en tirer le meilleur parti, c'est ainsi que naît l'orthopédagogie. Binet et Simon vont donc élaborer une méthode de diagnostic différentiel. C'est à partir de leur échelle métrique de l'intelligence et de leur méthode de diagnostic différentielle de la déficience

⁶⁸ Postel et Quétel. *Ibid.*

mentale que le champ de l'anomalie mentale sera découpé et classée avec précision scientifique, soutenu d'un but éducatif.

Dans *L'année psychologique*, Binet et Simon exposent la première version de ce test d'intelligence, proposant à part de méthodes pour diagnostiquer les niveaux d'anormalité qui étaient séparés en trois catégories : l'idiotie (l'état le plus inférieur d'intelligence), l'imbécilité (état intermédiaire) et la débilité mentale (état intellectuel le moins grave). Défenseurs de l'institution scolaire, Binet et Simon cherchent à protéger son domaine contre l'avancée de l'autorité médicale dans le champ de l'éducation. L'anomalie mentale, selon eux, n'est ni un arrêt ni un simple retard du développement, elle représente un développement différent sans correspondance dans la normalité, puisque quelques anormaux évoluent. Ils ont une manière particulière d'évolution et pour celle -là il y a besoin d'une éducation spécialisée.⁶⁹

Ceci étant, on a décrit brièvement la péripétie par laquelle sont passés les enfants présentant des affections psychiques au long des siècles, rebondissant du domaine pédagogique au domaine médicale, servant à la fois comme l'objet d'un. Au XIX^e siècle, c'est donc les éducateurs qui emportent l'affaire dans le but de développer leurs maigres potentialités. Au XX^e siècle, on verra le mouvement psychanalytique infiltrer la réflexion psychiatrique et les enfants arriérés et idiots gagneront des nouveaux statuts : ceux de autistes et psychotiques. La notion de défenses contre les angoisses inconscientes prendront la place d'une déficience ou arrêt du développement ou encore des degrés de dégénérescence. Ce sont donc des thérapeutes qui gagneront la scène de la prise en charge des enfants malades mentaux à partir de la première moitié du XX^e siècle. Mais cet événement ne sera pas suffisant pour en finir avec la dispute entre médecins et éducateurs. Celle-ci perdurera encore longtemps.

⁶⁹ Binet, A. et Simon, T. *L'élaboration du premier test d'intelligence*. Œuvres choisies, Tome II, L'Harmattan, 2004.

CHAPITRE 2

L'apport de la psychanalyse au champ de la psychiatrie de l'enfant

L'émergence des concepts d'autisme et de psychose chez l'enfant

Bien que l'enfant en souffrance psychique se fasse déjà remarquer et observer tout au long des siècles et malgré tous les efforts des aliénistes et psychiatres, cités dans le chapitre précédent, à décrire et traiter ces enfants, ces démarches ne peuvent pas être associées au cadre d'une psychopathologie infantile, car aucun d'eux n'avait vraiment réussi à dégager complètement la psychiatrie de l'enfant de celle de l'adulte.

Pours'opérer, cette rupture a eu besoin d'autres facteurs élémentaires. Pour Postel et Quétel « l'histoire de la psychiatrie de l'enfant se confond avec la lente émergence, dans la pensée médicale moderne, du concept de psychose infantile hors du cadre des arriérations profondes, après un bref passage dans le groupe des démences. »⁷⁰ Nous arrivons par là à un moment où la psychogénèse des troubles est énoncée, ce qui provoque le repli de la position organiciste qui résistait dans la place de pilier principal de la psychiatrie jusqu'au début du XX^e siècle. Ce changement donne naissance à une psychiatrie de l'enfant posée sur des bases psychopathologiques. Une nouvelle ère se lève. C'est celle de la psychanalyse.

Nous considérons que l'origine et l'évolution de la psychiatrie de l'enfant sont nettement marquées par la pensée psychanalytique. Etablie au début du XX^e siècle et y perdurant tout au long,

70 Postel et Quétel, *op.cit.* p. 387

cette alliance se caractérise surtout par la construction des concepts d'autisme et psychose infantile – ou schizophrénie infantile – qui a apporté une compréhension plus élargie à propos des troubles psychiques chez l'enfant, le permettant de sortir de la place des idiots ou arriérés, position dans laquelle les enfants malades se trouvaient placés depuis la moitié du XIX^e siècle. Ce partenariat entre la psychiatrie de l'enfant et la psychanalyse fut ainsi le responsable par l'établissement d'une prise en charge spécifique aux enfants, différente de celle de l'adulte malade mental. Dès lors, on voit se dérouler l'apparition de plusieurs centres spécialisés dans la prévention et l'accueil des enfants présentant des souffrances psychiques, avec la propre reconnaissance de l'Etat.

Penser la place de l'infantile, prendre le discours du sujet comme significatif de sa maladie, reconnaître chez l'enfant la possibilité d'être touché par la maladie mentale, ce sont quelques apports de la psychanalyse à la pédopsychiatrie. C'est par ce biais que la psychanalyse change complètement l'approche des troubles mentaux de l'enfant, gagnant une telle importance que quelques auteurs considèrent qu'elle a signé l'acte de naissance de la pédopsychiatrie.⁷¹ C'est ce qu'affirme également Serge Lebovici lorsqu'il fait la remarque suivante : « si les psychiatres ont pu intervenir favorablement dans la vie des services de pédiatrie, dans l'éducation et la pédagogie, dans l'étude des troubles psychosomatiques de l'enfant, c'est en raison de leurs connaissances et de leur pratique psychanalytique »⁷².

Ce chapitre a pour but de retracer le moment de l'infiltration de la psychanalyse dans le champ psychiatrique et son essai à démarquer les concepts d'autisme et de psychose infantile. Premièrement, nous allons démontrer que, quoiqu'indirect, l'apport freudien constitue une pierre angulaire de la pédopsychiatrie. Ensuite, nous verrons que c'est de ce croisement d'idées que découlent les concepts d'autisme et de psychose infantile. Nous allons détailler les efforts faits par les théoriciens de l'époque à comprendre le lien qui se tient entre ces deux entités nosologiques. Pour finir, nous allons citer brièvement les auteurs et ses théorisations à propos des définitions d'autisme et psychose infantile, dans le champ psychanalytique.

71 Duché, J-D. *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF, 1990.

72 Lebovici, S., Psychiatrie de l'enfant et psychanalyse, in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de Lebovici, S., Vol . 1, p. 28

1. LES APPORTS DE LA PSYCHANALYSE A LA PEDOPSYCHIATRIE

Comme nous l'avons exposé dans le chapitre précédent, la psychiatrie de l'enfant a une histoire récente due principalement à une lente évolution du concept de maladie mentale chez l'enfant et à sa non-acceptation de la part de la société. Pour que la nosologie et les prises en charge destinées aux enfants en souffrance psychique se mettent en place telles qu'on les connaît aujourd'hui, il a fallu, avant tout, bien délimiter le concept d'enfance pour ensuite penser à des formes de traitement. Cela ne va pas sans l'arrivée d'un deuxième bouleversement socio-culturel qui met l'enfant dans le centre de la scène familiale et psychiatrique.

Avec les découvertes psychanalytiques sur l'inconscient, on remonte jusqu'à l'enfance pour trouver les causes des maladies de l'esprit. Freud avait observé que des pathologies pouvaient apparaître au sein de familles bien portantes, s'opposant ainsi à l'idée d'une cause purement héréditaire des maladies psychiques. Considérant les psychopathologies comme le résultat d'un désordre du processus de subjectivation, la psychanalyse fait chuter la théorie de la dégénérescence, sortant donc de la querelle sur l'idiotisme inné ou acquis pour se poser sur l'énigme de la psychose infantile et ensuite de l'autisme, produits sous l'influence de l'environnement familial.

Freud n'a jamais travaillé auprès des enfants – tout comme ses collaborateurs – et n'a jamais théorisé la psychopathologie infantile en elle-même. Jamais il n'évoque dans ses écrits ni les termes de psychose infantile ni d'autisme dans le sens de Kanner. Cependant, on constate qu'il est à l'origine des travaux des auteurs les plus renommés de la psychopathologie générale du XX^e siècle et notamment celle de l'enfance. D'un côté, la métapsychologie freudienne inspira le concept de schizophrénie à Eugen Bleuler et de psychose chez Jung, concepts très importants dans l'histoire de la psychiatrie. D'un autre, elle incite des auteurs à penser directement la place de l'enfant dans le contexte familial et à lui dédier des cures analytiques spécifiques. Nous allons retracer les apports freudiens pour ces deux perspectives séparément, indiquant ensuite le moment de leur rattachement qui aboutira à l'émergence de la pédopsychiatrie et aux théorisations et conceptualisations de l'autisme et de la psychose infantile.

La notion freudienne d'infantile

C'est après avoir écouté ses patients hystériques évoquer des souvenirs infantiles traumatiques dans les séances d'hypnose que Freud s'intéressa aux premiers temps de la vie du sujet : celle de l'enfance. Sa théorie apparaît ainsi comme un nouveau savoir qui proclame en « haut

et bon ton » le concept d'« infantile » dans le champ des névroses, donnant à cette étape du développement de l'individu une importance suprême dans la constitution psychique du sujet. A la fin du XIX^e siècle, l'émergence de la psychanalyse met ainsi l'enfant en avant dans le processus de formation du psychisme.

Confronté à cette révélation, Freud constata que l'infantile, et notamment la sexualité infantile, avait été complètement négligé jusqu'au moment de sa découverte. En effet, il y avait à l'époque une sorte de déni sur le fait que les petits enfants pouvaient avoir une activité sexuelle. C'est à partir de la publication des *Trois essais sur la théorie sexuelle* que Freud met en évidence ses réflexions sur la sexualité infantile. Freud y déclare que la première façon dont l'enfant appréhende son corps est par le contact corporel et que la vie psychique s'étaye sur le corps. Le père de la psychanalyse a constaté qu'au-delà de la succion du sein chez le nourrisson, se greffe une activité de suçotement après la satisfaction alimentaire. Cette activité qui se satisfait du corps propre de l'enfant, Freud l'a nommé d'auto-érotisme : « l'activité sexuelle prend appui sur une fonction au service du maintien de la vie et ne s'autonomise de celle-ci que plus tard. »⁷³

Sa notion d'étayage indique que les pulsions sexuelles prennent celles de l'autoconservation (faim, soif, sommeil, etc.) comme un prototype. Leur but n'est pas initialement la quête de plaisir mais la cessation du déplaisir liée à des tensions internes à l'organisme. C'est à partir du moment où l'enfant cherche le plaisir par d'autres moyens séparés des pulsions d'autoconservation que s'initie un phénomène de répétition de la satisfaction sexuelle indépendante. Selon Postel et Quétel, le mot infantile gagne avec Freud le sens d'une « élaboration fantasmatique de la façon dont le corps a été affecté par la mère » et « la figure de l'enfant qui tète le sein de sa mère est devenue le modèle de tout rapport amoureux. »⁷⁴

Avec la diffusion de sa théorie dans le milieu médical, Freud bouleverse toutes les idées sur le psychisme humain soutenues par la société de l'époque, encore très ancrée dans les idéaux moraux religieux. En effet, le scandale se produisit non par la méconnaissance de la société d'une sexualité chez les enfants, puisque, depuis le XVIII^e siècle, il existait déjà une énergique répression de la masturbation infantile de la part des institutions ecclésiastique, scolaire et familiale. En fait, l'éclat se donne lorsque Freud parla de l'infantilisme de la sexualité et affirma que l'enfant est un sujet porteur de pulsions sexuelles, capable de jouir de son corps et du corps de l'autre, d'une façon « polymorphiquement perverse ».

Ce basculement moral provoqua la chute de deux anciens mythes autour de l'enfant : celui de l'« enfance asexuelle » et ensuite celui de l'« enfance intouchable par la folie ». Grâce à la

73 Freud, S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), Paris : Gallimard, 1987

74 *op.cit.* p. 387

psychanalyse, le concept d'enfance apparaît maintenant dans toute sa spécificité et plénitude, comme le déclare Jacques Sédad dans son étude sur la théorie freudienne :

*Freud compare l'infantile à la préhistoire, c'est-à-dire, ce qui a précédé l'entrée dans l'histoire, mais qui marque néanmoins profondément l'humanité. L'état de nature infantile, le précœdipien n'est pas à rejeter, pour Freud. Au contraire, il est la condition même de l'activité de penser qui ne se détachera pas d'ailleurs de cette première forme, puisque jamais nous ne pourrions nous détacher de nos origines.*⁷⁵

Malgré l'intérêt remarquable de Freud pour cette phase du développement, sa pratique clinique était pourtant complètement réservée aux adultes et, jusqu'à la fin, l'enfance ne figurait qu'à titre de souvenirs refoulés, dans ce qu'en rapportaient les adultes. Néanmoins, Freud encourageait ses disciples à observer des enfants afin de chercher chez eux la confirmation de sa théorie sur la sexualité infantile. La plus connue observation a été faite par Max Graf auprès de son fils Herbert, âgé de cinq ans et touché par une phobie. Ce cas, analysé par Freud dans ses *Cinq psychanalyses*, a été connu comme le cas du petit Hans, l'un des plus décortiqués et revisités, jusqu'à présent par des analystes engagés encore à réaffirmer l'importance de l'enfance pour le développement de l'homme en tant qu'humain.

Selon Freud, le suivi de ce cas – qui s'est fait par correspondance – permet « d'observer directement chez l'enfant, dans toute leur fraîcheur vivante, ses impulsions sexuelles et ses formations édifiées par le désir que nous défouissons chez l'adulte, avec tant de peine. » Freud fait des constats réels de ses hypothèses sur la sexualité infantile extraite de l'observation et analyse des discours des adultes à partir des observations de ses disciples:

*Mes considérations sur la sexualité de l'enfant se fondèrent tout d'abord presque exclusivement sur les résultats des analyses faites sur des adultes par régression dans le passé. Je n'eus pas l'occasion de faire des observations directes sur l'enfant. Ce fut donc un triomphe extraordinaire lorsque je réussis, des années plus tard, à confirmer la plus grande partie de ce qui avait été découvert par l'observation et l'analyse directes de très jeunes, triomphe qui vint peu à peu diminuer la pensée qu'il y avait au fond de quoi se sentir honteux d'avoir fait une telle découverte. Plus on se consacrait à l'observation de l'enfant, plus le fait devenait évident, mais plus aussi il devenait singulier qu'on se fût donné tant de peine pour ne pas le voir.*⁷⁶

75 Sédad, J., *Comprendre Freud*. Paris : Armand Colin, 2007, p. 52

76 S. Freud, *Sur l'histoire du mouvement psychanalytique*. (1914), Paris : Gallimard, 1991, p.33

C'est donc à partir de ce moment-là qu'on verra des psychanalystes se consacrer à l'analyse directe des enfants arrivant à la constatation qu'un enfant peut aussi être touché par des désordres psychiques, perversions objectales, phobies, etc. Penser l'enfance comme la base d'une construction psychique du sujet est la plus importante base pour penser la psychopathologie chez l'enfant. L'enfant n'est pas un adulte en miniature et l'enfant malade mental mérite un traitement particulier différent de celui de l'adulte fou. Ces transformations au sein de la psychiatrie de l'enfant sont indubitablement au cœur des idées psychanalytiques, comme l'affirme Lebovici: « La psychanalyse a mis en lumière le rôle essentiel des expériences infantiles dans la psychopathologie de l'adulte – et du même coup a donné sa dimension actuelle à la psychiatrie de l'enfant. »⁷⁷

Freud et la nosographie psychiatrique

Nous décrivons maintenant la deuxième contribution de la théorie freudienne au développement de la psychiatrie infantile. C'est celle autour de la propre psychiatrie qui, jusqu'à ce moment-là, ne présentait pas encore une nosologie destinée aux psychopathologies infantiles. En fait, l'intérêt de Freud pour la psychiatrie n'a jamais été manifesté directement. Il s'intéressait assez peu aux déterminations nosologiques et les études classificatoires en psychiatrie de l'époque. Son objectif était autre : cerner le phénomène psychopathologique dès son origine afin de dévoiler son sens. Par ce biais, il essayait de comprendre les affections psychiques et pas simplement de les classer sous une organisation nosographique.

Ayant les névroses comme l'objet principal de la psychanalyse, Freud se manifestait sceptique vis-à-vis de l'efficacité de la psychanalyse auprès des psychotiques et affirmait qu'il ne pouvait rien promettre à ces patients psychotiques. En fait, il ne croyait pas à l'impuissance de la psychanalyse face à cette structure, néanmoins, il indiquait l'importance de repenser ses méthodes pour pouvoir l'atteindre. Toutefois, pour bien démarquer le concept de névrose qui se présentait jusqu'à présent assez mêlé à celui de psychose, Freud a eu besoin de bien démarquer la place de la structure psychotique, lui donnant du même coup un regard plus approfondi.

Rompant avec les théories organogénétiques alors prédominantes et tenant à fonder son argument sur des considérations structurales et non seulement qualitatives et différentielles, Freud invoque différents mécanismes psychopathologiques susceptibles de rendre compte d'une psychogenèse de la psychose. Encore dans la première topique, Freud affirme que les vicissitudes des modalités défensives contre la sexualité président à l'éclosion des psychoses ainsi que des névroses.

⁷⁷ Lebovici, S., *op.cit.*

A partir de 1899, il relance une nouvelle théorie de la genèse de la psychose liée au narcissisme. C'est la poussée, la fixation ou le retrait de la libido qui sont à l'origine de l'entrée dans la maladie. En 1920, l'élaboration de la deuxième topique autorise Freud à envisager la psychose comme surgissant d'une perte de la réalité induite par l'échec du moi, dans le conflit qui l'oppose au monde extérieur et de la formation d'une néoréaliste conforme aux désirs du *ça*. La psychose est alors déclenchée par une réalité devenue intolérable ou par un renforcement passif de pulsions se traduisant par un désinvestissement.⁷⁸

C'est ainsi qu'il a vu sa théorie influencer de grands psychiatres allemands et suisses qui étaient à la pointe des expériences sur les démences précoces, jusqu'à voir ses travaux finir par différencier des cadres pathologiques, esquissant ainsi une nosographie psychanalytique. Freud a vu son concept d'auto-érotisme servir comme élément essentiel à l'établissement d'un diagnostic différentiel des entités nosologiques telles que la démence précoce et l'hystérie, où la première présenterait les complexes fixés, isolés de la personnalité totale devenant ainsi « auto-érotique », alors que dans l'hystérie la fixation serait moindre, et parfois réversible. Mais sa contribution au champ psychiatrique ne s'estompe pas là.

Eugen Bleuler fut le premier psychiatre à s'intéresser à la théorie freudienne et encouragea ses collaborateurs à partager avec lui cette nouvelle et innovatrice alliance dans le domaine de la psychiatrie. Médecin-chef d'une prestigieuse clinique universitaire pour malades mentaux, Bleuler, avec ses assistants Jung et Abraham, a étudié l'œuvre de Freud et est rentré en correspondance avec lui. Tout en acceptant de distinguer, dans la suite de Kraepelin, les accès de la psychose maniaco-dépressive – qui ne laisse pas de séquelles –, de ceux de la démence précoce – qui marquent définitivement le malade –, il critique ce dernier terme comme étant source de malentendus. Le terme de *dementia praecox*, sembla alors inapproprié, car la démence n'est pas toujours précoce.

Il tenait ainsi ses arguments : d'une part, il ne s'agit pas véritablement d'une démence, car l'affaiblissement intellectuel n'est pas toujours présent et, quand il existe, ne touche qu'accessoirement des fonctions de base comme la mémoire ou l'orientation dans le temps et dans l'espace. D'autre part, même si son début habituel se fait insidieusement après la puberté et pendant l'adolescence, avec parfois, des perturbations de l'enfance, le trouble n'est pas obligatoirement précoce et peut apparaître plus tardivement. Bleuler introduit, à côté du critère évolutif essentiel pour Kraepelin, un critère psychopathologique. La démence précoce devient sous sa plume, la « schizophrénie », du grec *schizo* : fendre, diviser, et *phrenè* : diaphragme puis, par extension, le cœur, l'âme et l'esprit.

78 Fellahian, C., *La psychose selon Lacan*. Paris : L'Harmattan, 2005.

*J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le montrer, la scission (Spaltung) des fonctions psychiques les plus diverses est l'un de ses caractères les plus importants. Pour des raisons de commodité, j'emploie le mot au singulier, bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies.*⁷⁹

La schizophrénie, ou plutôt ce que Bleuler appelle le groupe des schizophrénies⁸⁰, est une affection évolutive pouvant cesser et même régresser, puisque cette maladie ne conduit pas à une détérioration. A son origine, Bleuler repère, en effet, un mécanisme primordial, un « relâchement des associations », une dissociation, qui aboutit à une double division : à l'intérieur de la personne et entre la personne et la réalité extérieure. Ce relâchement associatif a perturbé le rapport à la réalité ainsi que la régulation des affects. Bleuler postule la nature cérébrale de ce mécanisme tout en admettant qu'il peut s'envisager aussi comme un mécanisme purement psychologique. Il distingue par la suite deux ordres de symptômes : les symptômes primaires seraient l'indice d'un processus morbide, alors que les secondaires pourraient être tenus par la réaction de l'esprit malade aux événements internes et externes.⁸¹ Il insiste sur la filiation directe entre troubles primaires et troubles secondaires et voit dans les seconds une « réaction normale » aux altérations des fonctions psychiques déterminées par les premiers.

Cette conception d'une production linéaire d'un symptôme par un autre où un trouble primaire de l'attention engendre mécaniquement, par exemple, une perte de contact avec la réalité. Cela fait de sa théorie un croisement entre la médecine du corps et la médecine de l'esprit. Privés d'un élément régulateur, les complexes idéo-affectifs, des ensembles de représentations et d'émotions en rapport avec l'histoire du malade, émergent sans liens les uns avec les autres, et envahissent la conscience, en menant, chacun pour son compte, une existence séparée, morcelant donc la personnalité en fragments. C'est ce que Bleuler appelle la *Spaltung*.

La dissociation touche donc l'individu au niveau intrapsychique, mais aussi la relation entre le monde intérieur et le monde extérieur avec une prédominance du monde intérieur. C'est à cette occasion que Bleuler forge le terme d'autisme : « cette évasion de la réalité et, dans le même temps, la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure, c'est ce que nous appelons autisme ». Il déclare encore que « l'autisme est à peu près ce que Freud nomme auto-érotisme. »⁸² Bleuler forge ce terme à la suite d'une rencontre avec Freud, où celui-ci expose ses idées sur l'auto-érotisme. Notons qu'au passage de l'auto-érotisme à l'autisme, l'éros chute. Cependant, il explique que la

79 Bleuler, E. *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies* (1911), tr. Alain Viillard, Paris : Editions EPEL-GREC, 1993, p.44.

80 Bleuler décrit le groupe des schizophrénies comme un ensemble de figures cliniques différentes, réunies par un mécanisme commun.

81 *Ibid.*, p. 17

82 Bleuler, *Ibid.* p. 112

suppression du radical éros était intentionnelle, car il souhaitait effacer une conception trop élargie de la sexualité, craignant que cela donne lieu à de nombreuses méprises de la part d'autres psychiatres et également de la société.

A ce propos, Holvoet laisse son avis : « La causalité sexuelle au cœur de la causalité psychique pour Freud est ainsi effacée au profit chez Bleuler d'une causalité psychique hors du sexuel, ensuite au profit chez Kanner d'une description purement comportementale. »⁸³ C'est cela justement qui le fait dénaturer le terme freudien, en l'éloignant de l'essence de cette référence, comme laisse croire Bercherie dans la déclaration suivante : « on voit que l'autisme, quoi qu'en dise l'auteur, n'a rien à voir avec l'auto-érotisme au sens freudien. »⁸⁴

L'autisme, selon Bleuler, est donc un état où la fonction complexe du rapport à la réalité est troublée ou suspendue, en conséquence du trouble primaire des associations et d'un surgissement d'émotions et d'images enfouies. Ce repli du sujet dans son monde intérieur, cette soumission à l'imaginaire, cette adhésion à une nouvelle réalité, qui vient recouvrir la réalité commune tenue à distance, représente une deuxième *Spaltung*. Le sujet n'est pas seulement divisé dans son intimité, il se sépare du monde environnant. L'évolution de sa pensée lui a même permis d'établir une démarcation nosologique claire entre l'idiotie et la schizophrénie, entités qui présentaient une proximité symptomatologique concernant leur isolement autistique : « avec un idiot qui ne prononce pas une seule parole, on se sent plus lié sur le plan de l'âme qu'avec le schizophrène, conversant encore bien sur le plan intellectuel mais intérieurement fondamentalement inabordable. »⁸⁵

Bleuler affirme encore que « si le schizophrène autiste s'enferme dans une chrysalide avec leurs souhaits qu'ils considèrent comme exaucés ou avec les souffrances de leurs persécutions, c'est qu'il cherche à maintenir un monde à soi. »⁸⁶ Cet enfermement pourrait se présenter en deux niveaux : quelques-uns atteindraient la qualification d'autistes performants, alors que, pour d'autres, où la réussite autistique est moins achevée, le contact avec la réalité est consciencieusement redouté parce que leurs affects sont trop intenses ou qu'il leur faut éviter tout ce qui pourrait leur donner de l'émotion. Selon lui, l'indifférence à l'égard du monde extérieur est alors conséquence d'une sensibilité excessive. A côté d'autres importants psychiatres, que nous n'avons pas pu citer ici, l'apport de Bleuler avec les termes de schizophrénie et d'autisme à la nosologie psychiatrique permettra d'influencer des professionnels qui se montrent, à cette époque-là, intéressés par les troubles psychiques infantiles, mais qui ne trouvent pas un support théorique complexe pour démarrer une étude consistante.

83 Holvoet, D., Les autismes et les conditions du lien. *Les Feuilletts du Courtil*, 2008, n° 29, p. 79

84 Préface du livre *Dementia Praecox*. *Ibid.* p. 9

85 Bleuler, *Ibid.*, p. 51

86 *Ibid.*

2. L'EMERGENCE DES CONCEPTS D'AUTISME ET PSYCHOSE INFANTILE

Voyons donc que la psychanalyse, à travers l'introduction des idées révolutionnaires sur l'infantile et la subjectivité humaine, permet de modifier complètement l'approche des troubles mentaux au début du XX^e siècle. L'audace freudienne incite les médecins à aller chercher les causes de la maladie psychique au plus profond et mystérieux côté humain : l'inconscient. C'est ce retour à la face cachée et à la préhistoire du sujet qui permettront à Freud d'abord d'affirmer que l'origine d'un désordre psychique trouve ses racines dans le moment le plus archaïque de la constitution du sujet, et ensuite de reconnaître la possibilité que l'enfant puisse être touché par une maladie d'origine psychique. Comme nous l'avons vu ci-dessus, ce n'est qu'à partir de l'adhésion de la psychanalyse par les psychiatres de l'époque qu'on voit surgir les termes de psychose, schizophrénie et autisme dans la nosographie psychiatrique, permettant ensuite leurs applications aux psychopathologies infantiles.

A vrai dire, en ce qui concerne le terme de psychose, il y avait déjà plus d'un siècle que ce terme avait été prôné dans la nosographie psychiatrique. Faisant toujours référence aux bases psychogénétiques, il portait essentiellement en lui la plus ferme notion de psychisme. Au moins, l'analyse étymologique de ce terme ne nous permet pas d'affirmer le contraire.⁸⁷ Issu de la psychiatrie classique allemande du XIX^e siècle, il fut utilisé par la première fois, en 1845, par le médecin autrichien Ernst Von Feuchtersleben comme alternative aux termes de folie et manie qui, à cette époque-là, se caractérisaient par la perte de la raison. Cependant, ce concept de psychose ne s'est défini en opposition à celui de névrose qu'avec l'émergence de la psychanalyse, gagnant ainsi de la notoriété dans le champ psychiatrique.⁸⁸

Il a fallu cependant attendre les années 1920-30, pour qu'on entende parler de psychose chez l'enfant ou schizophrénie infantile. Hochmann nous rappelle que le concept de psychose chez l'enfant vient donner de l'espoir à ceux qui, longtemps confondus avec des idiots incurables, recevaient des traitements débilissants dans des asiles, ce qui empêchait le développement de leurs capacités à se réorganiser face au monde extérieur. Un traitement thérapeutique était alors recommandé à des cas de psychoses chez l'enfant les distinguant des enfants idiots et débiles.

87 Le nom psychose est originel du mot grec psyché ou esprit/âme, et « osis » ou anomalie, en résumé : l'anomalie de l'esprit, ou plus simplement, maladie mentale.

88 L'évolution de cette démarcation entre névrose et psychose sera détaillée dans l'introduction de la deuxième partie de cette étude.

*Le terme de « psychose », qui suscitera plus tard l'ire de certains mouvements de parents, a donc ici une connotation positive. Comme autrefois, pour Bourneville, l'adjectif « médicopsychologique », il engage l'enfant dans une direction thérapeutique et lui ouvre des perspectives de progrès que lui fermaient, au contraire, les anciens vocables de « débile » ou d'« arriéré ».*⁸⁹

Comme nous l'avons vu, les types d'affections psychiques envisagées par Freud, ne sont pas à proprement parler des catégories créées par la psychanalyse, mais des catégories qui appartiennent à la psychiatrie du temps de Freud. François Kamel souligne le fait que c'est dans le champ de l'enfant que le rapport entre psychiatrie et psychanalyse s'inverse : c'est la psychanalyse qui servira de base à l'établissement des entités cliniques observables et non l'inverse. Selon Ajurriaguerra, les psychoses de l'enfant vont occuper la place qu'occupait la débilité mentale ou l'idiotie au début du siècle.⁹⁰

De ce fait, il est également important de souligner que le mouvement psychanalytique est non seulement le responsable de la vulgarisation du terme, mais aussi de son émiettement. Comme pour l'idiotie, l'imbécilité puis la débilité mentale, la psychose a vu sa séméiologie évoluer et son cadre théorique se modifier. Ce concept a subi une évolution parallèle à celle de la démence précoce de Kraepelin, puis de la schizophrénie de Bleuler. C'est à ce moment qu'on verra l'intégration des termes comme psychose, schizophrénie et autisme à la nosologie psychiatrique. Cependant, l'usage de ces termes n'a jamais fait l'unanimité ni dans le milieu psychiatrique ni dans le milieu psychanalytique.

Face à ces trois nomenclatures, les divergences s'affolent : pour certains, autisme et schizophrénie infantile sont une même maladie ; pour d'autres on ne peut parler de schizophrénie infantile ; pour d'autres encore, la schizophrénie infantile entre dans le cadre des psychoses de l'enfant. Quelques psychanalystes préfèrent le terme de schizophrénie à celui d'états psychotiques. D'autres utilisent le terme psychose de forme plus élargi que celui de schizophrénie.

Des variations classificatoires provoquaient ainsi une difficulté à délimiter ces termes de forme précise. Pendant un moment, le terme de psychose était réservé aux psychoses s'instaurant pendant la première et la deuxième enfance alors que le terme de schizophrénie s'appliquait aux cas plus tardifs où l'on observe une déstructuration de la personnalité après une phase de développement relativement stable. Il est important de souligner que le terme de schizophrénie infantile était prépondérant par rapport au terme de psychose infantile dans la nosographie psychiatrique des années 1950-70, l'opposition se donnant entre le premier et l'autisme infantile précoce. Plus

89 Hochmann, J., *Histoire de l'autisme*, op.cit. p. 324

90 Ajurriaguerra, J., *Psychopathologie de l'enfant*, Paris : Masson, 1984, p.11

particulièrement en France, dans les années 50, le concept de psychose infantile a succédé à celui de schizophrénie infantile. Bref, jusqu'à la fin des années 60, les termes de schizophrénie infantile et psychose infantile ont été encore largement utilisés, puis ils éprouvent une dilution remarquable.

En tout cas, tout le monde est d'accord sur le fait que la psychanalyse a laissé ses empreintes au cœur de la psychiatrie de l'enfant, tantôt au moment de son avènement, tantôt au moment de son organisation. A partir de maintenant, nous allons essayer de comprendre comment se sont dessinées les limites entre psychose infantile, schizophrénie infantile et autisme infantile.

La schizophrénie Infantile

Avec le développement de la psychiatrie de l'enfant, les observations de troubles graves et précoces de l'organisation psychique se sont multipliées et différents aspects cliniques ont été décrits sous des termes divers. Kraepelin, comme Bleuler, avait noté qu'un petit nombre de leurs déments précoces ou de leurs schizophrènes présentaient des troubles plus ou moins apparents depuis l'enfance. En 1933, après que plusieurs autres auteurs ont attiré l'attention sur une certaine fréquence de la schizophrénie chez l'enfant jeune, un psychiatre new-yorkais, Howard Potter, publie un article où il rapporte six cas, entre 4 et 12 ans, qu'il qualifie tous de « schizophrènes ». Prenant clairement en compte la variable développementale, il s'attend à ce que les désordres de la pensée, du sentiment et de l'action soient différents chez l'enfant.

Potter observe que ces enfants se montraient limités à un langage encore peu développé et la plupart de ses symptômes se limitant à une distorsion des sentiments et du comportement. Selon lui, lorsque le délire y était constaté, il s'agissait plutôt d'un délire élémentaire, les hallucinations étant rares. Ce qui a surtout attiré l'attention de Potter chez ces enfants fut le retrait autistique et le manque d'investissement émotionnel des relations, l'incohérence des pensées, l'agitation ou parfois la suspension du mouvement (catatonie), la bizarrerie des comportements, les stéréotypies. Certains de ces patients manifestent pourtant de véritables idées de persécution, en particulier vis-à-vis des parents, ainsi que des sensations de transformation ou morcellement.

L'un d'eux a un ton de voix étrange, présentant des jeux d'alignement et un désintérêt profond pour autrui qui font penser à une évolution autistique. Un autre, comme nos autistes actuels, présente des intérêts particuliers pour l'archéologie et l'astrologie, un goût pour la solitude, une absence de contact et de jeux avec les autres, une pauvreté du langage et une absence d'initiative dans l'échange verbal. Mais il a aussi des préoccupations obsessionnelles sur l'odeur de sa salive, tenant des propos discordants. S'enferme dans un monologue délirant, il se plaint de ses os pourris et affirme sa certitude d'être un génie philosophique, tout en se débattant contre des persécuteurs probablement hallucinés, ce qui, rétrospectivement, oriente davantage Potter vers un diagnostic de

schizophrénie. Selon lui, tous semblent avoir eu une première enfance normale, bien qu'il soit difficile de préciser l'âge de survenance des troubles, très antérieur au premier examen psychiatrique.

Appliquant aux enfants la définition de la schizophrénie comme psychose fonctionnelle, c'est-à-dire non organique, après avoir éliminé une atteinte cérébrale, Potter repère des éléments constitutionnels. Il se réfère aussi à l'hérédité, mais fait surtout dériver, de manière linéaire et simpliste, le trouble de l'enfant des attitudes des parents. Les pères des enfants schizophrènes rencontrés par Potter manquent quasiment tous, selon lui, d'assurance et se présentent sur un mode démissionnaire. Les mères sont exagérément protectrices et leur humeur oscillante entretient autour d'elle un climat d'insécurité.

Dans un tel contexte, Potter, utilisant une lecture élémentaire des travaux freudiens et ignorant visiblement ceux de Mélanie Klein, affirme que les enfants sont condamnés à rester fixés ou à régresser à un état dit narcissique. Il décrit les constellations familiales de ces enfants où la mère occupe la place dominante et le père absent ou éloigné. Selon le pédopsychiatre, les causes des troubles infantiles peuvent être trouvées dans une persistance d'un niveau pré-génital de l'expression sexuelle, en empêchant le développement complet de la situation œdipienne. Dans les années qui suivent, d'autres auteurs s'attachent à décrire dès l'enfance une symptomatologie voisine de celle de Bleuler, mais qui doit son cachet particulier à son apparition chez un être encore en développement. Une auteure russe, Albatz, publie ses articles dans des revues de langue allemande, en 1934 et 1935. Un peu plus tard, en 1937, l'américaine Louise Despert s'intéresse surtout au mode d'entrée dans la schizophrénie à l'occasion parfois d'un traumatisme affectif (un décès, une séparation, un déménagement) tantôt plus insidieux, marqué par des manifestations obsessionnelles ou des troubles du caractère qui entraînent progressivement une rupture de contact avec la réalité. Elle note la fréquence des hallucinations et des manifestations catatoniques. Avant l'apparition du trouble, ces enfants ont eu un développement normal, mais certains ont acquis très précocement un langage qu'elle qualifie de non-fonctionnel. L'évolution se fait souvent vers une régression avec l'apparition de comportements archaïques : jeux avec les selles, masturbation incessante et pertes des acquisitions linguistiques. Il arrive que ces enfants s'automutilent.

A l'égard de Potter, Louise Despert suppose que nombre d'enfants retenus dans les établissements pour arriérés profonds sont, en fait, des schizophrènes comme pourrait le montrer une anamnèse attentive. Elle met en cause une structure familiale dominée par une mère autoritaire et anxieuse du type classique de la mère juive popularisée par la littérature et le cinéma. Cependant, elle ne rejette pas le rôle de possibles facteurs héréditaires, de l'alcoolisme, de la tuberculose et de la syphilis, trois fléaux sont encore tenus comme les responsables d'une possible dégénérescence.

En 1937, Lutz fait une synthèse de la notion de schizophrénie infantile qu'il considère très rare. C'est surtout Laretta Bender, clinicienne et chercheuse de grand talent, qui mérite ici une halte, d'une part pour la qualité de ses observations, d'autre part parce qu'elle a tenté de marquer un coup d'arrêt à un psychogénéisme sommaire. Elle soutient un point de vue mixte, à la fois psychopathologique et organiciste. Alors que Bleuler parlait d'une dissociation, c'est-à-dire, d'un trouble désintégratif atteignant un individu adulte déjà constitué, Bender parle d'un trouble de l'intégration touchant le développement d'un enfant encore inachevé. Tout en tenant compte de ses découvertes psychanalytiques et en essayant de donner du sens aux symptômes, elle fait l'hypothèse d'un trouble initial de la maturation du système nerveux. Pour elle, la schizophrénie de l'enfant est, en effet, d'abord, le résultat d'une atteinte globale de l'intégration des fonctions cérébrales, végétatives, motrices, perceptuelles, intellectuelles, émotionnelles ou sociales, survenant avant 11 ans. Il est vain de chercher une localisation dans le cerveau, puisque c'est l'intégration dans sa totalité qui est touchée.

Kanner et l'autisme infantile précoce

Durant les premières phases de son développement, la psychiatrie de l'enfant a dirigé ses efforts vers la description des syndromes où l'on pouvait retrouver les symptômes que l'on venait de grouper chez l'adulte. La démarche du pédopsychiatre américain d'origine autrichienne, Léo Kanner semble, cependant, diverger de cette tendance, car celui-ci ne cherche pas chez l'enfant ce qu'on trouve chez l'adulte comme la démence précocissime ou la schizophrénie de l'enfant, mais plutôt d'investir à une démarche expérimentale qui part d'une clinique pour aboutir à un nombre de points communs qui définissent un syndrome. Grâce à ses faits, Kanner passe à être reconnu par certains comme le fondateur de la psychiatrie de l'enfant et, quoique l'on dise, il reste, sans doute, un personnage incontournable de son histoire.

Dans ses études d'observation d'un groupe d'enfants présentant des troubles psychiques, plus spécifiquement des enfants schizophrènes, Kanner isole et analyse 11 cas d'enfants présentant tous des traits symptomatologiques particuliers. Ces enfants présentaient des troubles relationnels et ont été tous décrits par leurs parents comme étant des enfants isolés, vivant « comme dans une coquille », depuis le tout début de leur vie. Kanner prône donc comme exceptionnel dans cette maladie le désordre fondamental, c'est-à-dire, « l'inaptitude [des enfants] à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations, depuis le début de la vie. »⁹¹

⁹¹ Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact, *Acta Paedo-Psychiatrica*, 1968, 35, p. 98-136 cité par

Influencé par la théorie bleulerienne des schizophrénies très diffusée à l'époque, Kanner nomme ce nouveau groupe nosologique *Autisme Infantile Précoce*, appliquant ce terme aux champs des psychopathologies infantiles et lui donnant la spécificité et la notoriété qu'il trouve aujourd'hui.⁹²

Lorsqu'il définit ce nouveau tableau clinique en 1943, il nous indique déjà les deux principaux traits symptomatologiques de ce syndrome : l'isolement (*aloneness*) et l'immuabilité (*sameness*). Selon lui, le refus du contact visuel, auditif ou même tactile est une façon d'éviter tout ce qui vient du monde extérieur qui se traduit par une sensation envahissante d'étrangeté, menace d'intrusion intolérable pour les autistes. Afin de repousser tout cet envahissement venu de l'extérieur, l'autiste se protège dans un monde inanimé où les imprévus ne sont pas tolérés et crée un mécanisme d'autostimulations sensorielles dont les signes principaux sont les stéréotypies.

Cependant, il nous rappelle qu'un certain nombre de cas d'enfants qu'il décrit par lui comme autistes ont été pris auparavant pour des schizophrènes infantiles. D'après les impressions de Kanner, ces enfants semblent n'être jamais entrés en contact avec le monde extérieur, à la différence des enfants schizophrènes pour qui la description indique un premier moment de contact avec la réalité pour ensuite se produire une perte du contact et un retrait du sujet sur soi-même. Un important marquage dans le groupe majeur des schizophrénies infantiles est donc imprimé par Kanner. Mais la question des rapports de l'autisme de l'enfant et de la schizophrénie ne se résout pas d'un seul coup, et les questions continuent à bondir, suscitant de Kanner une plus grande précision : si l'autisme infantile est un syndrome spécifique, dont le diagnostic repose sur des critères assez précis, a-t-il une parenté telle avec la schizophrénie ? L'autisme constituerait-il le premier moment d'un processus schizophrénique ?

Au départ, la seule préoccupation de Kanner était d'établir la description du nouveau syndrome qu'il était en train de découvrir. La problématique à propos de l'inscription nosologique de ce nouveau syndrome et, notamment, sa définition à l'instar de la schizophrénie infantile, ne viendront que dans un deuxième moment, lorsqu'il sentira le besoin de protéger son syndrome d'une possible dilution dans le groupe majeur des schizophrénies et de le défendre contre tout réductionnisme abusif. Gérard Berquez, dans son livre *L'autisme infantile*, propose une analyse approfondie des écrits de Kanner afin de nous montrer l'évolution du tableau clinique de l'autisme infantile précoce et aussi tous ses efforts pour dégager son cadre nosologique de celui de la schizophrénie infantile.

Selon cette étude, dans un premier temps, Kanner ressent le besoin de rattacher son syndrome à la schizophrénie infantile précoce, de manière à ce qu'il soit porté par les nombreuses études qui

Berquez, G. in *L'autisme Infantile*. PUF, Paris, 1983.

⁹² Pour Kanner, l'autisme infantile précoce ne correspond pas aux critères de Bleuler, il s'agissant plutôt à un trouble primaire, c'est-à-dire, une incapacité innée de constituer biologiquement le contact affectif normal avec les gens. *Ibid.*

paraissent à cette époque sur la schizophrénie infantile. Ainsi, son idée était de faire reconnaître l'autisme infantile précoce à partir de ses ressemblances avec la schizophrénie, qui était largement visée par les chercheurs du domaine de la psychopathologie, raison pour laquelle l'autisme de Kanner se verra, dans un premier temps, associé à un caractère psychopathologique. Berquez attire notre attention aussi sur l'astuce de Kanner cachée derrière son intérêt à accrocher l'autisme infantile précoce aux recherches concernant la schizophrénie. En fait, cela lui a permis, selon Berquez, « d'éviter tout ce qui ressort de l'organicité de manière à éviter le sort funeste des concepts de démence infantiles qui ont été exclues du cadre de la schizophrénie et dont plus personne ne parle, si ce n'est à titre historique. »⁹³ Berquez résume encore les six points décrits par Kanner, dans son article de 1949, sur les rapports qui se tissent à ce moment-là entre l'autisme infantile précoce et la schizophrénie infantile :

*L'Autisme Infantile Précoce est un syndrome clairement défini, reconnaissable durant les deux premiers années de la vie; La nature fondamentale des manifestations de l'Autisme Infantile Précoce présente un rapport si intime avec la nature fondamentale de la schizophrénie qu'il ne peut se distinguer de celle-ci surtout dans le cas de déclaration insidieuse de la maladie; Cependant, on ne peut pas vraiment parler de déclaration insidieuse de la maladie autistique, excepté peut-être en référence au premier trimestre de la vie; Nous pouvons considérer l'Autisme Infantile Précoce comme la manifestation la plus précoce possible de la schizophrénie infantile. En tant que telle, elle présente, à cause de l'âge de l'enfant au moment de retrait, une image clinique qui a ses caractéristiques propres aussi bien au début de la maladie que dans le cours de son développement ultérieur; Kanner ne croit pas à la moindre possibilité que l'Autisme Infantile Précoce soit dans le futur séparé de la schizophrénie infantile comme cela a pu être le cas pour la démence précoce de Heller ou la démence précocissime de Sante de Sanctis; Du point de vue nosologique, la grande conséquence tirée par Kanner de sa description consiste dans la correction de l'impression que le développement de la schizophrénie infantile doit être précédé par une période comparativement normale d'adaptation.*⁹⁴

Ce n'est qu'au moment où Kanner constate la reconnaissance de sa découverte par la communauté psychiatrique américaine, qu'il va aborder pour la première fois la problématique nosologique de l'autisme infantile précoce et sa place par rapport à la schizophrénie infantile. Une

93 Berquez, G., *L'autisme infantile*, Paris : PUF, 1983

94 *Ibid.* p. 35

nouvelle perspective vis-à-vis de son syndrome se trace et nous verrons, à partir de ce moment-là, dans les écrits de Kanner, tous ses efforts pour différencier l'autisme de la schizophrénie infantile de manière à éviter la dilution du concept d'autisme dans une psychogenèse élargie de la schizophrénie. Il mettra le syndrome autistique comme essentiellement clinique avec une étiopathogénie organique et non plus fonctionnelle comme pour la schizophrénie infantile. Comme nous pouvons constater, le concept d'autisme infantile précoce s'est fait beaucoup remodeler par Kanner dans une courte période. Cette variation est bien décrite par Berquez :

*Le concept de trouble fondamental varie au cours des années chez Kanner en tant qu'il est constitué comme une étiopathogénie implicite de l'autisme infantile. C'est-à-dire que successivement Kanner va mettre l'accent d'abord sur le niveau psychopathologique de l'autisme, puis de manière brève et du reste assez ambiguë, il prend un abord plus fonctionnel et il termine ses derniers articles sur une position résolument biologisante. Le passage du syndrome psychopathologique va de pair avec l'évolution d'une position psychologique vers une position organiciste.*⁹⁵

Quoiqu'elle se présente au tout début en deuxième plan derrière celle qui est psychologique, cette penchée organiciste, à propos de l'étiologie de l'autisme infantile précoce, n'est pas nouvelle. Déjà dans son premier princeps Kanner présente l'autisme dans les termes suivants : « l'exceptionnel, le pathognomonique, le désordre fondamental est l'inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations, depuis le début de la vie. » Il rajoute encore, dans le même article, que l'enfant né avec « une incapacité innée de constituer biologiquement le contact affectif normal avec les gens, tout comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels innés. »⁹⁶

Afin de clarifier l'état final du rapport qui s'est établi entre l'autisme infantile précoce et la schizophrénie infantile, nous exposons un tableau de points de convergences et de divergences, cliniques et étiopathogéniques, à l'aide de l'étude réalisée par Berquez sur les écrits de Kanner :

95 *Ibid.*

96 Kanner, L., *op.cit.*

	DIFFERENCE	RESSEMBLANCE
CLINIQUE	<i>l'autisme se manifeste dès le début du deuxième semestre de la vie, alors que dans le cas de la schizophrénie il se passe, même dans le cas de début insidieux, deux années de développement normal. Les tableaux cliniques et les évolutions sont différents dans chaque cas.</i>	<i>l'autisme pourrait être considéré comme la première manifestation de la schizophrénie infantile, avec la réserve que ni le tableau clinique ni l'évolution ne sont identiques.</i>
ETIOPATHOGENIE	<i>la nature organique du trouble fondamental, c'est-à-dire, innée et biologique est passée sous silence ou n'est pas prise en compte, ceci dans le but d'éviter à l'autisme le sort de la démence de Heller et de la démence précocissime.</i>	<i>La nature fondamentale du trouble serait identique dans le deux cas. Avec les réserves suivantes; dans les deux cas cette nature fondamentale est inconnue et la ressemblance ne se justifie que dans la mesure où l'autisme est envisagé comme une psychose fonctionnelle (par rapport aux psychoses organiques) et qui est mise en avant une position psychopathologique de l'autisme.</i>

Jusqu'en 1956, il est encore possible de considérer l'autisme comme la forme la plus précoce de la schizophrénie, les traits spécifiques de cette dernière étant influencés par l'âge auquel la maladie se développe. Cependant, il semble plus pratique, pour Kanner, d'étudier l'autisme comme un phénomène spécifique. En effet, l'inclusion des enfants autistes dans un large groupe de diagnostic semblerait présenter l'inconvénient de bousculer un approfondissement de l'autisme et ignorerait les particularités du développement ainsi que les particularités symptomatologiques de l'autisme. Il n'y a strictement aucun intérêt, selon Kanner, d'intégrer l'autisme dans un vaste groupe qui empêcherait l'approfondissement nécessaire du concept d'autisme. On voit donc se dessiner un éloignement entre l'autisme et la schizophrénie infantile, attitude nécessaire à la survie du premier concept. Kanner met définitivement l'accent sur la spécificité de l'autisme :

L'autisme doit certainement présenter un tableau d'une spécificité suffisante pour être étudié sérieusement et reconnu comme étant différent

*des autres constellations des comportements psychotiques, mais il n'y a pas d'objection à l'inclure dans une conception générale de la schizophrénie.*⁹⁷

Il insiste donc sur les différences aussi bien cliniques qu'étiopathogéniques pour établir cette distinction, combattant ainsi les tentations de voir l'autisme infantile précoce comme un simple symptôme de la schizophrénie. Voyons donc que Kanner se souciait déjà du danger de voir l'autisme infantile précoce et la psychose confondus, laissant ainsi sa forte contribution pour les démarquer en tant qu'entités spécifiques.

Asperger et la Psychopathie Autistique

Figurant à côté de Kanner par le mérite de la découverte d'une forme particulière d'autisme, Hans Asperger était un éducateur inscrit dans le mouvement de pédagogie curative.⁹⁸ En 1944, il décrit ce qu'il appela *Psychopathie autistique*, mais ses écrits ne sont diffusés dans la communauté scientifique qu'en 1981, lorsque la psychiatre anglaise Lorna Wing publia son étude de 34 cas d'enfants autistes de haut niveau, nommant cette nouvelle pathologie comme « syndrome d'Asperger », en son hommage. Ce syndrome est défini comme un trouble du développement qui affecte la vie sociale de la personne, ses perceptions sensorielles, mais aussi sa motricité. Selon Asperger, « l'anomalie principale du psychopathe autistique est une perturbation des relations vivantes avec l'environnement, perturbation qui explique toutes les anomalies. »⁹⁹ Sa caractéristique la plus marquante est la manifestation des passions hors-normes, dans leur type et leur intensité, comme les sciences ou l'informatique.

Contrairement à Kanner pour qui l'autisme est un syndrome (maladie définie et distincte), Asperger le prônait comme une structure pathologique de personnalité, un type de personnalité, reconnaissable dès l'âge de 2 ans et qui se maintient pendant toute l'existence du sujet. Malgré les discordances sur certains points de leur théorie, Asperger se mettait d'accord avec Kanner sur le plan clinique, et aussi sur le plan du diagnostic différentiel, soutenant la spécificité de l'autisme par rapport à la schizophrénie. Selon lui, ses patients ne sont et ne deviennent jamais hallucinés ni délirants. Quelques suppositions de certains auteurs soupçonnent qu'Asperger a eu une certaine insistance à présenter la psychopathie autistique comme un type de personnalité compatible avec

⁹⁷ Kanner, L., cité par Berquez, *Ibid.*

⁹⁸ La *pédagogie curative* consiste à placer l'éducation sous la direction médicale afin de remédier aux déficiences et aux déviations du développement psychique dans les dimensions cognitives et affectives.

⁹⁹ Les psychopathes autistiques pendant l'enfance, 1944, les empêcheurs de penser en rond / synthélabo, Le plessis-Robinson, 1998, p 115

une insertion sociale, et non comme une maladie ou un handicap puisqu'à cette époque, en pleine période de la seconde guerre mondiale, le diagnostic de schizophrénie ou d'arriération mentale équivalait à une condamnation à mort.^{100 101}

On trouve aussi d'autres convergences entre les descriptions d'Asperger et Kanner comme par exemple la reconnaissance d'un profil particulier chez les parents, généralement des intellectuels et présentant souvent une personnalité de type autistique plus ou moins marquée. Asperger défend alors une disposition héréditaire faisant intervenir probablement plusieurs gènes. Il constatait aussi la prévalence masculine. Ainsi, comme Simon Baron-Cohen, il soutenait que l'autisme représente une hypertrophie de l'intelligence masculine, portée sur l'abstraction, alors que les femmes seraient davantage dominées par le sentiment, dimension qui serait en défaut chez les autistes. Il était convaincu que « guidés avec amour et compréhension », ces enfants peuvent occuper une place dans la société, affirmant que la majorité des psychopathes autistiques s'insèrent socialement, parfois de manière brillante. Cependant, Asperger ne cherche pas à masquer la gêne occasionnée par la psychopathie autistique à l'école ou dans la famille, ni la nécessité, au départ d'une éducation spécialisée.¹⁰²

Malgré la proximité des observations cliniques avec celles de Kanner, le syndrome d'Asperger a été dissocié de celui d'autisme infantile précoce dans les manuels de classifications des maladies mentales, faisant référence à une forme particulière d'autisme léger, marqué par l'acquisition rapide du langage, un niveau d'intelligence normal ou élevé, des difficultés de socialisation et une maladresse psychomotrice. Hochmann considère que ce syndrome a pu se faire pour réparer toutes les années d'oubli et de mépris des études d'Asperger à l'égard de Kanner.¹⁰³ Actuellement, le syndrome d'Asperger est décrit comme un autisme de « haut niveau ».

3. L'AUTISME ET LA PSYCHOSE INFANTILE DANS LES THEORISATIONS PSYCHANALYTIQUES

Dans une époque où psychiatrie de l'enfant ne s'en tenait qu'à des descriptions sommaires moralisantes, c'est la psychanalyse qui commence tout juste à s'occuper d'enfants en difficulté. Une

100 La représentation du cadre du handicapé comme ne pouvant rien servir à la société a envoyé à la mort 30 000 personnes, dont des autistes. Dans toute l'Allemagne nazie, cette représentation sociale de la déficience a coûté la vie à 270 000 handicapés mentaux.

101 Dans ses études Hochmann nous rappelle que rien dans les propos d'Asperger ne permettait de soutenir cette interprétation. Cf. Hochmann, J., *op.cit.* p.263

102 Atwood, T, Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau (1999), Paris : Dunod, 2003

103 *Ibid.* p. 265

fois que les termes d'autisme et psychose ou schizophrénie infantile se diffusent dans le milieu psychiatrique, les théorisations psychanalytiques accompagnent ce mouvement et ne cessent d'y contribuer. On voit y découler un nombre remarquable de théorisations et conceptions de psychanalystes qui se tiennent à comprendre le fonctionnement psychique le plus archaïque en vue d'offrir à ces enfants en souffrance la possibilité de reverser le cadre de leur maladie, à travers une méthode thérapeutique profonde et adaptée.

Comme nous l'avons démontré, la psychanalyse n'est pas seulement responsable par le développement de ces concepts dans le champ de la psychiatrie infantile, mais aussi par leur origine. Cette constatation semble évidente dans le cas des termes de psychose et schizophrénie, mais ce n'est pas le cas pour ceux d'autisme infantile précoce et syndrome d'asperger. Bien que Kanner et Asperger ne fassent pas de référence à la psychanalyse dans leurs études, nous avons pu trouver une forte évidence qui montre que cette théorie est aussi à l'origine de leur description et de leur choix par le terme d'autisme.

Il est important de rappeler qu'Asperger décrivait, en 1944, un an après Kanner, l'expression des enfants ayant des difficultés analogues à celles décrites par Kanner. Nous rajoutons encore le fait que ces deux auteurs se présentaient complètement isolés tantôt géographiquement, car l'un se trouvait à Vienne alors que l'autre résidait aux Etats-Unis, tantôt scientifiquement, puisqu'en période de guerre, des échanges scientifiques entre les continents étaient estompés. Cette coïncidence de dates et de description d'un syndrome pareil est toujours mentionnée dans les études sur l'autisme, sans recevoir pourtant une explication claire.

Or, nous savons très bien qu'à ce moment-là, les psychanalystes parlaient déjà en termes d'autisme chez l'enfant, bien qu'ils ne l'eussent pas isolé et décrit nosologiquement. Nous savons également qu'à cette époque-là, les psychanalystes étaient en tête dans le traitement des enfants schizophréniques, dont certains présentaient les mêmes symptômes décrits par Kanner et Asperger.¹⁰⁴ Ce n'est donc pas une pure coïncidence, mais la preuve de la suprématie des idées psychanalytiques à propos des troubles mentaux infantiles et de la large diffusion dans les plus divers champs de savoir – Kanner était médecin et Asperger éducateur –, indépendant d'une adhésion ou pas à la pratique psychanalytique – aucun des deux n'étaient des psychanalystes. Partant de ces constatations, nous soutenons l'idée que les études psychanalytiques du début du XX^e siècle, autour de l'enfant, puissent être à l'origine de la description de l'autisme infantile précoce.

Nous avons donc sélectionné quelques théorisations psychanalytiques dont les auteurs ont énormément apporté à la compréhension de l'autisme et de la psychose chez l'enfant et, d'emblée, au développement de la pédopsychiatrie. Nous verrons ainsi une diversité théorique autour de ce

¹⁰⁴ C'est le cas de Mélanie Klein qui reçoit en 1929 le petit Dick en analyse et en 1930 publie l'analyse de son cas dans une revue assez réputée à l'époque.

sujet, pouvant indiquer l'autisme et la psychose soit comme faisant partie d'une même catégorie psychopathologique, soit comme complètement distincts. Ceci nous amène à la constatation que, même dans un champ de savoir sensé tenir une certaine rigidité théorique, nous pouvons trouver des divergences au niveau de la classification de l'autisme et de la psychose chez l'enfant.

Cependant, l'ensemble de toutes ces théories représentent plutôt une pensée évolutive dont les premières servent de base aux suivantes. Ceci nous confirme l'importance d'adopter une démarche progressive du savoir à partir de laquelle il faut initialement réfléchir sur le sujet, le prôner, en discuter et surtout le confronter à d'autres idées pour ainsi faire progresser une pensée. Nous considérons que les idées adverses ne doivent pas être considérées uniquement comme des entraves à l'évolution de la sienne mais comme des blocs importants à combler les lacunes qu'une pensée unique laissera souvent derrière elle. Nous allons voir que, malgré elle, la pensée psychanalytique se construit sur ces principes.

Klein : le noyau psychotique

Mélanie Klein a beaucoup théorisé sur la folie, soutenant l'idée que tous les êtres humains sont potentiellement psychotiques. A partir de sa pratique clinique, cette psychanalyste britannique a donné des indices et a ouvert des nouvelles voies aboutissantes à une œuvre riche, connue actuellement comme le *kleinisme*, dans laquelle elle propose que la folie est dans le fondement de la condition humaine et que la constitution de l'essence de l'être est une dérivation des angoisses de nature psychotique qui apparaissent au début de la vie.¹⁰⁵ Influencée par Karl Abraham, elle prône une conception psychanalytique d'étiopathogenie précoce de la schizophrénie, des états dépressifs et mélancoliques. C'est par ce biais qu'elle sera reconnue comme l'une des premières psychanalystes à décrire la cure analytique d'un enfant schizophrénique sous des conditions spéciales.

Le 7 janvier 1929, Klein reçoit le fils d'un collègue qui entrera dans l'histoire de la psychanalyse sous le nom de Dick. A quatre ans, Dick présente le développement intellectuel et le vocabulaire d'un enfant de quinze à dix-huit mois. Indifférent à son entourage, Dick ne manifeste jamais d'angoisses, émet des sons incompréhensibles et répète mécaniquement des mots. Mélanie Klein le décrit comme un enfant dépourvu d'affect, indifférent à la présence ou à l'absence de sa mère, n'ayant même pas le désir de se faire comprendre. 106

105 Klein, M. (1932) La psychanalyse des enfants. Paris : PUF, 2004

106 « Son adaptation à la réalité et ses rapports avec son entourage étaient presque inexistant. Cet enfant qui s'appelait Dick, presque dépourvu d'affect, était indifférent à la présence ou l'absence de sa mère [...] il se contentait d'émettre des sons dépourvus de signification et des bruits qu'il répétait sans cesse [...] quand il parlait il utilisait en général son maigre vocabulaire de manière incorrecte. Il n'était pas seulement incapable de

Klein reconnaît chez Dick « une maladie différente de la schizophrénie habituelle de l'enfance, en ce que son problème consistait plutôt en une inhibition du développement, arrêté par une « défense » contre ses propres tendances sadiques. »¹⁰⁷ Elle s'opposa donc au diagnostic de démence précoce et soutient que le trait essentiel dans le cas du petit Dick, était une inhibition du développement et non pas une régression. Après Bleuler qui, en 1911, forgea le terme d'autisme en référence à une dimension particulière de la schizophrénie, Klein fait preuve de grande perspicacité en mettant en évidence cette distinction essentielle entre l'arrêt du développement (l'autisme décrit par Kanner) et la régression du développement rencontrée dans la psychose schizophrénique. A cette époque, le terme d'autisme, au sens de Kanner n'existe pas encore, mais quelqu'un comme Frances Tustin y reconnaîtra la première cure analytique d'un enfant autiste et ajouta que Klein avait des années d'avance sur son époque.

En 1930, Klein rappela que si la schizophrénie chez l'enfant était moins nette que chez l'adulte, avec notamment des traits diagnostiques atténués et différents, elle était néanmoins plus fréquente qu'on ne pouvait le croire :

*Je pense donc que la schizophrénie pleinement développée est plus fréquente chez les enfants qu'on ne le croit d'habitude (...) Le concept de schizophrénie en particulier et de psychose en général, telles qu'elles se présentent chez les enfants, doit être élargi et je crois qu'une des tâches principales de la psychanalyse des enfants est la découverte et le traitement des psychoses de l'enfant.*¹⁰⁸

Klein est reconnue pour avoir été la première à décrire le monde archaïque du nourrisson, à remonter plus loin la problématique de l'angoisse, bien au-delà de la crainte de castration, à avoir été psychanalyste d'enfants et donné de nouveaux repères à la psychose. Dans son travail avec l'imaginaire, elle a réduit la monstruosité de la psychose en en faisant une potentialité commune à tout un chacun et affirme qu'« une des tâches principales de la psychanalyse des enfants est la découverte et le traitement des psychoses de l'enfant »¹⁰⁹, y laissant une large contribution.

se faire comprendre, il n'en avait pas le désir. Bien plus, sa mère percevait parfois chez lui une attitude parfaitement négative s'exprimant dans le fait que, souvent, il faisait juste le contraire de ce qu'on attendait de lui. » M. Klein, L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi (1930), *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 2005, p. 263-278

107 *Ibid.*

108 Klein, M., L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. (1930) *Essais de psychanalyse*, 1932

109 *Ibid.*

Mahler : psychose autistique/psychose symbiotique

Psychiatre psychanalyste américaine, Margareth Mahler a élaboré des études sur le développement du psychisme infantile endossées, du côté clinique, par Kanner et ses expériences de la clinique infantile et, du côté théorique, par l'œuvre freudienne sur les pulsions et des stades du développement libidinal. Elle se dédie à comprendre le processus d'avènement du sujet, passant par une « séparation-individuation » avec la mère. Elle en distingue trois phases : l'autisme normal ou narcissisme primaire absolu, la phase symbiotique et la phase de séparation-individuation du sujet.

110

Dans les années 1940-50, Mahler décrit deux types de perturbations correspondant aux deux premières phases du narcissisme primaire qu'elle décrira comme formes de psychoses infantiles : le syndrome autistique comme une fixation ou régression à la phase d'autisme normale et le syndrome de la psychose symbiotique. Dans le premier, la mère ne semble pas être perçue comme élément externe et n'est pas investie libidinalement. Cette « sourde-oreille » au monde est une attitude d'évitement acquise, une défense très archaïque. Le nourrisson autistique, incapable d'utiliser les fonctions du moi auxiliaire du partenaire symbiotique pour s'orienter dans le monde, se crée un univers personnel, le plus souvent très restreint. L'adulte est uniquement appréhendé comme extension fonctionnelle de leur corps. Mahler indique une idée d'intentionnalité quand elle évoque la lutte contre toute demande de contact humain, et la construction d'un monde à l'abri d'une barrière « origine massive, négative et hallucinatoire de défense contre les stimuli ». ¹¹¹

En ce qui concerne le syndrome de la psychose symbiotique, la représentation psychique de la mère existe, mais fusionnée au self. Les frontières self-non-self sont mal délimitées, les forces libidinales sont demeurées investies dans la bulle mère-enfant. Le corps de l'enfant symbiotique se fond dans l'autre, alors que le corps de l'enfant autistique est perçu comme objet sans vie. Chez ces enfants, les traits cliniques seraient plus variés et les troubles du comportement apparaîtraient plus tard, au moment de la séparation. L'angoisse de séparation a des effets terrifiants, le délire de la toute-puissance symbiotique est menacé, et des comportements restitutifs essaient de colmater la brèche et de maintenir la fusion narcissique.

Mahler définit donc la psychose symbiotique en opposition à l'autisme infantile. Cependant, elle signalait déjà l'existence de traits autistiques chez beaucoup d'enfants psychotiques d'âge scolaire, ce qui l'amènera, quelques années après, à ne plus faire une distinction nette entre

110 Mahler, *Psychose infantile*, Paris : Payot, 2001

111 Mahler, M. *Ibid.*

psychose autistique et symbiotique. Elle classe plutôt la psychose infantile en terme de prédominance de l'une ou de l'autre des organisations psychotiques de défense : en deux grandes catégories de syndromes de psychose infantile à l'intérieur desquelles s'opèrent des variations, des combinaisons : « on se trouve face à un large spectre de traits autistiques et symbiotiques à l'intérieur du syndrome psychotique infantile. »

Ceci étant, la défense autistique serait une réponse primaire à la crainte du contact humain (s'exprimant par un rejet de l'objet humain) sorte de déni délirant des objets humains qui aboutit aussi pour le self à la perte de la dimension animée. Il y a là, à la fois, un mécanisme psychotique et une régression à la non-différentiation totale de la phase autistique, du self et de l'objet. La défense symbiotique apparaît plus comme une réponse à l'angoisse de séparation, avec désorganisation et réorganisation des symptômes psychotiques. Mais la désorganisation symbiotique peut entraîner l'enfant dans une régression plus primitive avec non seulement perte du sens de l'entité et de l'identité, mais aussi l'angoisse de désintégration et de ré-engloutissement par l'objet symbiotique. Devant l'échec d'une régression ou fixation symbiotique stable, l'enfant va adopter une position que Mahler appelle autisme secondaire.

Winnicott : les défaillances du maternage

Le pédiatre anglais Donald Winnicott n'a pas élaboré une théorie de la psychose infantile. Il a pourtant beaucoup apporté à la conception des soins maternels, ce qui lui a permis de mieux comprendre ce qui se joue dans l'apparition des souffrances psychiques chez l'enfant telle que la psychose et l'autisme. En 1952, dans *Psychose et soins maternels*, il conclut qu'« une mauvaise santé mentale, de nature psychotique, provient de retards et de distorsions, de régressions et de « cafouillages » au cours des premières étapes de la croissance de la structure individu-environnement ».¹¹² Lorsque ces distorsions se produisent, une organisation défensive, avec tendance au clivage, se met en place pour repousser l'envahissement de l'environnement. Selon lui, l'origine des psychoses chez l'enfant doit être cherchée dans une faillite de l'environnement à un stade de dépendance maximale, avec la mise en jeu de défenses très primitives. Ces propos indiquent que l'on est dans une vision pathogénique de l'environnement, c'est-à-dire, qu'il est prévalent ce qui se passe dans la dyade mère-enfant et que la prophylaxie des psychoses était du ressort des pédiatres. Dans le texte *La théorie de la relation parent-nourrisson*, Winnicott évoque le problème de la santé mentale en ces termes :

112 Winnicott, D., *Psychose et soins maternels*, (1952) in *La théorie de la relation parent-nourrisson*. Paris : Payot, 2011

*La santé mentale de l'individu, c'est-à-dire, libre de psychose ou enclin à la psychose (schizophrénie), s'établit à partir des soins maternels qu'on note à peine quand ils sont bons [...] c'est ainsi que la schizophrénie, la psychose infantile ou une prédisposition à la psychose plus tardive sont liées à la carence des appels du milieu.*¹¹³

Dans son texte *La crainte de l'effondrement*, Winnicott parle d'un effondrement de l'édification du self unitaire dans des phénomènes psychotiques. « Le moi, dit-il, organise des défenses contre l'effondrement de sa propre organisation, c'est l'organisation du moi qui est menacée ».¹¹⁴ La psychose lui paraît être alors plutôt qu'un effondrement, « une organisation défensive liée à une agonie primitive », c'est-à-dire, un retour à un état non intégré. En ce que concerne la description de l'autisme, Winnicott se montre contre un tableau de l'autisme comme une régression. Il le voyait plutôt comme « une organisation de défense hautement sophistiquée » contre une angoisse impensable. Cette forme très primitive d'angoisse ne peut apparaître que dans les états d'extrême dépendance et d'extrême confiance. Dans un cas, il se montrait d'accord avec l'expression « Forteresse Vide » de Bettelheim pour exprimer l'autisme comme une défense encore archaïque. Cependant, il attire l'attention sur le fait que cette forteresse n'est pas nécessairement vide, puisque si le désordre se constitue très tôt, « il peut arriver qu'il n'y ait presque rien là à défendre, excepté juste quelque chose d'un soi que porte la mémoire corporelle d'une angoisse. »¹¹⁵

Winnicott se disait fortement influencé par la façon dont Kanner envisage l'autisme. Cependant, il explique qu'avant la découverte de Kanner de l'autisme infantile précoce, il s'occupait déjà des enfants présentant ces traits en les « mettant simplement sous le titre de « psychose infantile » ». Il identifiait dans ce grand groupe des psychoses une partie des enfants qui présentait des lésions cérébrales, d'autres qui se présentaient plutôt comme une maladie et d'autres qui présentaient des déficiences mentales en conséquence de sa « psychose infantile ».

Il n'est pas certain à mes yeux que tout fut bénéfique dans le fait que Kanner ait intitulé ces cas « autistiques ». La perte, il me semble, c'était que cette étiquette donnait aux pédiatres habitués aux entités nosologiques, une fausse piste qu'ils se mirent à suivre que trop volontiers. Ils pouvaient maintenant chercher ces cas d'autisme et les placer de façon commode

113 *Ibid.*

114 Winnicott, D., *La crainte de l'effondrement*, *Nouvelle revue de psychologie*, 1975, n°11

115 *Ibid.*

*dans un groupe qui avait des frontières artificiellement nettes. On pouvait soutenir qu'il avait là une maladie dont l'étiologie n'était pas encore connue et la description de cette maladie pouvait facilement être donnée aux étudiants.*¹¹⁶

Winnicott explique sa réticence à suivre la distinction nosologique de Kanner alors qu'il reconnaît sa pertinence descriptive pour les raisons suivantes : ne pas fixer certains enfants dans une maladie définie par un syndrome et prise, du coup, dans une idéologie médicale ne tenant pas compte de l'importance des premières relations. Il pense qu'il y a un *continuum* entre la schizophrénie infantile et l'autisme, sans différence de nature du processus pathologique et avec la possibilité identique d'un éventail très large d'évolutions depuis une incapacité majeure aux relations et à la vie, donnant des exemples cliniques qui montrent la variabilité de l'intensité des perturbations de type autistique.

*Cependant, ceci n'est pas pour décrier la valeur positive de la contribution de Kanner. Que l'autisme soit appelé schizophrénie infantile ou non, il faut se rappeler que nous devons nous attendre à rencontrer une résistance à l'idée d'une étiologie qui vise le processus innés de développement affectif de l'individu dans le milieu donné. En d'autres termes, il y aura ceux que préfèrent trouver une cause physique, génétique, biochimique tant pour l'autisme que pour la schizophrénie [...] et ceux qui pensent que la cause de l'autisme est une cause physique qui n'a pas été encore découverte laisseront ceux qui déclarent avoir de raisons de penser autrement suivre ces raisons, même si elles semblent nous écarter du physique et nous mener à l'hypothèse d'un trouble dans la délicate interaction des facteurs individuelles et de l'entourage tels qu'ils opèrent dans les étapes les plus précoces de la croissance et du développement humain.*¹¹⁷

Winnicott précise, dans une conférence à des parents d'enfants autistes, qu'il ne peut leur épargner sa conviction étiologique théorique – la faillite précoce de l'environnement à s'adapter aux besoins de l'enfant, éventuellement majorée par des difficultés organiques –, pour soulager leur souffrance qu'il sait autant plus grande qu'avec les enfants autistes toute la famille souffre parfois

116 *Ibid.*

117 Winnicott, D., La schizophrénie infantile en termes d'échec d'adaptation, traduit par Maud Mannoni, Recherches, spécial Enfance Aliénée, p. 27-31, Journées d'études sur les psychoses de l'enfant organisées à Paris, 1967.

plus que le patient et qu'ils sont déjà, comme tout parent d'un enfant en difficulté, sujets à d'écrasants sentiments de culpabilité.

*Ce n'est pas une bonne chose de déformer la vérité pour éviter de heurter les sentiments des clients. Sans aucun doute, le médecin qui croit que l'explication dernière de l'autisme est physique sera plus à l'aise avec les parents...C'est déjà assez éprouvant d'avoir un enfant autistique, et si, ajouté à cela, les parents doivent sentir qu'ils sont responsables de cette condition, alors leur fardeau peut devenir intolérable. Mais il n'en est pas toujours ainsi : les parents se sentent de toute façon accablés de culpabilité quand leur enfant est anormal, qu'il ait un défaut physique important ou seulement secondaire [...] En tout cas, l'enquête scientifique doit dépasser cette sorte de considération humanitaire.*¹¹⁸

Bettelheim : les expériences extrêmes

Éducateur américain d'origine viennoise, inventeur d'une méthode unique de traitement de l'autisme infantile, Bruno Bettelheim a été le premier pédagogue à avoir mis en œuvre une thérapie de milieu entièrement fondée sur l'enseignement de Freud.¹¹⁹ Dans son célèbre et polémique livre *Forteresse vide*, il expose sa théorisation sur l'avènement des psychopathologies infantiles dont les causes se trouveraient dans un « environnement défavorable » au développement des enfants, suivant la pensée de l'époque qui se levait contre une condamnation d'office au travers de l'hérédité.

A l'instar de Winnicott, Bettelheim a insisté sur le désir d'agir du nourrisson et ses avatars lié à la perception du monde environnant. L'attitude de la mère, au cours des premières tétées et des soins, serait capitale pour le développement de l'enfant et du soi. Il fait remarquer que le nourrisson n'est pas aussi passif et, notamment au cours de la tétée, il y a bien activité de sa part. Mais pour permettre le déploiement de cette activité et donc le développement du soi, il faut un nombre de conditions qui tiennent l'équipement biologique à l'environnement. Bettelheim évoque un climat de mutualité, l'acceptation vraie de l'enfant par sa mère et ses tentatives d'action, le désir d'avoir une relation, l'encouragement à être actif. Il insiste sur l'importance de la réponse affirmant que « les

118 Winnicott, *Ibid.*

119 Bettelheim s'appuyait sur la théorie psychanalytique, mais il n'était pas psychanalyste – il n'a jamais exercé en tant que tel ni fait partie d'aucune société de psychanalyse. Son intérêt n'était pas simplement le fait de faire reconnaître la psychanalyse dans le travail auprès d'enfants autistes comme beaucoup le croient, mais de l'utiliser pour développer sa propre méthode éducative.

affects qui ne rencontrent pas une réponse appropriée constituent une expérience extrêmement débilante. »¹²⁰ Pendant les six premiers mois de vie, le nourrisson doit éprouver le monde comme essentiellement bon, de 6 à 9 mois, il doit trouver réponse à ses tentatives de relation avec l'autre. Ne trouvant pas l'autre, son soi restera introuvable.

Selon lui, l'enfant autistique serait celui dont les conditions d'environnement n'ont pas induit à agir, l'amenant à croire que ses efforts n'auront aucun effet sur le monde, restant convaincu de l'insensibilité de l'environnement à ses réactions. Selon Bettelheim, ce type d'enfant cesse d'essayer, d'agir. Mais plutôt que les soins impersonnels, ce serait le fait qu'ils ne soient pas devenus actifs qui rendrait compte de leur dépérissement intellectuel physique et effectif.¹²¹ Faisant un rapport avec son expérience passée dans les champs de concentrations de la deuxième guerre mondiale, Bettelheim édifie le concept de « situation extrême », c'est-à-dire, situation destructrice aboutissant à une déshumanisation de l'individu. Il se demande si ces enfants autistiques n'ont pas vécu quelque chose de semblable pour en arriver à se retirer de telle façon du monde.

*L'enfant qui développe une schizophrénie infantile semble percevoir sa vie et lui-même exactement comme le ferait un prisonnier dans un camp de concentration : sans aucun espoir et à la merci de forces extérieures irrationnelles et destructrices qui l'utilisent pour leurs propres intérêts.*¹²²

Il poursuit sa conception de l'origine des psychopathologies infantiles en lien avec les expériences extrêmes, dans la déclaration suivante :

*La différence entre la terrible condition des prisonniers dans les camps de concentration et les conditions qui favorisent l'apparition de l'autisme et de la schizophrénie chez les enfants est, bien évidemment, que l'enfant n'a jamais eu l'opportunité de développer sa propre personnalité.*¹²³

120 Bettelheim, B., *Forteresse vide*, Paris : Gallimard, 1998, p. 46

121 La pathogénie autistique est très proche de celle de ces enfants souffrant d'hospitalisme, mais comporte des différences. Pour l'autistique, le monde offre bien certaines satisfactions mais d'une façon frustrante et il va s'efforcer de les retrouver dans le fantasme. Alors que dans le cas de marasme infantile, le monde ne serait pas vécu comme soupçonnable des satisfactions. *Ibid.*, p. 71-72

122 *Ibid.*

123 *Ibid.*

Sachant que l'environnement d'un enfant est forcément représenté par ses parents, il leur lance des propos assez virulents : « tout au long de ce livre, dit-il, j'expose ma conviction que le facteur déterminant dans l'autisme infantile est le souhait du parent que son enfant n'existe pas. »

¹²⁴ Il renvoie à ce débat passionnel de la mère rejetant. Sa position est subtile et parfois contradictoire, car il nous dit que la mère ne crée pas le processus autistique :

*[...] à savoir que ce n'est pas l'attitude maternelle qui produit l'autisme mais la réaction spontanée de l'enfant à cette attitude [...] ce qui devient capital pour le destin de l'enfant, c'est la réaction de la mère à un retrait spontané de l'enfant [et] bien que les attitudes de la mère devant le retrait de son enfant soient capitales, nous ne pouvons pas en déduire qu'elles l'ont provoqué.*¹²⁵

Il se peut que l'enfant sente et rende responsable la mère de difficultés et que, par réaction paranoïaque autistique, il la rejette. Celle-ci, à son tour, pourra le rejeter. La réaction autistique peut être occasionnée par diverses conditions, mais l'établissement de cette simple réaction temporaire en maladie chronique dépend de la réponse de l'environnement. Tous les enfants réagissent parfois négativement et peuvent effectuer un retrait. Tout dépendra alors des réponses du personnage maternel aux réactions positives et négatives de l'enfant. Ce qui compte, c'est que l'action soit interprétée correctement et que l'enfant reçoive la réponse appropriée.

Selon Bettelheim, le démarche thérapeutique plus appropriée à ces cas consiste à créer un milieu positif favorisant une reconstruction de la personnalité en faisant revivre quelques expériences vitales chez l'enfant afin d'inverser le processus psychotique. Suivant cette perspective, il fonde alors celle qui a été, pendant les années 1940-50, la grande référence de traitement des graves psychopathologies infantiles : l'École Orthogénique. Selon lui, la folie n'existait pas et les comportements aberrants, que nous qualifions de fous, sont en réalité un langage qui représente le seul moyen trouvé par ceux qui souffrent trop afin de s'exprimer autrement. L'école tenait comme règle d'Or de laisser les enfants libres de tout faire (sauf ce qui est physiquement dangereux pour eux) afin de mieux déchiffrer le langage de leur folie, en utilisant chaque symptôme comme un élément du code. Cette école sera l'endroit où Bettelheim mettra en œuvre toute sa pensée auprès

124 *Ibid.*

125 *Ibid.*, p. 172-174

des enfants en difficulté psychique, toutefois le traitement qui y sera développé lui ramènera de nombreuses critiques.

Tustin : carapaces de l'autisme

Psychanalyste britannique postkleinienne, Frances Tustin s'est dédiée plus d'une vingtaine d'années au traitement des enfants autistes et psychotiques. Dans les années 1950, elle a travaillé comme membre du Centre Putman, créé pour accueillir et traiter les enfants décrits par Kanner comme autistes, contribuant à la réflexion théorique-clinique de l'autisme. Cependant, Tustin n'était pas complètement d'accord avec l'usage du terme d'autisme. L'autisme, auquel elle se référait, n'avait pas forcément une connotation pathologique grave comme celle employée par Kanner. Elle laisse donc sa critique lors de l'introduction de son livre *Autisme et psychose de l'enfant*, dans lequel elle affirme que cette tendance à l'utilisation de ce terme ne correspondait pas à la littérature psychologique de l'époque : « le plus ennuyeux , c'est qu'on passe ainsi à côté du fait que l'autisme pathologique est un arrêt ou une régression, à un stade primaire de développement, où le sujet se fige. »¹²⁶ Elle emploie donc le terme d'autisme comme représentatif d'un stade primaire du développement aussi bien qu'un développement distordu.

Dans ce même livre, Tustin parle de l'autisme de la première enfance associé au narcissisme primaire, état tout à fait normal et provisoire dont l'enfant sort « grâce à une disposition innée à discerner des modèles, des ressemblances, des répétitions, des continuités. »¹²⁷ Elle décrit des mécanismes primitifs associés à la phase du développement qu'elle nomme *autisme normal*. Selon elle, ce mécanisme sert comme protection au nouveau-né qui se présente complètement vulnérable à une rencontre trop brutale avec la réalité. Ces mécanismes sont préalables à toute possibilité d'adaptation du bébé au monde extérieur. Les phénomènes autistiques normaux sont donc des sortes de sensations, issues de dispositions innées, qui ne constituent pas encore la perception mais qui, si les conditions sont favorables, peuvent mener à la perception.

Ces conditions favorables révèlent la qualité du nourrissage des parents. Mais en l'absence de nourrissage ou, ce qui est plus courant, faute de pouvoir l'utiliser (à cause d'un blocage ou d'une confusion qui l'empêche de le recevoir), l'enfant reste (ou régresse) à un stade où il est dominé par la sensation. Nous verrons ainsi que la différence établie par Tustin entre autisme normal et autisme

126 Tustin, *Autisme et psychose de l'enfant* (1972), tr. Mireille Davidovici, Paris : Seuil, 1977, p.11

127 *Ibid.*, p.11

pathologique est plutôt d'ordre quantitatif. Autrement dit, l'autisme normal est un état antérieur à la pensée, tandis que l'autisme pathologique est un état qui s'oppose à la pensée.

Tustin distingue différents systèmes d'autisme pathologique : l'autisme primaire anormal, l'autisme secondaire à carapace et l'autisme secondaire régressif. L'autisme primaire anormal serait une prolongation anormale de l'autisme primaire en raison des quelques facteurs, que cela soit l'absence totale ou partielle de nourrissage. Elle considère un nourrissage non satisfaisant : une mère dépressive ou manquant de confiance passant par des attitudes opposées vis-à-vis de son enfant, nourrissage trop adaptable ou trop rigide. L'autisme secondaire à carapace : ce type d'autisme se développerait comme défense contre la panique provoquée par une séparation corporelle insupportable. Il y aurait une sorte de négation des soins nourriciers provenant du traumatisme de la séparation. Des processus d'encapsulation mènent alors l'enfant à s'envelopper lui-même ; Autisme secondaire régressif : ces enfants ont parfois connu un développement à peu près normal mais avec des fondations instables, une partie de la personnalité est restée autistique et a perdu contact avec les soins nourriciers. Ce type d'autisme résulterait d'une combinaison des facteurs suivants : prolongation anormale de l'autisme primaire, suivie d'un certain développement avec ensuite désintégration sous l'effet de la prise de conscience de la séparation corporelle, environnement trop adaptable masquant l'intolérance de l'enfant pour la séparation, passivité excessive, mère dominatrice et père passif, mère psychotique.

Tustin avance dans sa clinique différentielle et propose une distinction nette de deux syndromes : l'autisme infantile précoce qui se rapporterait à l'autisme secondaire à carapace, et la schizophrénie de l'enfant qui appartiendrait à la catégorie de l'autisme secondaire régressif. La spécificité de ces deux syndromes rejoignant celle de deux systèmes d'autisme pathologiques auxquels ils se rapportent.

*Nous distinguons différents systèmes d'autisme pathologique et verrons que l'autisme infantile précoce est associé à l'un de ces systèmes d'autisme pathologique tandis que la schizophrénie l'est à un autre. Cette forme de classification semble ouvrir de nouvelles perspectives de traitement.*¹²⁸

En peu plus loin, elle justifie son intérêt pour l'établissement d'un diagnostic différentiel entre ces deux affections :

En l'état actuel de nos connaissances de la psychose de l'enfant, un diagnostic différentiel, selon le type d'autisme, est une façon provisoire et utile de classer les désordres psychotiques de l'enfant, sur la base d'un

128 *Ibid.*, p.13

*trait critique de leur psychodynamique. Cette méthode de classification, par types d'autisme, nous évite d'amalgamer tous les cas hétérogènes de psychose de l'enfant « dans un même sac ».*¹²⁹

En 1981, Tustin révisé cette classification dans son ouvrage *Autistic States in Children*, et décide d'abandonner le terme *Autisme Primaire Anormal* car elle le considère comme l'expression d'une atteinte organique cérébrale et pas forcément comme un état psychotique. En 1993, dans l'article *Le stade autistique primaire de l'enfant: une erreur qui a fait long feu*, Tustin présente les matériaux qui l'ont amenée à la conclusion erronée qu'il y avait un stade autistique normal chez l'enfant. Elle croit que les situations traumatiques ont un grand impact dans la formation de l'autisme : « Je considère actuellement que l'autisme est une réaction défensive qui se développe en réaction à la souffrance liée à la rupture traumatique d'un état anormalement maintenu d'unité adhésive avec la mère. »¹³⁰ Tustin a constaté que l'enfant autiste s'était senti très uni à sa mère et la rupture brutale de ce sentiment d'unité est vécue comme une perte d'une partie de son corps propre, ce qui entraîne la dépression psychotique.

Dolto : une parole nouée

Pédiatre et psychanalyste française, Françoise Dolto reste toujours une figure emblématique de la psychanalyse en France, et aussi dans d'autres pays, reconnue par sa consécration au travail auprès des enfants. Appréciée tantôt comme clinicienne tantôt comme théoricienne, Dolto est responsable d'avoir élaboré une considérable diffusion de la théorie psychanalytique avec les enfants, par l'intermédiaire d'une émission de radio dont le but était la prévention de la souffrance psychique chez l'enfant parlée à un grand public.

Dans sa pensée, le bébé – et même le nouveau-né – doit être pris comme un sujet à part, malgré son manque de capacité de se servir des mots pour communiquer. Dolto soutient qu'il a un langage particulier dont il faut comprendre à travers ses gestes et ses lallations. Elle défend que la parole adressée au bébé depuis son plus jeune âge garde une fonction structurante de sa personnalité. Elle montre également combien les changements intempestifs de la personne nourricière sont traumatisants si rien n'est dit, puisque c'est elle qui garde tous les repères humains de la communication langagière vis-à-vis de son bébé.

129 *Ibid.*, p.128

130 Tustin, F. Le stade autistique primaire de l'enfant: une erreur qui a fait long feu, *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 2006, n°36, p. 129

Selon Dolto, c'est ce genre de perturbation qui serait à l'origine de la psychose chez l'enfant dont les causes sont très variées : la rupture de communication avec la personne humaine, qui était jusqu'alors médiatrice du monde ; rupture avec l'être dont l'enfant est dépendant, sans que rien n'en soit dit ; du fait d'une trop longue absence de l'un ou de l'autre des parents ; de la souffrance psychique sans le réconfort de la présence connue. Elle parle aussi de signifiant mal compris (ce qui peut être un mot) de non-dit dans les familles, de malentendus qui remontent loin, aux grands-parents. Dolto s'éloigne ainsi des thèses trop univoques de Mannoni associant l'autisme à la seule fantasmatique parentale.

Selon la psychanalyste, l'autisme serait produit par un égarement, une perte d'amarres sensorielles et langagières qui l'amène à le définir comme une maladie symbolique de la relation à l'entourage. Ces loupés se passent avant l'établissement de la structure du narcissisme du sujet, avant l'identification à son propre corps, ce qui le configure comme une pathologie qui se réfère à des expériences très précoces, « préverbaux et présopiques du corps propre. »¹³¹ Dans ce cas, l'enfant tombe dans un « incognito » par rapport à lui-même « qui est une perte de sensation d'exister en croisement d'espace-temps, relié à son image du corps. »¹³² Cela veut dire que le sujet meurt symboliquement de n'avoir pas de relation.

En ce qui concerne plus généralement la psychose chez l'enfant, Dolto la relie à un défaut, une défaillance de la dynamique libidinale des parents. Ces parents forment un couple névrotique renfermé sur lui-même. La psychose surviendrait ainsi chez un être humain qui, avant 3 ans, n'avait pas comme support de son moi idéal une mère fière de sa féminité et un père fier de sa virilité. Elle considère alors que le sujet psychotique n'a pas eu un moi idéal représenté par un adulte parental génitalement couplé. Sa situation d'objet partiel dans le triangle père-mère-enfant a engendré une sécurité angoissante due à la fragilité des objets parentaux qui ont servi de moi idéal. C'est donc autour de l'Œdipe des parents que la psychose de l'enfant trouverait son origine, dans une inscription générationnelle, comme Dolto souligne « il faut donc trois générations de grands-parents et parents névrosés dans la génétique du sujet, pour qu'il soit psychosé. »¹³³ Basée dans les présuppositions lacaniennes de la constitution de la subjectivité à travers le langage, Dolto définit l'enfant psychotique comme en dehors de l'univers du langage. Elle soutient ainsi l'idée que la psychose est une expérience de déshumanisation puisqu'au fur et à mesure que celle-ci se met hors

131 Dolto, F., *Naitre et ensuite ?*, Paris : Stock, 1982, Coll. Les cahiers du nouveau-né.

132 Dolto, F., *L'image du corps*, Paris : Seuil, 1984

133 Dolto, F., *Le cas Dominique*, Paris : Seuil, 1974, p. 242

du champ du langage, elle perd son caractère humain, rappelant l'importance du traitement psychanalytique de la psychose infantile pour la prévention de ces cas.

Mannoni : l'antinosographie

Avec l'émergence du mouvement antipsychiatrique, à la fin des années 1960, la pensée de Maud Mannoni gagne en visibilité. Cette psychanalyste militante articule les idéaux antipsychiatriques au niveau de la pratique et des écrits théoriques de Lacan, élaborant toute une réflexion sur la place destinée aux enfants inadaptés. Son discours s'articule ensuite autour d'une pratique institutionnelle à partir de laquelle elle crée, en 1969, avec Robert Lefort et d'autres collaborateurs, L'École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne, réputée pour son travail différencié auprès des enfants autistes et psychotiques.

L'affirmation de Maud Mannoni selon laquelle « la psychanalyse d'enfants, c'est la psychanalyse »¹³⁴, nous donne une dimension plus précise de ce qu'est le travail psychanalytique avec les enfants, car le discours que le sujet tient est toujours un discours collectif qui englobe l'enfant aussi bien que ses parents. Selon Mannoni, l'avènement de l'enfant-sujet dépend donc du désir parental de le laisser naître ou non comme désir personnel. Faire du sujet parlé un sujet parlant, doit être le but de toute intervention psychothérapeutique, commençant par dévoiler la place particulière occupée par l'enfant dans le champ du désir parental.

Mannoni considère que la psychose chez l'enfant représente une parole aliénée, prisonnière d'une parole aliénante qui se situe dans l'Autre. L'enfant psychotique est exclu de la structure triangulaire et demeure à la place d'un objet partiel, ne pouvant pas assurer une identité propre. Rejeté comme sujet désirant, il reste dans la demande maternelle sans s'assumer dans la parole, barré à l'avènement de sa propre parole à l'accès de son désir. L'enfant psychotique reste rivé dans le champ du désir de l'adulte parce qu'il n'est pas reconnu par l'Autre comme sujet désirant. Mannoni affirme que l'enfant fou n'est qu'un symptôme de la maladie des autres, d'un discours collectif, le symptôme d'un malaise plus global. ¹³⁵

Le symptôme de l'enfant se développe avec un autre et pour un autre, et renvoie à un discours collectif. Il s'agira de chercher ce que l'enfant signifie à travers son symptôme puisqu'il « colmate, dans le discours familial le vide qu'y crée une vérité qui n'est pas dite ». ¹³⁶ Ce symptôme a une fonction dans le fantasme parental. Le plus souvent il sert à masquer quelque chose. « Le destin du psychotique ne se fixe pas tant à partir d'un événement

134 Mannoni, M. *L'enfant, sa maladie et les autres*. Paris, 1967, Éditions du Seuil, p.7.

135 *Ibid.*

136 Mannoni, M. *L'enfant arriéré et sa mère*, Paris : Seuil, 1981

réel perturbant qu'à partir de la façon dont le sujet a été exclu par l'un ou l'autre parent d'une possibilité d'entrée dans une structure triangulaire. » 137 Ainsi, selon Mannoni, l'enfant n'existe que dans un rapport à la parole des parents, ce que l'on nomme le rapport du sujet au langage. La conduite de l'enfant psychotique serait donc une réplique à la parole de l'entourage.

Malgré son adhésion à la théorie lacanienne, Mannoni s'opposait au diagnostic dit « structural ». Celui-ci présentait, selon elle, une position anti-analytique car il était nuisible au sujet. L'idée proclamait l'abstention du diagnostic, puisque cette pratique en soi permettait davantage d'établir un diagnostic de psychose qui produisait la désubjectivation du sujet, dès le départ. Sa posture tenait plutôt à représenter la psychanalyse dans son essence, c'est-à-dire, celle de légitimer la parole du sujet sans vouloir le classer et l'étiqueter, mais plutôt le libérer. Elle considérait qu'il valait mieux commencer par soigner le sujet dès le diagnostic lui-même, en le névrosant. Ceci étant, on la voit rarement parler de la spécificité de l'autisme comme une entité différente de la psychose et de l'arriération. Lorsque Mannoni définit la spécificité de l'autisme, elle le prône comme un enfant qui veut faire *un* avec l'autre et toute séparation vécue par le corps de l'enfant avec le corps de sa mère est ressenti par celle-ci – qui ne reconnaît pas son bébé comme être sexué et autonome – comme mis en danger dans son intégrité narcissique.

Cependant, l'antinosographie soutenue par Mannoni n'a été bien reçue ni par le milieu psychiatrique – qui se voyait combattu à cette époque et qui avait besoin de se défendre contre les moindres contradictions et défaillances théoriques présentées par les nouvelles vagues antipsychiatriques – ni par certains psychanalystes qui ressentaient le besoin d'établir cette démarcation. Ces derniers ont souligné que ce refus à établir des diagnostics, trouvant chez tous les enfants la même cause pour leurs maladies, aboutissait à un discours simplificateur. Les différentes structures n'étaient pas spécifiées et on trouvait des enfants psychotiques, débiles et autistes, tous concernés par les effets néfastes des fantasmes parentaux. Michel Ledoux fait la remarque que cette tendance cohésive aboutissait à une approche réductrice : on ne sait plus de ce dont on parle puisque la belle théorie unifiante n'a pas de limites.¹³⁸

Meltzer : le conflit esthétique

Psychiatre et psychanalyste américain, Donald Meltzer s'inscrit dans le courant kleinien et travaille auprès de Wilfred Bion et Esther Bick. Il souligne l'importance primordiale de l'identification du sujet à un objet contenant dans le processus de subjectivation, afin de se sentir contenu et de

137 La psychothérapie des psychoses chez l'enfant dans *Recherches*, spécial enfant aliéné, 1967, p. 55

¹³⁸ Ledoux, M. *Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile*. PUF, Paris, 1984.

pouvoir, de cette façon, façonner un objet interne avec un espace, connu comme l' *identification adhésive*. Il s'agit là d'un premier moment du développement de l'identité du nourrisson sain, où se forme une identité conjointe primitive de la mère et du nourrisson, étayée par une peau psychique commune, constituée des soins maternels, du *holding*, du bain de langage, de son odeur et de l'investissement psychique de l'enfant par sa mère.

Dans son livre *Explorations dans le monde de l'autisme*, Meltzer propose un nouveau modèle métapsychologique qui explique les effets du sentiment d'angoisse vécu par le bébé lors de la rencontre avec le monde physique et ses sensations. C'est ce qu'il appela *conflit esthétique*. Basé sur ce concept, il présente une classification des psychoses infantiles. Il en définit quatre catégories : l'autisme proprement dit, les psychoses géographiques confusionnelles, les échecs primaires du développement mental et les échecs d'ajustement mental postnatal. L'*autisme proprement dit* est un mécanisme de défense centrale qui s'oppose à la souffrance du conflit esthétique. Dans ce cas, il y a le « démantèlement du moi » qui apparaît comme une ressource défensive contre la douleur dont le but « est de supprimer toute séparation du moi et de l'objet, de nier toute intériorité au Self et à l'objet et d'abolir par là tout gradient de souffrance psychique. »¹³⁹ Dans l'échec primaire du développement mental, la mère pendant sa grossesse, n'a eu ni contact émotionnel, ni contact fantasmatique avec son bébé. Alors, celui-ci cherche vainement l'objet contenant-réceptif que la mère ne peut lui offrir. Le développement de ces enfants semble normal au début et le retard n'est remarqué que lorsque le langage échoue à se développer. L'échec de l'ajustement postnatal est un type de psychose relié à des souffrances fœtales et à des difficultés d'accouchement.

Parmi ces quatre catégories, Meltzer s'est spécialement dédié à l'étude de l'autisme, étant là sa plus large contribution aux troubles du développement infantile. Selon lui, dans l'autisme, il y a un échec primaire de la fonction contenante de l'objet externe qui crée un état mental sans vie mentale. La mère (ou le substitut) est impliquée dans ce mouvement interrelationnel appauvrissant, mais pas seulement elle, par sa propre faute ou son propre inconscient. L'enfant aussi est impliqué dans ce processus, étant reconnu par Meltzer sous la forme de prédispositions : « au contraire, souligne-t-il, nous inclinons à penser que l'action du groupe de facteurs qui œuvre pour produire l'état autistique proprement dit appartient beaucoup plus intrinsèquement à l'enfant et n'est que modifié par une « faille » de l'environnement. »¹⁴⁰ Selon lui, l'enfant autiste ne dispose pas d'un espace interne personnel et devient ainsi prisonnier d'un monde bidimensionnel. De cette façon, il se colle à d'autres surfaces et va vivre les séparations comme un arrachement et une mort psychique. Pour se défendre contre la souffrance, l'enfant va vivre la sensation de démantèlement, en se clivant

¹³⁹ Meltzer, Donald. *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot, 2002

¹⁴⁰ *Ibid.* p. 37

passivement et par conséquent, il ne sent plus de douleur parce qu'il y a une dissolution de son psychisme.

Meltzer distingue brièvement l'autisme de la psychose en partant d'une optique de la temporalité. Il croit que le temps passé dans l'autisme est perdu pour la maturation : « temps oscillant ou circulaire dans l'autisme qui s'oppose à un temps qui possède déjà un axe dans la psychose, même si la mégalomanie délirante infantile en fait un temps réversible : les morts peuvent revivre, l'auto-engendrement et la destruction règnent. »¹⁴¹ En ce qui concerne la psychodynamique, il offre plus de détails. Il écrit à propos de la schizophrénie :

*C'est là un syndrome clinique rare, qui se trouve surtout chez des enfants appartenant à des familles à tendances schizophréniques ; il apparaît insidieusement, dans le choc qui suit le sevrage, la naissance d'un cadet, la séparation avec la mère ou d'autres traumatismes, chez les enfants présentant une forte tendance schizoïde.*¹⁴²

Et à propos de l'autisme infantile précoce, il déclare :

*Un type d'enfant qu'on rencontre beaucoup plus fréquemment et qui est souvent diagnostiqué à tort comme sourd, aveugle ou/et débile mental. Il appartient généralement à des familles intelligentes et instruites, mais il est né dans une période [...] qui se traduit par une dépression nerveuse de la mère. Comme il s'agit d'enfants affectueux et sensibles et qui mangent sans se faire prier, les désordres n'apparaissent en général qu'après le sevrage, et surtout lorsque le langage ne progresse pas.*¹⁴³

Lefort : la distinction structurale

Pédopsychiatres et psychanalystes, Rosine et Robert Lefort se sont largement dédiés à l'étude des psychopathologies infantiles étant considérés, pour cette raison, comme les fondateurs de la psychanalyse d'orientation lacanienne avec les enfants. A l'instar de Kanner, ils ont entamé la tâche osée de spécifier l'autisme qui apparaissait, jusqu'à leurs temps, toujours attachée à la schizophrénie. Ceux-ci ont entamé cette discussion, cette fois-ci, dans le champ psychanalytique lacanien.

Dans le livre *Naissance de l'Autre*, les Lefort présentent l'analyse de deux cas connus comme Marie-Françoise et Nadia. Ils les diagnostiquent comme la première étant autiste et la deuxième

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 32

¹⁴² Meltzer, cite par Tustin, *Ibid.* p. 129

¹⁴³ *Ibid.* p. 129

évoluant très probablement vers une psychose. Une analyse approfondie leur permet d'arriver à une conclusion sur une possible différence structurale : « c'est une différence tout entière située dans le rapport à l'Autre, disent-ils ». ¹⁴⁴ Ils analysent le cas de Marie-Françoise sous un regard clinique mais aussi structural de l'autisme afin d'éclaircir les questions polémiques autour d'un diagnostic différentiel avec la psychose, spécialement la schizophrénie. Ce sont donc eux les premiers psychanalystes à soutenir la thèse d'une différenciation structurelle entre l'autisme et la psychose : « La question peut se poser d'une « structure autistique » qui, sans se présenter comme un tableau de l'autisme proprement dit, l'évoque par ses éléments structuraux dominants et très nettement repérables » ¹⁴⁵.

Dans le livre *La distinction de l'autisme*, ils se présentent dans un positionnement plus convaincu de la différence entre l'autisme et la psychose. ¹⁴⁶ En réponse à la question de savoir si l'autisme configure une schizophrénie, ils répondent : « Peut-être la réponse par l'affirmative qui y a longtemps été donnée a-t-elle fait que l'étude de l'autisme s'en est trouvée retardée, freinée ou réduite sa forme la plus frappante, celle de l'autisme infantile précoce. » ¹⁴⁷ Les Lefort déduisent alors que l'autisme doit représenter une structure spécifique dont l'empan comprend non plus la seule première enfance, mais l'adolescence ou l'âge adulte :

Pourquoi faire de l'autisme un équivalent du terme schizophrénie alors qu'il n'en désigne qu'un symptôme plus ou moins prédominant dans certaines formes de la maladie (hébétéphrénie, catatonie) et que le symptôme central selon Bleuler est la dissociation de la vie psychique, dont le terme « schizophrénie » rend compte ? ¹⁴⁸

Pour commencer à établir cette distinction, ils ont mis en exergue quelques points importants qui soutiennent les différences entre eux. Le premier point est celui de la date d'apparition des symptômes : l'autisme est présent depuis la naissance alors que la psychose infantile peut se déclencher après un début de développement normal ; le deuxième point concerne l'évolution de ces affections : la schizophrénie présente des poussées évolutives en alternance avec des périodes normales alors que dans l'autisme, on voit une évolution de l'autisme infantile précoce vers, dans le

¹⁴⁴ Lefort. R. et R. *Naissance de l'Autre*. Paris : Seuil, 1980

¹⁴⁵ Lefort. R. et R. *La distinction de l'autisme*. *Op.cit.* p.8.

¹⁴⁶ Nous vérifions, dans cet ouvrage, une certaine imprécision de la part des Lefort, lorsqu'ils s'utilisent du terme schizophrénie pour établir la différence structurale avec l'autisme

¹⁴⁷ *Ibid.* p. 49

¹⁴⁸ *Ibid.* p.50

meilleur des cas, signalent-t-ils, un autisme mieux compensé, compatible avec une vie sociale, et dans le pire des cas, vers une stagnation dans un retrait autistique.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Nous allons dédier une analyse plus épurée sur la distinction entre les structures autistique et psychotique prônée par les Lefort dans la deuxième partie de cette étude. La suite de notre travail sera donc guidée par ce référentiel psychanalytique.

CHAPITRE 3

L'actualité de la psychiatrie de l'enfant : l'ascension des courants scientifiques et le rejet de la psychanalyse

Le boom de l'autisme et le déclin du terme psychose infantile

Dans le chapitre précédent, nous avons pu étudier de manière plus approfondie la liaison qui a été créée entre la psychanalyse et la psychiatrie de l'enfant, allant de pair avec l'apparition et l'évolution des concepts d'autisme et psychose infantile. La psychanalyse, avec ses différentes théorisations sur la psychopathologie infantile, représente ainsi une marque incontournable à l'établissement de la psychiatrie de l'enfant, tantôt pour ses apports à la compréhension de ce que sont les deux plus importantes affections psychiques qui atteignent l'enfant, tantôt pour leurs propositions de prise en charge. Non seulement la psychiatrie de l'enfant y a su trouver son originalité, la permettant de se distinguer définitivement de la psychiatrie de l'adulte, mais elle est devenue aussi une référence générale, grâce à ses intentions à prendre en compte l'importance des relations intrafamiliales dans l'organisation des troubles mentaux chez l'enfant.

C'est ainsi que, pendant plus de quarante ans, la psychanalyse fut présente dans les études sur les psychopathologies infantiles, et ses théorisations se montraient dominantes en ce qui concernait les propositions sur l'étiologie et la thérapeutique de ces cas. Et, bien que la psychanalyse ait pu offrir à la psychiatrie un nouveau regard sur l'enfant, favorisant le développement de sa pratique, le lien qui unit ces deux savoirs se manifeste, actuellement,

nébuleux et incertain. Suivant une perspective psychogénétique qui met en évidence le rôle de la mère dans l'étiologie des maladies mentales chez les enfants, la psychanalyse est tombée dans le « piège » de ce qu'elle apportait comme inédit et révolutionnaire au savoir psychologique de l'époque, à savoir les rapports intrafamiliaux dans l'évolution d'une psychopathologie.

Cet événement n'a pas été le seul responsable du rejet de la psychanalyse de la part des psychiatres dont nous sommes témoins aujourd'hui, mais, sans aucun doute, il a été à l'origine de cette discussion. En tout cas, les effets de ce bouleversement à la base épistémologique de la psychiatrie sont évidents : cette diminution de l'intérêt psychopathologique coïncide avec les progrès de la neurobiologie et de la génétique. De surcroît, l'émergence de ces courants scientifiques provoque encore l'effacement des limites entre autisme et psychose infantile, ce qui apparaît au cerne de la problématique de notre travail de recherche.

Dans le présent chapitre, nous allons analyser de façon plus épurée les raisons qui sont à la base de ce bouleversement dans le champ psychiatrique générale, cela veut dire, le refus des idées psychodynamiques et notamment celles de la psychanalyse, ainsi que son adhésion actuelle aux idées scientifiques appuyée sur les courants biogénétique et cognitivo-comportementaliste. Ensuite, nous connaissons les effets que ce changement a produits notamment dans le champ de la pédopsychiatrie : l'évolution des concepts d'autisme et psychose ou schizophrénie infantile dans les principaux manuels de classification des maladies mentales, la référence maximale dans la pratique diagnostique des psychiatres. Ce changement, à son tour, est à la base du phénomène épidémiologique croissant depuis une décennie dans le champ pédopsychiatrique : l'augmentation effrayante du nombre d'enfants autistes et la disparition de ceux appelés auparavant psychotiques ou schizophrènes.

1. LE SOUCI SCIENTIFIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Depuis son apparition, la psychiatrie se fait témoin de la complexité du dualisme corps-âme. Toujours partagée entre les référentiels médico et philosophique, la psychiatrie a vu défiler, depuis le XIX^e siècle, une série de propositions nosographiques qui alternait l'étiologie des troubles mentaux entre le psychique et le corporel. Cette instabilité épistémologique a géré, au long des siècles, une panoplie de propositions diagnostiques qui,

des fois, pouvaient s'opposer radicalement, les unes aux autres, au fil de leur évolution, gérant des polémiques mémorables autour du diagnostic différentiel des maladies mentales. Cette nosographie glissante, qui représente la base de la psychiatrie, configure elle-même également toute sa problématique, étant à la source de ses plus grandes controverses.

En 1973, la psychiatrie fut mise à l'épreuve par un sociologue américain, décidé à démontrer expérimentalement l'inanité du diagnostic psychiatrique. Pour cela, Rosenhahn a engagé douze compères à se faire admettre dans douze hôpitaux différents, en affirmant entendre une voix peu distincte qui semblait dire « vide » « creux » ou « écho ». Les pseudo-patients, en dehors de ces symptômes, devaient répondre normalement aux questions et décrire simplement leurs vies quotidiennes, en dissimulant seulement leur nom et profession. Une fois hospitalisés, ils devaient avoir un comportement normal et cesser de prétendre entendre ses voix. Onze sur douze furent diagnostiqués schizophrènes et le douzième, maniaco-dépressif. Cet article publié dans une revue scientifique très réputée ridiculisait les psychiatres et les mettait en demeure de s'accorder entre eux pour fonder leur pratiques sur des critères plus sérieux. L'image de la psychiatrie s'était terriblement détériorée et remise en cause par son côté peu scientifique.¹⁵⁰

Pour faire survivre leur profession, les psychiatres furent obligés d'opérer des profonds changements à la base de la psychiatrie. Pour ce faire, il fallait trouver des nomenclatures et relancer un nouveau système nosographique. Il leur a fallu également se débarrasser des théories introspectives qui la sous-tendaient, et s'accrocher aux nouveaux courants scientifiques que se levaient depuis les années 1950. Le désir de s'inscrire dans une scientificité a toujours séduit les psychiatres depuis son commencement, mais c'est à partir de ce « crash » qu'une quête fulgurante de scientificité a été organisée afin de rassurer la place de la psychiatrie dans le scénario médicale. Pour ce faire, il fût impératif de proposer un repérage et une prise en charge des troubles mentaux dans des lacunes plus objectives que celles d'aparavant, basées sur des discours philosophiques ou métapsychologiques.

Désormais, les neurosciences prennent place en psychiatrie et, avec les avancées technologiques en imagerie cérébrale, proposent des hypothèses plus « acceptables », mais pas pour autant véritables. Ceci serait le seul moyen à lui donner la scientificité qu'elle n'avait pas – et que, malgré tous les efforts, elle ne pourra jamais en avoir. L'observation empirique pure des événements apparents présentés par le patient, sans élaborer aucun recours aux

150 Cf. Kirk, S., et Kutchins, H., *Aimez-vous le DSM ?* Paris : Plessis-Robinson, Synthélabo, 1998

approches dynamiques qui insistent à aller chercher la cause des maladies mentales dans « l'abstrait », reste le seul facteur fiable pour l'établissement du diagnostic psychiatrique.

Bien que la pédopsychiatrie ait déjà démarqué manifestement sa particularité face à la psychiatrie de l'adulte, cette tendance remarquable de cette dernière à se pencher vers les neurosciences et à se précipiter à fournir des réponses biologiques aux troubles mentaux, laissant tomber son aspect psychique, fini pour atteint le milieu plus restreint de la pédopsychiatrie. Ceci ne vient pas sans opérer les plus profonds changements sur tout ce qu'on connaissait, jusqu'à présent, sur l'autisme et la psychose infantile. Nous allons relever les contributions des recherches élaborées par des courants scientifiques (biogénétique et cognitivo-comportementaliste) en vue d'élargir la compréhension sur les troubles mentaux chez l'enfant. Bien que le grand intérêt de ce travail de recherche soit de démontrer la place d'importance de la psychanalyse dans le champ psychiatrique, nous ne pouvons pas nous abstenir d'indiquer ici les erreurs de théorisations de quelques psychanalystes qui sont à la base du refus des idées psychanalytiques dans la compréhension des troubles mentaux chez l'enfant. C'est ce que nous verrons par la suite.

L'erreur de la psychanalyse

Engagés dans une lutte pour la libération des malades mentaux, quelques psychanalystes ont négligé l'hypothèse d'une causalité physique et se sont enfermés dans leur hypothèse à eux, d'une causalité uniquement psychique. Convaincus par cette perspective, certains ont conclu qu'un trouble psychique chez l'enfant ne peut qu'être le reflet d'un désordre psychique plus complexe, c'est-à-dire, de l'environnement parental. Ce seul milieu auquel l'enfant appartient dans ses premières années de vie, devient donc la cible des psychanalystes, responsable de susciter des entraves au développement de l'enfant.

Pris isolément d'un contexte générale, des conceptions et concepts sont découlés de ces idées unilatérales, gagnant ainsi un aspect effrayant. Tout d'abord, il a été affirmé que la psychose chez l'enfant était le résultat de la perversion maternelle et de l'aliénation de celui dans un discours fantasmatique parental, amenant à la proclamation de concepts tel « parents schizophrénogènes ». Winnicott affirme que les troubles névrotiques graves et psychotiques sont l'effet d'une mauvaise adaptation active de la mère : « l'origine de la psychose se situe à

un stade où l'être humain immature dépend vraiment des soins de l'environnement à un stade de dépendance maximale, de double dépendance. »¹⁵¹

Dans son analyse sur l'analyse des mères des enfants arriérés, Mannoni affirme que l'amour maternel « a un goût de mort ». ¹⁵² Ensuite, la cause de l'autisme a été expliquée par une défaillance de la fonction maternelle, manifestée clairement par une froideur apparente des parents. Cette idée qui fût introduite par Léo Kanner avec le terme de « mère-réfrigérateur » et ensuite abandonnée, donnant lieu à sa conception biologique du syndrome, a été relancée, quelques années après, par Bruno Bettelheim, qui devient le représentant d'une forme de traitement psychanalytique institutionnel avec les enfants malades.

Or, si ces psychanalystes trouvaient leurs explications étiologiques des troubles mentaux chez l'enfant complètement centrées sur les référentiels psychogénétiques, donc le traitement pour ces psychopathologies infantiles devait forcément intervenir dans leur environnement. Cette proposition a été prise à cœur par certains psychanalystes qui ont même proposé des traitements de « choc » comme technique thérapeutique, dans lesquels il fallait éloigner les enfants de leurs parents et les placer dans des milieux favorables à leur développement.

Mais cette imposition ne s'est pas faite sans réaction des parents. Ceux-ci, se sentant culpabilisés de la maladie de leur enfant, ont vécu des moments d'horreur. Certains ont décidé de réagir contre une telle idée, et pour cela, il leur a fallu combattre la théorie à partir de laquelle l'idée trouvait son origine, à savoir la théorie psychanalytique comme un tout. Ceci a produit une réaction violente des familles groupées en associations, qui réclament un retour à des conceptions neurodéveloppementales, excluant toute référence aux facteurs d'environnement. Ces mêmes parents ont milité – et militent encore – pour l'abandon définitif du terme de psychose infantile, car, selon eux, celui-ci porte une connotation négative qui envoie à une référence exclusive à la responsabilité parentale et, plus obscurément, à la folie.

Des réactions adverses à la psychanalyse se sont immédiatement levées. La culpabilité engendrée envers les parents par les théorisations psychanalytiques, et surtout en ce qui concerne la relation parents-enfants autistes, a été l'étincelle pour que cette théorie soit prise avec « l'œil mauvais » par les familles et, ensuite, par d'autres professionnels du domaine de la santé mentale qui ont décidé de soutenir les parents dans leur cause. Et l'envers s'est opéré aussi avec beaucoup de vigueur comme nous le décrit Hochmann : « Sensible au prestige des scientifiques, se sentant injustement culpabilisés par les excès des théories psychogénétiques,

151 Winnicot, *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris : Payot, 1989

152 Mannoni, *L'enfant arriéré et sa mère*, Paris : Seuil, 1981

ils ont apporté aux neurosciences un appui inconditionnel et ont contribué fortement à la dénonciation du caractère prétendument obsolète de la psychanalyse. » C'est ainsi que des associations de parents d'enfants autistes ont vu le jour, dans les années 1970. En France, ses associations réclamaient que les psychanalystes français adoptent la classification internationale et que soient généralisées les méthodes éducatives.

Face à ce front, la psychanalyse tombe dans une caricature qui ridiculise toute cette pensée. Il est important de rappeler, comme le fait Jacques Hochmann, que les psychanalystes plus sérieux qui s'occupaient des enfants autistes et psychotiques n'ont jamais cédé à ce psychogénétisme simpliste dont d'autres ont prôné et n'ont jamais refusé de prendre en compte des facteurs neurobiologiques et génétiques hypothétiques. Ils ont toujours affirmé que les indicateurs de cures psychanalytiques *stricto sensu* dans les cas d'autisme ou de psychose étaient limités, qu'il s'agissait le plus souvent de psychothérapies inspirés par le modèle psychanalytique, mais faisant droit aux particularités de la pathologie psychotique ou autistique. Ils ont toujours insisté également sur la collaboration étroite avec les parents dans le traitement thérapeutique. ¹⁵³

Cette opposition à la psychanalyse ne cesse pas de s'intensifier et atteint son sommet quelques décennies après. Cependant, la réticence à la pensée psychanalytique a été fortement diffusée avec l'aide de ses opposants. *Le livre noir de la Psychanalyse*, apparu en 2004, crée une énorme répercussion autour de l'éthique psychanalytique et ses pratiques psychothérapeutiques. Ce livre, écrit par un ensemble de professionnels défenseurs des courants scientifiques en psychologie, a dénoncé les erreurs de Freud et a prétendu mettre fin à la psychanalyse. Etant destiné à un grand public, il réduit et dénature la psychanalyse. Selon ce mouvement ascendant, de nouveaux savoirs devraient définitivement remplacer des approches psychanalytiques, tenues par eux pour un langage dépassé, voire un résidu d'obscurantisme religieux. ¹⁵⁴ Stimulé par ceci, on voit apparaître récemment le livre du philosophe français Michel Onfray qui « s'amuse » à répéter le même contenu que celui du livre noir, dans le but de faire effondrer l'image de Freud et, derrière cela, celle de la pratique psychanalytique. ¹⁵⁵

D'un côté, nous pouvons comprendre et admettre l'importance de ces critiques qui portent comme but de « basculer le dogmatisme » existant dans le champ psychanalytique,

153 Hochmann, J., L'autisme à l'heure du néolibéralisme : Quelques réflexions, *Enfances & Psy*, 2010, n° 46, p. 15-29

154 Meyer, C., (dir.), *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris : Les Arènes, 2010

155 Onfray, M., *Le crépuscule d'une idole*, Paris : B. Grasset, 2010

remarquable dans les plus importantes écoles et groupes de diffusion de la théorie psychanalytique. Celle-ci ne peut pas être prise comme vérité absolue et les erreurs doivent être signalées pour que les renouveaux s'installent afin de faire évoluer cette pensée. D'un autre côté, la virulence et la haine avec laquelle ces critiques sont adressées à la psychanalyse risquent de mettre à plat une pensée représentative de toute une époque, responsable, en partie, de l'évolution de la compréhension de l'homme et de la souffrance qu'il porte en soi.

Il est important de rappeler le contexte dans lequel se situait la psychanalyse au moment d'assumer cette position unilatérale. En fait, celle-ci se montrait comme la théorie révolutionnaire de l'époque, la seule capable de faire face à l'idée de dégénérescence qui, à son tour, causait énormément de dégâts. Il est également important de rajouter que beaucoup de propositions psychanalytiques ont été prises à tort par des détracteurs qui n'ont pas fait beaucoup d'efforts pour comprendre l'essence de cette théorie. Il est important de reconnaître, encore une fois, que la psychanalyse a osé dire ce que la société n'est pas prête à assimiler : que ce ne sont pas tous les parents qui sont aptes psychiquement à exercer la dure tâche de se mettre à la place de cet autre responsable du développement d'un enfant. Lorsque cela leur arrive, les parents ne se présentent pas en condition d'offrir un environnement sain au développement de l'enfant, peut-être, du fait de leur propres charges inconscientes générationnelles.

Nous considérons ainsi que la grande erreur de la psychanalyse n'a pas été simplement le fait de signaler un mauvais environnement familial comme source des psychopathologies des enfants – puisque dans plusieurs cas, c'est vraiment le cas –, mais d'avoir généralisé cette proposition aux divers types d'affections, sans tenir compte des prédispositions organiques que l'enfant pouvait présenter de son côté.

L'alliance de la psychiatrie aux courants scientifiques

Le lien de coopération entre la psychiatrie et la psychanalyse n'étant plus légitimé vis-à-vis de la communauté scientifique, il fallait trouver d'autres approches capables d'apporter des explications plus « censées » que celles présentées selon la logique de l'inconscient. Profitant du collapsus existant dans le milieu psychanalytique, de nouveaux courants sont apparus en réaction aux courants dits mentalistes, qui voyaient dans le mental la cause de toute l'action et qui défendaient l'introspection en tant que méthode d'accès à la compréhension des troubles de l'esprit. Basées sur des expérimentations scientifiques, les nouvelles sciences vont essayer de mieux expliquer les mécanismes du fonctionnement mental, formant une alliance avec la psychiatrie. Ce sont donc les courants

neurophysiologique, biogénétique et cognitivo-comportementaliste qui s'engagent dans cette affaire et basculent la psychanalyse de sa place de toute-puissance. Nous allons décrire maintenant les apports issus de l'alliance en ce qui concerne plus particulièrement la pédopsychiatrie pour la compréhension des affections mentales des enfants ainsi que leur prise en charge.

Le comportementalisme ou béhaviorisme est une approche en psychologie qui consiste à se concentrer uniquement sur le comportement observable de façon à caractériser comment il est déterminé par l'environnement et l'histoire de l'interaction de l'individu à son milieu, sans faire appel à des mécanismes internes du cerveau ou à des processus psychiques non directement observables. En 1910, Watson établit les principes de base du comportementalisme en affirmant que, si la psychologie veut être perçue comme une science naturelle, elle doit se limiter aux phénomènes observables et mesurables, en se débarrassant, sur le plan théorique, de toutes les interprétations qui font appel à des notions telles que la conscience et l'inconscient. Cette approche condamne toutes les pratiques qui utilisent l'introspection comme forme pour accéder à la vérité psychique humaine. L'apprentissage est donc l'élément central pour l'étude du comportement qui doit être approché uniquement sous l'angle des comportements mesurables produits en réponse à des stimuli de l'environnement.

Le cognitivisme est un courant de la psychologie de caractère scientifique endossant l'hypothèse que la pensée est un processus de traitement de l'information. Il est issu des travaux sur la logique et les mathématiques, et surtout du développement de l'informatique. Il repose sur deux métaphores : le cerveau est similaire à un ordinateur et est semblable à un réseau neuronique où les concepts sont reliés entre eux par des relations. Ainsi, la pensée est un système de représentations sur l'état du monde et l'être humain recueille, modifie, interprète toutes les informations provenant de l'environnement et en tient compte pour prendre ses décisions et pour orienter sa conduite. Pour le cognitivisme, le stockage de la mémoire dans le cerveau se fait d'une manière constructive. Pour la simple petite perception, un travail de stockage et d'interprétation est enclenché. L'information se dirige premièrement dans la mémoire sensorielle, qui se dirige ensuite, dans la mémoire à court terme pour ensuite être traduite et classée dans la mémoire à long terme.

Ce courant propose la théorie de l'esprit comme procédure cognitive qui permet de rendre compte des états mentaux et d'observer la capacité d'une personne à attribuer à autrui des croyances, désirs, intentions. Selon les cognitivistes, c'est cette attitude qui distingue l'humain des animaux et qui enrichit les relations sociales. L'arrivée de cette théorie dans le cadre de l'interprétation de trouble psychologique se fait en 1985, par l'intermédiaire d'un

texte intitulé *Does the autistic child have a "theory of mind?"* Ce texte fait référence à une expérimentation où des enfants devaient deviner le choix de poupées mises en situation par l'expérimentateur et 80% des autistes échouent alors que les enfants atteints de trisomie 21 et les enfants normaux réussissent en grande majorité.¹⁵⁶ Le scientifique Simon Baron-Cohen conclut à travers cette théorie que l'autisme serait le résultat d'un retard de développement spécifique, en cas d'attribution de fausses croyances complexes. Le déficit cognitif constitue également un signe clinique de la schizophrénie. Le schizophrène ainsi comme l'autiste aurait l'incapacité à représenter les états mentaux des autres et les siens. Ceci expliquerait les troubles de la communication et d'autres symptômes de la schizophrénie.

A partir des années 70, le behaviorisme radical défendu par Skinner perd son influence. Néanmoins, la théorie behavioriste de base a regagné la sienne en s'unissant aux composantes cognitivistes du comportement. La psychothérapie voit donc une nouvelle approche se configurer : l'approche comportementale-cognitive. Les thérapies cognitivo-comportementales sont considérées, actuellement, comme les formes de thérapies les plus fiables au niveau scientifique dans le traitement des troubles du développement.¹⁵⁷ Cette validation, réalisée par une enquête de l'INSERM, en 2004, affirme l'efficacité thérapeutique supérieure à toute autre méthode. Cette approche a permis à la psychologie contemporaine de traiter des problèmes d'adaptations, et surtout les troubles autistiques. De nouvelles méthodes éducatives inspirées de ce courant apparaissent avec des idées innovatrices dans la prise en charge de l'autisme, présentant des résultats très satisfaisants. Loin de considérer ces résultats comme miraculeux, il faut reconnaître que se trouve là, le plus important apport du courant cognitivo-comportemental au traitement de l'autisme.

Les deux méthodes éducatives, TEACCH et ABA, sont reconnues actuellement dans la prise en charge des troubles du développement, notamment celle de l'autisme. La méthode TEACCH (*treatment and education of autistic and related communications handicapped*

156 L'expérience des poupées Sally et Anne consiste à montrer à un enfant une petite bande dessinée dans laquelle ces deux poupées se trouvent dans une pièce. Sally cache une bille dans une boîte, puis sort de la pièce pour aller se promener. C'est alors qu'Anne prend la bille de la boîte et la cache dans le panier. Sally entre dans la pièce et on demande à l'enfant où il chercherait la bille s'il était à la place de Sally. Des enfants de moins de trois ans ainsi que des enfants autistes ne sont pas capables de « se mettre à la place » de Sally et de comprendre qu'elle ne peut être au courant du changement réalisé par Anne lorsqu'elle se trouvait absente de la pièce. Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U (1985), *Does the autistic child have a "theory of mind?"* Cognition, 21, 37-46

157 Roland Gori critique cette affirmation et met en question le titre de psychothérapies des TCC. Selon lui, les psychothérapies sont censées traiter les conflits psychiques et doivent procéder d'un soin psychique qui excède le soin médical. Fondées sur les théories de l'apprentissage, les TCC s'encadrent plutôt comme des méthodes de réhabilitation à un milieu socio-technique et rééducation des patients cérébraux lésés, ne peuvent pas porter le même statut que les autres psychothérapies. Ce type de confrontation semble inutile. Ces deux courants se situent sur des plans bien distingués tant au niveau pratique qu'au niveau théorique. Leur milieu d'action est différent : la psychanalyse, exerçant dans la thérapie de la psyché, et les TCC dans la rééducation du sujet, qui vient faciliter la vie pratique de l'enfant autiste.

children) a été par Eric Schopler, aux États-Unis. Ce programme éducatif structuré et spécialisé prétend offrir aux enfants autistes une éducation adaptée à leurs particularités avec la participation active des parents. Considérée comme l'outil essentiel à la progression vers l'autonomie du sujet autiste, la méthode TEACCH est devenue la méthode la plus connue et la plus utilisée dans la prise en charge de l'autisme. Suivant la même perspective, la méthode ABA (*applied behavior analysis*) consiste dans un programme de techniques de modifications du comportement et de développement de compétences. Selon les créateurs de cette méthode, ce programme est aussi tout à fait appliqué aux cas d'autisme. Pour cela, ils proposent l'imposition d'un cadre structuré qui permettra à l'enfant autiste de développer les mêmes compétences que les autres enfants acquièrent naturellement.

En ce qui concerne les apports du courant bio-génétique sur la compréhension des troubles du développement, nous y trouvons de nombreuses études importantes. Dû au succès considérable des études génétiques et son influence sur la psychiatrie, l'étiologie des maladies mentales a acquis son autonomie dans les vingt dernières années. Ainsi, pour les cas de maladies où on ne dispose pas d'hypothèse environnementale, l'adéquation de modes de transmission observés avec un modèle de transmission génétique fonde l'étiologie héréditaire du trait. Lorsque celui a un fondement génétique, le risque d'attente chez les apparentés croît en fonction du degré de proximité génétique. Partant de ce principe, la psychiatrie va s'appuyer sur l'analyse des situations d'adoption et des situations gémellaires pour mesurer le risque d'attente d'une maladie mentale.

Concernant l'autisme, toutes les études sont unanimes sur un même plan : l'autisme survient dans toutes les classes sociales et dans toutes les ethnies avec la même distribution et la même prévalence (1 à 4,5 pour 10 000) et le sex ratio est toujours identique (4 garçons atteints pour 1 fille). Ces chiffres montrent l'existence de forts indices qui nous amènent à croire que l'autisme a une charge génétique considérable dans son étiologie. Jusqu'à présent, seule l'analyse des relations gémellaires concernant l'autisme a fait l'objet de publications. Gorwood nous renseigne sur les résultats de ces études. Ceux-ci indiquent que le degré de concordance (risque d'atteinte du co-jumeau lorsque l'autre est atteint) est plus élevé chez les monozygotes que chez les dizygotes.¹⁵⁸ Cependant, l'analyse des monozygotes discordants fournit un éclairage crucial sur l'étiologie de l'autisme.¹⁵⁹ En effet, il semble que l'apparition d'un cas d'autisme sur les deux éléments d'un couple mono soit le résultat d'un

158 Gorwood, P., Facteurs génétiques impliqués dans l'autisme, *Le Carnet PSY*, 2002, n°75, p 30-35

159 Les études familiales et les études sur les jumeaux suggèrent l'implication de facteurs génétiques dans les troubles autistiques. En effet, la concordance du diagnostic d'autisme chez les jumeaux monozygotes est de 64% alors qu'elle n'est que de 9% chez les jumeaux dizygotes.

accident périnatal. L'interprétation la plus simple qui se dégage de cet ensemble est en faveur d'une contribution du patrimoine génétique à l'autisme infantile, même si la méthode ne permet pas de prouver l'existence d'une telle contribution.

L'autisme peut aussi être considéré comme une anomalie biochimique du système nerveux. Après l'énorme visibilité qu'ont eu les études en génétique, c'est l'imagerie cérébrale qui inscrit une nouvelle ère dans les études sur les troubles mentaux. Quelques scientifiques s'interpellent sur le degré d'intérêt provoqué dans le milieu scientifique par cette nouvelle technique. Ceux qui osent comprendre ce phénomène révèlent croire au fait que « l'imagerie cérébrale permet de rassurer en donnant des résultats visualisables et concrets, et en paraissant apporter de l'objectivité et du contrôlable face à ce qui est vécu comme incompréhensible et incontrôlable. Par son apparente objectivité, l'imagerie cérébrale semble relever d'une vérité scientifique. »¹⁶⁰ Quelques scientifiques utilisent ces avancées technologiques proportionnées par l'imagerie cérébrale pour poser ces hypothèses neurophysiologiques sur l'autisme. Certains parlent d'une possible anomalie cérébrale qui empêcherait l'autiste d'identifier la voix humaine.

On constate ainsi l'union de deux forts courants qui sous-tendent actuellement le champ de la pédopsychiatrie : les neurosciences qui expliquent la causalité organique de l'autisme et les méthodes de traitement cognitivo-comportementale qui les prennent en charge. L'énigme de l'autisme est donc au cerne de ce dialogue, ainsi que de la montée en puissance de ces savoirs dont l'étendard porte sur la certitude d'une causalité organique et génétique. Il est indéniable qu'aucune des connaissances proclamées par ces courants ne doit être laissée de côté par la psychiatrie de l'enfant. Cependant, ce regard univoque sur une causalité organique ne résout pas réellement la question des positions singulières de ces sujets dans le lien social, ce qui laisse une brèche du savoir toujours ouverte aux explications psychopathologiques.¹⁶¹

2. EVOLUTION DES CONCEPTS D'AUTISME ET PSYCHOSE DANS LES MANUELS DE CLASSIFICATIONS

Sachant que la taxonomie et la nosologie sont des pratiques clés de la psychiatrie, les psychiatres ont besoin de faire systématiquement usage des manuels de classifications des

¹⁶⁰ Tordjman, S, Des résultats de l'imagerie cérébrale dans l'autisme à leur interprétation, *Le carnet psy*, 2005, n° 97, p. 24-26

¹⁶¹ Grollier, Enjeux des offres thérapeutiques autour de l'autisme, *Psychothérapies*, 2008, vol. 28, p.261-268

troubles mentaux, dans lesquelles les maladies se trouvent listées et catégorisées afin de faciliter cette pratique. Les manuels de classifications sont donc à la base de la pratique psychiatrique.

La première grande référence classificatoire des maladies mentales a été le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, l'ouvrage de Philippe Pinel. Après plus de deux siècles, le contenu des manuels de classifications de troubles mentaux a subi plusieurs changements. Pinel, par exemple, s'appuyait sur l'histoire naturelle pour bien distinguer les types d'aliénations mentales par leurs caractères propres, pour ensuite pouvoir proposer le traitement moral selon leur degré d'atteinte. Les psychiatres du XX^e siècle se montraient plus préoccupés à trouver un sens aux symptômes, proposant une thérapie dynamique. Serait-il ce changement le résultat d'une évolution des maladies ou d'un simple changement de perspective qui a imposé d'autres sortes de références nosologiques ?

En effet, les maladies mentales – ou tout simplement leurs noms – évoluent selon les changements socio-économico-culturels vécus par la société. Depuis que le système de santé est devenu une affaire économique, lié à une nouvelle politique de dérationalisation de la gestion des soins, le diagnostic psychiatrique a acquis une nouvelle fonction. Les psychiatres se retrouvent complètement soumis aux exigences des assurances de santé, devant, par conséquent, valider empiriquement les thérapies selon les formes de remboursements préconisés. Pour cela, il a fallu créer un nouveau manuel appuyé sur des bases empiriques solides, dont la principale priorité est de fournir un guide utile aux cliniciens. L'autre but est de faciliter la recherche et les échanges communicationnels entre les chercheurs et les cliniciens.

Il devient donc impératif de créer des groupes homogènes de malades, nécessaires à l'étude comparative des traitements. Face à ce nouvel ordre, beaucoup de catégories pathologiques ont disparu et beaucoup d'autres sont apparues dans les manuels de classifications. Ce changement a impliqué surtout les groupes de maladies qui posaient problème au niveau du diagnostic différentiel. C'est le cas, par exemple, de l'autisme et de la psychose infantile. Ceci étant, la description et la délimitation des troubles psychotiques de l'enfant ont été profondément remaniées par les classifications internationales. Nous proposons ici, une étude sur l'évolution des définitions classifications des maladies mentales de l'enfant en prenant en compte la diversité du diagnostic d'autisme et de psychose infantile selon les trois classifications (DSM, CIM, CFTMEA).

La psychiatrie américaine et le DSM

Le Manuel de diagnostic et statistique des désordres mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM) est édité par l'Association Américaine de Psychiatrie (*American Psychiatric Association* ou APA). Reposant sur des bases empiriques solides, sa principale priorité est de fournir un guide utile aux cliniciens et faciliter la recherche et les échanges communicationnels entre les chercheurs et les cliniciens. Le DSM représente aussi un outil nécessaire pour collecter et communiquer des statistiques épidémiologiques.

Sa première version est apparue en 1952, à la suite de l'introduction des maladies mentales dans la sixième classification internationale des maladies (CIM-6) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cette première version, d'inspiration nettement psychodynamique, insistait sur les facteurs environnementaux des maladies mentales, où on trouvait la schizophrénie comme seule référence aux maladies mentales de l'enfant et l'autisme comme un symptôme de celle-ci. La deuxième édition visait à créer des équivalences entre le DSM et le CIM-8 afin de s'accorder avec certains pays européens qui étaient plus organicistes, tout en gardant une orientation sur la psychopathologie dynamique. Le DSM-II introduit le terme d'autisme, mais le classe dans la catégorie générale des schizophrénies infantiles. L'utilisation de ces deux premières versions du DSM exigeait des psychiatres praticiens une prise en compte du sens des symptômes et une référence implicite à une théorie partagée du fonctionnement mental dont l'acquisition et le maniement nécessitaient une formation approfondie. Tantôt la schizophrénie comme l'autisme y figurait gardant un lien d'intimité entre eux, le deuxième comme symptôme du premier.

C'est à partir de la troisième version que nous vérifions un changement radical en ce qui concerne la conception des maladies mentales. Sous le prétexte de sauver le métier, un groupe minoritaire, faisant partie de l'édition du DSM, prend le pouvoir et instaure une «révolution». Ils publient le DSM-III, en 1974, comme un manuel a-théorique et purement descriptif, afin d'échapper à l'une des principales critiques de la psychiatrie : la multiplicité de ses références doctrinales. Ceci dissimulait mal un retour à l'organicisme qui permettait aux psychiatres d'assurer leur filiation à la catégorie médicale, en évitant l'assimilation aux psychologues et aux thérapeutes non-médecins. C'est ce que dénoncent Sturt Kirk et Herb Kutchins dans leur analyse critique à propos du détournement nosographique imprimé par la troisième version du DSM. Ceux-ci montrent que cette version du DSM vient dessiner les limites du champ au sein duquel la psychiatrie affirme son expertise et son autorité exclusives.

Prônant ces classifications comme référence incontournable dans le champ de la santé mentale, les psychiatres affirment ainsi leur autorité sur toute la communauté des intervenants en santé mentale. Les auteurs laissent ainsi leur avis critique sur cette édition :

Bien que non formulé dans le texte, parce qu'il déplaisait aux psychologues, qui menaçaient de faire leur propre classification, un credo néo-kraepelinien s'imposait peu à peu, affirmant l'appartenance de la psychiatrie à la médecine, les limites tranchées entre le normal et le pathologique, la réalité scientifiquement établie des troubles mentaux, leur enracinement biologique et la scientificité des critères de diagnostic.¹⁶²

C'est donc à ce moment-là qu'on constate la disparition du terme de névrose, trop marqué par une référence psychanalytique, disparu sous le prétexte d'une conception trop vague. Outre cela, le DSM-III, qui conservait la référence à la psychose chez les adultes comme terme générique regroupant la schizophrénie et la paranoïa, justifiait l'abandon du terme psychose chez l'enfant, par un souci de différencier les troubles de l'enfant et ceux de l'adulte. Ils pensent qu'il était préférable de ne pas utiliser le même vocable pour désigner les deux types d'affection. Par ailleurs, les psychiatres responsables de l'édition justifiaient l'abandon de ce terme par la rareté d'évolution des pathologies précoces de l'enfant vers des formes de psychoses connues chez des adultes. Ceci étant, les psychoses de l'enfant y apparaissent sur l'appellation « Troubles diffus du développement » qui est divisé en trois items : autisme infantile; troubles diffus du développement débutant dans l'enfance ; troubles atypiques du développement.

Observons que l'expression « trouble du développement » a été introduite pour la première fois et l'autisme apparaît sans avoir aucun lien avec la psychose infantile. Les idées délirantes, d'hallucinations et de relâchement des associations décrites comme symptômes de la schizophrénie, ne font plus aucune référence aux troubles de l'enfant. Selon l'avis de Jacques Hochmann, le DSM-III a produit une régression sur la connaissance des psychopathologies infantiles, lentement construite au long des siècles :

En revenant aux idéologies du XIXe siècle, il [le DSM-III] gommait, avec toutes les références psychopathologiques qui les accompagnaient, l'existence des processus psychotiques spécifiques à l'enfance, d'une « folie chez l'enfant », dont la notion avait mis pourtant des années à s'établir, et

162 Kirk, S., et Kutchins, H., *Ibid.*

Le DSM-IV apporte un nouveau changement confirmant encore plus la posture adoptée dans le DSM-III. Ils remplacent le terme générique de « troubles apparaissant durant la première et la deuxième enfance ou à l'adolescence » par celui des « troubles habituellement diagnostiqués » dans ces mêmes périodes de la vie. Ce changement est justifié par le fait qu'une maladie peut préexister à une posée diagnostique, passant inaperçue pendant la première enfance. Hochmann attire l'attention sur le fait que ce changement porte aussi une grave déviance, puisqu'il favorise la prescription de médicaments psychotropes aux enfants, le plus tôt possible, au prétexte d'un traitement préventif. On trouve également dans cette nouvelle classification, l'amplication du terme « Troubles envahissants du développement ou TED » en substitution aux troubles globaux, dans lequel l'autisme est inclus et la psychose ou schizophrénie infantile n'est toujours pas affichée.

Là-dedans, les Troubles envahissants du développement se caractérisent par l'« altération de plusieurs secteurs de développement – capacités d'interaction sociale réciproque, capacités de communication – ou par la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés. »¹⁶⁴ C'est dans ce contexte qu'on voit l'évolution du terme autisme qui, auparavant, figurait comme un symptôme de la schizophrénie infantile pour s'affirmer comme le terme prépondérant sur les autres (le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger, les troubles envahissants du développement non-spécifiés, et le syndrome de Rett). Hochmann souligne deux faits curieux de cette nouvelle classification : les derniers troubles cités sont diagnostiqués en fonction de leurs degrés de ressemblance avec l'autisme et la présence du syndrome de Rett et des troubles désintégratifs dans cette constellation laisse sous-entendu l'origine organogénétique de l'ensemble, malgré leur faible ressemblance clinique avec l'autisme. Cet auteur pointe encore ce qui peut être le plus grave changement en ce qui concerne l'univers des maladies mentales infantiles. Selon lui, c'est à partir de cette version qu'on voit clairement l'extension du concept d'autisme qui passe à englober les plus divers types de bizarreries et personnalités atypiques, les associant à une pathologie à priori grave.¹⁶⁵

163 Hochmann, J., *Histoire de l'autisme, op.cit.*, p. 454

164 DSM-IV. TR (2000), Paris : Masson, 2003

165 Hochmann, *Ibid.*, p. 454-456

La cinquième version du DSM n'est pas encore apparue¹⁶⁶, mais des indications nous font croire que le terme d'autisme apparaîtra maintenant comme un spectre, dont la définition sera encore plus élargie afin de massifier toutes les sortes d'autisme en degrés différents. « Tout milite, déclare Hochmann, pour assurer l'extension croissante du diagnostic d'autisme, aussi bien du côté des retards comme celui des « autres intelligences ». »¹⁶⁷ Par ailleurs, celui-ci figurera dans le groupe majeur des troubles neurodéveloppementaux, à côté des troubles moteurs, de l'apprentissage, de la communication et, de l'attention ou hyperactivités. Comme nous pouvons le remarquer, l'évolution de ce qui était des psychopathologies infantiles s'éloigne de plus en plus de cette première notion pour accorder aux troubles purement organiques. Nous avons fait ainsi le recueil des éléments nécessaires pour retracer, de forme linéaire, l'évolution du rapport qui s'établit entre l'autisme et la psychose infantile au long des cinq classifications du DSM dans le tableau suivant :

Tableau (1) : Evolution des nomenclatures des maladies mentales infantiles dans les manuels de classifications de maladies mentales américaine (DSM)

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980- 1987)	DSM-IV (1994-2000)	DSM-V (prévue 2013)
<p>Réaction schizophrénique infantile La première mention de l'autisme fut décrite uniquement chez l'enfant, comme un symptôme d'une réaction psychotique.</p>	<p>Schizophrénie infantile ; personnalité schizoïde Maintenant, l'autisme apparaît comme un symptôme de deux maladies, mais toujours en jeune âge.</p>	<p>Autisme Infantile Autisme gagne sa propre classification, mais toujours associé aux enfants. C'est dans l'édition révisée de 1987 qu'il est étendu comme un symptôme aussi trouvé chez les adultes.</p>	<p>Troubles autistiques Ainsi que la troisième version, le DSM-IV définit l'autisme selon six symptômes spécifiques, rajoutant les troubles de l'interaction sociale.</p>	<p>Spectre Autistique Désormais, il y aura une extension du terme, attachant tout en ensemble d'autres catégories, dont les symptômes s'approchent d'un cadre autistique.</p>

La puissance psychiatrique, et surtout celle américaine, s'est imposée comme référence majeure dans les pays occidentaux. Le DSM-IV est en vogue dans le monde entier et il est, actuellement, quasiment impossible de publier des articles en revues scientifiques – surtout les anglo-saxonnes – sans avoir comme référence ces études psychiatriques. Il est également

166 Préviation de sortie pour mai 2013 selon le site www.dsm5.org

167 Hochmann, *Ibid.*, p. 456

compliqué de toucher des allocations gouvernementales d'aide aux malades et déficients ou même des remboursements des assurances maladies sans avoir le numéro de référence correspondant à chaque maladie qui provient de cette classification. Dans le but de voir ces démarches simplifiées, le sujet disparaît dans les papiers administratifs en forme de numéro. Rien de plus désubjectivant !

Le front psychiatrique français et le CFTMEA

Afin de faire face à l'ascendance de la classification américaine (DSM) qui rejette toute référence à une approche psychodynamique et qui excluait le terme de psychose infantile, mettant en évidence seulement celui de l'autisme dans le groupe majeur des Troubles envahissants du développement, les pédopsychiatres français, réunis autour de Roger Misès, ont imposé, en 1988, une nouvelle classification des troubles mentaux destinée exclusivement aux enfants et adolescents, la CFTMEA.¹⁶⁸ A l'égard de la classification américaine, la CFTMEA correspond à un manuel statistique qui vient répondre aux intérêts d'uniformiser les communications entre les professionnels du domaine, sans pour autant se rendre complètement aux exigences administratives.

Elaborée par ses auteurs pour fonctionner comme un « manuel de langue », de nature descriptive, des troubles mentaux uniquement de l'enfant et de l'adolescent, cette classification persiste à garder comme référence majeure l'approche psychanalytique, en vue de préserver les expériences cliniques recueillies depuis plus d'un siècle. Bien que son intérêt porte – comme les autres classifications – sur la possibilité de répondre à des enquêtes de nature épidémiologique et à un certain nombre d'exigences fixées par la loi concernant l'organisation du secteur sanitaire et médico-social, la CFTMEA a pour but principal « de s'inscrire dans une tradition et une perspective psychodynamique qui est celle de la psychiatrie infanto-juvénile depuis une cinquantaine d'années en France »¹⁶⁹, selon Jean-Marie De Sinéty, membre de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans un article, dans lequel il plaide pour la classification française, il déclare que :

Rien de l'idéologie et la philosophie qui sous-tend la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ne se rapproche du diagnostic statistique médical (DSM). Au contraire du dernier qui s'affirme

168 Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

169 De Sinéty, Evaluer n'est pas classer, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, n°43, p.45-48

*comme une clinique objective, la CFTMEA se veut une clinique issue de l'intersubjectivité, dans la mouvance psychanalytique.*¹⁷⁰

La démarche prônée par la classification française exige du temps d'observation pour poser un diagnostic, contrairement au DSM, qui se présente comme une classification simple à manipuler. Sachant donc que l'enfant reste un être en développement, une l'évolution ne peut être déduite de l'état actuel et « le classement du cas n'est jamais définitif et l'évolution du trouble peut conduire ultérieurement au classement dans une catégorie différente. »¹⁷¹ Un autre facteur important dans l'approche dynamique concernant l'analyse clinique de l'enfant, c'est la prise en compte de l'environnement dans lequel l'enfant se trouve inséré. L'idée qu'« on ne classe pas un bébé tout seul »¹⁷² est ici reconnue. La même idée doit s'appliquer aux enfants et adolescents. La classification française demande ainsi une sensibilité à certains signes précoces difficiles à détecter, mais surtout à saisir, derrière les symptômes, à partir d'un mode d'observation fondé sur une théorie et étayé sur une expérience, des mécanismes psychopathologiques particuliers.

En ce qui concerne sa division, la CFTMEA est biaxiale. L'axe 1 correspond aux catégories cliniques : les troubles de la série psychotique, les troubles névrotiques évolutifs, les troubles de la personnalité hors psychose et névrose et les troubles réactionnels. L'autisme est inclus dans le groupe des psychoses précoces, correspondant aux troubles envahissants du développement trouvés dans les autres classifications. La schizophrénie y figure comme une catégorie clinique à part entière. L'axe 2 rassemble les facteurs associés aux catégories cliniques décrites dans l'axe 1, renvoyant aux conditions organiques (génétiques) et environnementales (carence affective, éducative, sociale et culturelle).

Par souci de maintenir et développer les échanges avec la communauté scientifique mondiale, la 3ème édition de la CFTMEA comporte un tableau d'équivalences avec la 10ème révision de la classification internationale des maladies de l'OMS. Cependant, en ce qui concerne les TED, la classification française est vue comme inappropriée car elle entraîne de nombreux débats et controverses entre professionnels qui n'acceptent plus la référence aux psychoses dans le cercle des maladies mentales de l'enfant. Telle est l'opposition à cette classification qui celle-ci n'a pas eu de nouvelles éditions, depuis des années. La dernière édition CFTMEA-R est apparue en 2000 et se présente actuellement absente dans le

170 *Ibid.*

171 Mille, C., Histoire des classifications et perspectives nouvelles en psychiatrie de l'enfant, *La lettre de l'enfant et de l'adolescent*, 2001, n° 43, p. 91-97

172 *Ibid.*

commerce. Malgré les efforts engagés dans cette bataille, cette classification ne trouve plus de valeur dans le milieu psychiatrique.

La vision globale du CIM

La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD), est publiée par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) depuis 1948. Selon l'Haute Autorité de Santé (HAS), le CIM doit servir comme manuel de classification des maladies de référence dans le monde, avec la prétention de répertorier et classer les maladies de forme générale selon ses signes, symptômes, causes, etc.

Ce n'est qu'en 1949, dans sa sixième version, que les troubles mentaux sont insérés dans cette classification. Conçu pour servir de référence médicale entre les différents pays dans des époques différentes, le CIM-10, publié en 1938, s'est aligné à la troisième version de la classification américaine (DSM-III, 1981), provoquant des critiques. Selon certains psychiatres, les maladies mentales de l'enfant ne sont pas bien répertoriées et s'y présentent assez mêlées avec celles des adultes, provoquant également une confusion entre les spécialités psychiatrie de l'adulte et psychiatrie de l'enfant.

En ce qui concerne les cadres nosologiques de maladies mentales des enfants, nous trouvons, dans le CIM-9 (1975), les troubles mentaux infantiles apparaissent comme des psychoses spécifiques de l'enfant. Dans ce groupe, sont compris l'autisme infantile, la psychose désintégrative, autres psychoses infantiles atypiques et encore un sous-groupe qui se présente sous le signe « sans-précision » auquel on peut équivaloir la schizophrénie infantile.¹⁷³ Le CIM-10 utilise le terme de troubles du développement psychologique pour nommer un large groupe de problèmes présentes dans la première enfance, dans lequel se trouvent les troubles envahissants du développement. Celui est défini comme un « groupe de troubles caractérisé par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et activités restreint, stéréotypés et répétitifs. »¹⁷⁴

Selon ce manuel, l'autisme infantile est caractérisé par les critères suivants : la manifestation d'un développement anormal avant l'âge de trois ans associé à une perturbation

173 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, neuvième révision (CIM-9), Genève : OMS, 1975

174 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), Genève : OMS, 1993-1996

de l'interaction sociale et de la communication ainsi que la manifestation de comportements stéréotypés ou répétitifs. Parmi les formes d'autisme infantile, la psychose infantile apparaît sous le signe de « psychose de la petite enfance ». L'autisme atypique se diffère de l'autisme infantile par son âge de survenue et parce qu'il ne répond pas complètement aux trois critères diagnostics cités ci-dessus. La psychose infantile y est encore présente sous le signe de « psychose infantile atypique ». Une autre remarque intéressante à faire est que le syndrome d'asperger apparaît comme « trouble de validité nosologique incertaine ». Celui-ci se différencie de l'autisme infantile parce qu'il ne présente pas de déficit cognitif, ni de troubles du langage. Ce trouble peut s'accompagner d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.

Les équivalences des nomenclatures

Comme nous l'avons vu, les héritages culturels de certains pays guident particulièrement la conceptualisation des maladies mentales dans chaque époque. Ces différences révèlent l'importance des déterminants sociaux et culturels dans la construction des classifications et des catégories comme l'autisme et la psychose infantile, qui se modifie en fonction des époques, des pays et de la formation des professionnels. Ayant eu un aperçu des définitions de l'autisme et de la psychose infantile distinctivement dans les trois principaux manuels de classifications de maladies mentales qui servent de référence aux psychiatres de différents pays au moment de la pose du diagnostic, il est apparu important de décrire les formes de correspondances qui sont utilisées entre eux, afin d'assurer un dialogue et d'éviter les controverses stériles disséminées par des définitions différentes d'un même objet d'étude.¹⁷⁵

La classification internationale de l'OMS (CIM-10) et la classification américaine (DSM-IV) définissent aujourd'hui l'autisme, comme un trouble envahissant du développement (TED) apparaissant avant l'âge de trois ans avec des perturbations des interactions sociales, des problèmes dans la communication verbale et non verbale, des stéréotypies et des restrictions des intérêts. La catégorie TED n'est introduite dans la classification française qu'en 2000, en vue de créer des équivalences plus cohérentes entre les classifications.

Face à ce nombre considérable d'informations spécifique à chaque classification, il nous est apparu important de chercher les équivalences entre ces termes et leurs définitions. Voici le tableau de correspondance entre la CIM-10, le DSM-IV-TR, la CFTMEA-R pour les

¹⁷⁵ Chamak, B., et Cohen, D., Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge. *Perspectives Psy*, 2007, vol. 46, p. 218-227

différentes catégories de troubles envahissants du développement (TED) selon la Haute Autorité de Santé (HAS- 2005).¹⁷⁶

Tableau (2) : Equivalence des troubles mentaux infantiles dans les trois récentes éditions des manuels de classifications auxquels nous faisons ici référence :

CIM-10 (1993)	DSM-IV-TR (1994)	CFTMEA-R (2000)
<input type="checkbox"/> Autisme infantile	<input type="checkbox"/> Trouble autistique	<input type="checkbox"/> Autisme infantile précoce – type Kanner
<input type="checkbox"/> Syndrome de Rett	<input type="checkbox"/> Syndrome de Rett	<input type="checkbox"/> Troubles désintégratifs de l'enfant
<input type="checkbox"/> Autre trouble désintégratif de l'enfant	<input type="checkbox"/> Troubles désintégratifs de l'enfant	<input type="checkbox"/> Troubles désintégratifs de l'enfant
<input type="checkbox"/> Syndrome d'Asperger	<input type="checkbox"/> Syndrome d'Asperger	<input type="checkbox"/> Syndrome d'Asperger
<input type="checkbox"/> Autisme atypique <input type="checkbox"/> Autres TED	<input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement non-spécifié (y compris autisme atypique)	<input type="checkbox"/> Autre forme d'autisme <input type="checkbox"/> Psychose précoce déficitaire. Retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques <input type="checkbox"/> Autres psychoses précoces ou autres TED <input type="checkbox"/> Dysharmonies psychotiques
<input type="checkbox"/> Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés	-----	-----

3. LES EFFETS DU TOURNANT SCIENTIFIQUE

Les phénomènes de société viennent souvent à la suite de grands bouleversements occasionnés par l'imposition de nouveaux ordres. Ce n'est pas différent en ce qui concerne les bouleversements au sein de la santé mentale. De surcroît, les effets s'organisent en

176 Tableau extrait du site de l'Haute Autorité de Santé : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf

« cascade », augmentant énormément l'intensité du phénomène qui atteint des proportions inimaginables au départ. Dans la suite de l'exclusion de la psychanalyse et de l'approche dynamique comme support théorique pour la compréhension et la description des maladies mentales, on a vu immédiatement s'organiser de nouvelles nomenclatures dans les manuels de classifications de maladies mentales, considérées plus adaptées aux nouvelles exigences. Suivant une lignée diachronique des manuels de classifications, nous avons pu observer, depuis quelques années, l'union des concepts d'autisme et de psychose infantile dont la résultante serait les troubles envahissants du développement (TED).

A vrai dire, le concept de TED est représentatif d'un groupe majeur des maladies qui atteignent le développement de l'enfant, parmi lesquels on constate une large prédominance du concept d'autisme. En revanche, le terme de psychose qui, auparavant, avait sa place bien démarquée dans la scène psychiatrique, n'y figure plus actuellement et est réduit à l'indéfinition du sigle de TED non-spécifié. Ce sont les chiffres des recherches épidémiologiques qui ont la charge de signaler les phénomènes nouveaux auxquels la société sera confrontée : le terme psychose s'estompe au fur et à mesure que celui d'autisme s'impose. C'est donc à partir de l'annonciation des chiffres exponentiels par les recherches épidémiologiques que l'affaire laisse le champ de la psychiatrie pour devenir un phénomène de société.

Le boom de l'autisme

Dans les dernières décennies, nous voyons se confirmer un intérêt croissant à tout ce qui concerne la pathologie autistique. Ce phénomène qui se révèle dans le secteur sanitaire aussi bien que dans le domaine socio-politico-économique, nous l'appellerons le *boom de l'autisme*.

Selon une étude épidémiologique de Salbreux, les taux de prévalence de l'autisme s'établissent entre 1 et 5 pour 10 000. Si l'on y inclut aussi les syndromes autistiques que l'on peut observer en cas de retard mental sévère, les taux peuvent aller jusqu'à 21 pour 10 000. Il affirme encore que l'âge et le sexe sont des facteurs importants dans l'analyse des données. Les taux sont généralement plus faibles lorsque sont inclus des enfants très jeunes de moins de 3 ou 5 ans ou des enfants plus âgés de plus de 12 ou 14 ans. En ce qui concerne le sexe, l'autisme est plus marqué chez les garçons. L'incidence et la prévalence épidémiologique des troubles mentaux dans l'enfance sont encore inconnues dans les pays en développement. Les enquêtes indiquent qu'il y a une énorme variation dans les taux de prévalence pour de tels

troubles mentaux et ceux-ci peuvent varier de 1 à 20 à chaque différente tranche de 10 000 enfants. C'est cette variation dans les chiffres épidémiologiques qui provoque polémique. Mais force est de constater que c'est surtout l'excès qui y est vérifié.¹⁷⁷

C'est à partir des années 70 qu'on constate une augmentation excessive du nombre de diagnostics d'autisme appliqués aux enfants, visibles dans les chiffres présentés par les études épidémiologiques. C'est aux Etats-Unis que l'autisme, en tant que tableau clinique spécifique, est né. C'est là-bas également, qu'on voit s'avérer une utilisation démesurée de ce diagnostic et, par conséquent, constater l'augmentation de ces chiffres affolants. Dans un reportage publié dans le journal *New York Times*, de l'année 2002, les chercheurs proclament leur étonnante constatation : le nombre d'enfants autistes en Californie a augmenté de plus de six fois depuis 1987. Cet article annonce au grand public une importante progression de la maladie et met les autorités nord-américaines sous vigile.¹⁷⁸

Visant une uniformisation des données épidémiologiques, la classification internationale des maladies s'approche des nomenclatures du DSM et introduit, en 1975, l'autisme dans sa classification. Le phénomène surprenant de multiplication du diagnostic d'autisme dépasse les frontières américaines et s'étend à d'autres pays. Citons l'exemple de la France. Suivant ce repère nosographique, en dix ans, en France, les taux de prévalence sont passés de 1 sur 20 000 à 1 sur 150, comme le montre le tableau de prévalence des troubles envahissants du développement ci-dessous.¹⁷⁹

Tableau (3) : Prévalence de TED en France, selon la Haute Autorité de Santé (HAS)

	Fombonne 1999	Inserm 2002	Fombonne 2003	Fombonne 2005	Fombonne 2009
TED	18,7/10 000	27,3/10 000	27,5/10 000	37/10 000	63,7/ 10 000
Autisme Infantile	7,2/10 000	9/10 000	10/10 000	13/10 000	20,6/ 10 000
Troubles			0,2/10 000	0,2/10 000	0,2/10 000

177 Salbreux, R., Données épidémiologiques et statistiques sur l'autisme in *Les causes de l'autisme et leurs traitements*. Sous la dir. de LÉBOVICI, S. et GAYDA, M., Paris : L'harmattan, 2000

178 Edition du *New York Times*, dimanche 17 novembre 2002, cité par Gollier, M., Enjeux des offres thérapeutiques autour de l'autisme. *Psychothérapies*, 2008, vol. 28, p. 261-268

179 http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201003/autisme_etat_des_connaissances_argumentaire.pdf

désintégratifs	-----	-----			
Syndrome d'Asperger	-----	3/10 000	2,5/10 000	3/10 000	6/10 000
Autisme Atypique	11,5/10 000	15,3/10 000	15/10 000	21/10 000	37,1/ 10 000

Comme nous pouvons le voir, l'autisme y atteint aussi ainsi une extension maximale, augmentant jusqu'à 65% en moins de dix ans. Les estimations indiquent que 67 millions de personnes sont touchées par l'autisme dans le monde entier et celui-ci apparaît comme le trouble envahissant qui, plus rapidement, s'accroît. Les statistiques révèlent l'existence d'un nombre excessif d'enfants à qui l'on n'avait jamais signalé la possibilité d'une pathologie autistique. Tous les traits de bizarrerie liés à l'isolement et à la difficulté de communication chez l'enfant, sont repérés avec soin et précision et sont, tout de suite, diagnostiqués comme syndrome d'autisme ou dans ses variations. C'est le concept d'autisme qui, ne correspondant plus à celui décrit à l'origine par Kanner, gagne une nouvelle amplitude. D'ailleurs, celui-ci s'inquiétait déjà de cette augmentation excessive du diagnostic d'autisme et déclara que « pratiquement du jour au lendemain, ce pays semblait peuplé d'une multitude d'enfants autistes. »¹⁸⁰ Les chiffres des recherches épidémiologiques servent comme un simple et évident reflet de cet élargissement florissant du concept d'autisme.

L'autisme est considéré désormais comme une énigme pour la science et, face à cela, les scientifiques sont invités à la découverte de sa véritable cause. On voit s'élaborer une frappante augmentation du nombre de congrès, journées d'études, de livres et articles scientifiques consacrés à l'autisme. Ce mouvement, qui se réfère à ce sujet si énigmatique pour la communauté scientifique, valorise la recherche et pousse à de nouvelles découvertes. D'autant plus, d'importants organismes gouvernementaux déploient d'énormes financements pour diverses recherches afin de faire progresser les connaissances sur les causes de cette maladie dont le vrai but – et très légitimement – vise surtout à favoriser l'amélioration du dépistage et de la prise en charge précoce de l'autisme. Toutefois, l'intérêt en matière d'autisme ne se restreint pas à la communauté scientifique. Fait étonnant, ce sujet attire aussi l'intérêt du grand public.

180 [Kanner, L., Early infantile autism revisited, Psychiatry Digets, 1968, n° 29, p.18, cite par Druel-Salmane, G., L'autisme infantile précoce de L. Kanner, in L'autisme, son double et ses objets, sous la dir.de J-C Maleval, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2009](#)

Le marché cinématographique est l'un des plus importants moyens de diffusion de l'image de l'autiste dans l'imaginaire social. En 1988, le cinéma américain met en scène le film *Rain Man* et présente au monde entier une caricature plus « souple » de l'autisme : *l'autiste-savant* ou le syndrome d'Asperger. Ayant été considéré comme un succès absolu avec la consécration au travers de plusieurs prix, ce film a déclenché le tournage d'autres films qui mettent en évidence ce côté mystérieux de l'autisme, porteur d'une île d'intelligence – ce qui n'est pas toujours vrai. La diffusion de l'autisme ne se restreint pas qu'au cinéma et prend la place, dans les années 2000, au sein des émissions de télé, documentaires, campagnes publicitaires, sites informatifs sur l'internet, magazines de circulation ouverte, etc. Les productions médiatiques ne cessent plus de diffuser cette découverte, et d'autres moyens de diffusions – américains, dans une large majorité – sont élaborés sur ce sujet.

Ceci étant, à la suite de cette diffusion médiatique, de nombreuses personnes ont introjecté l'image de l'autisme comme étant une personne qui balance son corps sans cesse, sans contact visuel, sans émotions apparentes, perturbé par les changements de son environnement, capable de compter par un coup d'œil des centaines d'allumettes et de déchiffrer des codes aussi énigmatiques que sa propre intelligence, refusant qu'on le touche, doué pour les chiffres et porteur d'une mémoire exceptionnelle apprenant par cœur l'annuaire téléphonique. Désormais, le monde sait ce qu'est un « autiste ». Et dans l'imaginaire social, il ne faut plus avoir peur de sa bizarrerie, puisqu'il peut cacher des mystères derrière son intelligence « hors du commun ». Les gens sont ainsi sensibilisés et attirés à connaître la raison de cette énigme.

Dans le secteur social, l'autisme a été déclaré campagne d'intérêt général dans plusieurs pays occidentaux et une journée mondiale de sensibilisation à l'autisme a été organisée, dans le but d'informer le grand public au sujet de ce trouble envahissant du développement.¹⁸¹ L'intérêt serait de promouvoir des discussions plus larges autour de ce thème, permettant l'élaboration d'une meilleure compréhension du problème de la part de la société, évitant ainsi les préjugés. C'est donc par le biais de l'information que l'autisme passerait à être un dysfonctionnement plus reconnu socialement, n'étant plus confondu avec d'autres maladies.

Cette amplitude donnée au concept d'autisme a engendré d'autres types de questionnements, maintenant d'ordre politique. Quelques associations ont été fondées, à l'initiative des parents d'enfants autistes, dans le but de lutter pour les droits de ces personnes, au diagnostic, à l'éducation et à l'information, permettant aussi d'apporter de l'aide à d'autres

181 La journée mondiale de sensibilisation à l'autisme est fêtée le 2 avril de chaque année

parents, les orientant et les soutenant dans cette difficile tâche d'élever et soigner un enfant autiste. Intervenant auprès des pouvoirs publics, ces associations sont en grande partie responsables des avancées des droits sociaux destinés aux personnes porteuses de la pathologie autistique et des recherches scientifiques.

En France, la législation a joué un rôle aussi important pour la définition du concept d'autisme. On voit dans les années 1975 s'opérer un changement social en ce qui concerne les droits de tous les citoyens déficitaires, qui passent du champ de l'assistance au champ de l'égalisation des chances. C'est cette loi qui vient vectoriser la politique relative au handicap. En 1996, le Parlement français a voté la *Loi de Chossy* qui donne à l'autiste un statut propre et de droits dont, entre autres : le bénéfice des prises en charges spécialisées offertes par des établissements ou services sociaux et médico-sociaux adaptés aux besoins apparents de personnes autistes.

*Toute personne atteinte du handicap résultant du syndrome autistique et des troubles qui lui sont apparentés bénéficie, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tient compte de ses besoins et difficultés spécifiques. Adaptée à l'état et à l'âge de la personne et eu égard aux moyens disponibles, cette prise en charge peut être d'ordre éducatif, pédagogique, thérapeutique et social.*¹⁸²

Après l'application de cette loi, l'autisme passe du champ sanitaire au champ social, quittant officiellement le statut de maladie mentale et adhérant à celui de handicap.¹⁸³ La loi du 11 février 2005 a tracé de nouvelles voies prometteuses à la scolarisation des enfants handicapés, y compris l'autisme. Elle réaffirme le principe du droit à la compensation des conséquences du handicap. Apparaissent plusieurs organismes gouvernementaux destinés à l'accueil des personnes handicapées et, notamment, les autistes. La MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) a pour but d'améliorer l'accueil de ces enfants dans le champ médico-social, ainsi que la création des CSA (Centre Ressource Autisme) dans chaque région, chargée d'apporter de l'aide et de l'accueil aux familles et de former des professionnels de terrain.

182 Loi du 11 novembre 1996, cité par Christaki, A., Incidences éthiques des paradigmes politiques relatifs à l'autisme et au handicap. *Le Coq-héron*, 2005, n°183, p.129-137

183 Notons par ailleurs que c'est dans un champ éloigné du soin, que le terme « handicap » fait son apparition dans le cadre de la législation française. C'est en effet avec la loi N° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, qu'une première définition se constitue, et cela dans le code du travail, définissant comme travailleur handicapé : « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités psychiques ou mentales. » (article L 323-10 du code du travail), Christaki, A., *Ibid.*

Le *Rapport sur la politique menée en direction des personnes autistes* a récemment défini l'autisme comme un « sur-handicap », c'est-à-dire, comme un processus morbide ayant trait à la déficience, l'incapacité et le désavantage social. En 2007, le Ministère de la Santé français a rendu public le plan autisme 2008-2010 qui énonce trente mesures à mettre en place au profit des personnes atteintes de la pathologie autistique partagées sur trois axes: mieux connaître pour mieux former, mieux repérer pour mieux accompagner et diversifier les approches. Ce plan, d'une durée de trois ans, répond à de réels enjeux lorsqu'il prétend articuler officiellement les champs sanitaire, pédagogique et éducatif.¹⁸⁴

Toute cette importance donnée à l'autisme dans le champ socio-politique se reflète aussi bien dans le secteur économique. Celui-ci témoigne d'une expansion du marché lié à l'autisme. Des ouvrages en tous genres, allant du rayon scientifique, en passant par des romans et en aboutissant aux autobiographies des autistes-savants qui, au travers des méthodes spéciales de communication facilitée, arrivent à avouer leur propre forme de « fonctionnement », battent des records de vente. Tout le réseau médico-éducatif doit être préparé pour intervenir auprès de ces enfants et des formations professionnelles diverses destinées à des domaines différents, se font nécessaires : instituteurs, psychologues, médecins, éducateurs, infirmiers, etc. De surcroît, avec la médiatisation du terme d'autisme, sa diffusion exagérée fait tourner un marché économique de grande amplitude et on découvre un marché des régimes alimentaires spéciaux, tests génétiques, dosages biologiques, promotions de méthodes éducatives et comportementales et de multiples thérapies adaptées.

Conclusion : l'autisme est en vogue. Néanmoins, cette énigme peut avoir des manifestations des côtés extrêmes. Quelques chercheurs considèrent l'autisme comme la découverte la plus importante du siècle, « le fer de lance d'un mouvement »¹⁸⁵, comme le définit Golse et Deloin, ou comme le dit Roussillon « le fer de lance d'une nouvelle façon de considérer la maladie mentale et le handicap ». Pour d'autres, il représente « le nouveau mal du siècle »¹⁸⁶, une pandémie¹⁸⁷. De toute façon, il faut reconnaître que c'est son côté énigmatique qui donne à l'autisme autant de visibilité dans le scénario socio-politique et qui provoque des controverses vis-à-vis des positionnements théorico-clinique.

184 Jean-Marc Guillé « Politiques publiques, discours et pratiques professionnelles autour de l'autisme », *Perspectives Psy*, 2008, Vol. 47, p. 113-116.

185 Golse, et Delion, op.cit.

186 Jourdan, B., *L'autisme : le gène intouchable*. Paris, Seuil, 2005, p.1

187 Grollier, *L'autisme au XXI^e siècle. Cliniques méditerranéenne*, 2007, n°76, p.271-286

Déclin de la psychose

Dans un mouvement inversement proportionnel à celui de l'augmentation de l'utilisation du diagnostic d'autisme, on observe, curieusement, le déclin du concept de psychose infantile.

Est remarquable l'hésitation, voire même le refus, très fréquent, par rapport à l'utilisation du terme de psychose de la part des professionnels qui s'occupent des enfants. C'est, en fait, aux Etats-Unis qu'apparaît en premier cette réticence. Déjà dans les années 1940-50, où le concept de psychose ou schizophrénie infantile était en évidence dans le milieu psychiatrique américain, ce malaise se faisait déjà apparent et les psychiatres préféraient parler d'enfants « exceptionnels » au lieu de considérer l'enfant comme psychotique ou schizophrène. Avec la découverte de Kanner, dans cette même période, c'est le terme d'autisme qui vient combler ce vide qui touchait les familles, les professionnels et l'Etat américain lui-même. Les États-Unis ont été le premier pays à rejeter ce terme dont la disparition s'annonce au fur et à mesure que les éditions du DSM évoluent dans le temps, comme nous l'avons vu dans le tableau 1.

Faisant objet de rejet de la part des américains, ce n'est que dans certains pays, que le terme psychose est encore accepté et utilisé dans le diagnostic destiné aux enfants, gardant toujours une certaine réserve en de très rares cas. La France en est un exemple. Cette nation dont l'ordre socio-culturel semble assez distinct de celui prôné aux Etats-Unis, berceau de l'approche psychodynamique, persiste à garder le terme de psychose destiné aux cas qui, selon certains psychiatres, présentent des symptômes visibles d'une souffrance psychique et ne peuvent guère être confondus comme des effets secondaires d'un désordre biologique. Soutenant la cause « psy », la nosologie, exposée par les manuels de classification américaine et internationale, devient irrecevable par des praticiens d'orientation psychodynamique. Ceux-ci insistent en ce que ce recueil de données objectivables ne suffit pas à comprendre les particularités et les contraintes de l'organisation psychopathologique du patient.¹⁸⁸

Ce positionnement, soutenu par une grande partie des psychiatres français, fait l'objet de rudes attaques lancées par des associations de parents autistes. Engagée dans une militance politique des droits des personnes autistes, ces associations dénoncent un « décalage » entre la classification française à l'égard des classifications américaine et internationale. Les arguments sont les plus variés et consistent en une vision pragmatique « à l'américaine ». Ils estiment que l'insistance de cette classification à utiliser le terme de psychose et ses variations est le résultat d'une « parentalité » des psychiatres français avec la psychanalyse. Une telle rigueur

188 Gibello, B., Clinique et DSM-IV, *Perspectives Psy*, 2006, vol.45, p. 109-111

des idées produit une position aveuglante dans laquelle on peut trouver des déclarations chargées de colère, comme celle du Docteur Macé sur le site de l'association Autisme France. Celle-ci conseille aux familles françaises, dont les enfants ont eu le diagnostic de psychose, dysharmonie psychotique ou autre, de chercher la confirmation de ce diagnostic dans les centres de ressources sur l'autisme (CRA).

Sachant que ces centres ne portent pas sur les mêmes référentiels que les autres psychiatres français qui utilisent la classification française, cette confirmation ne sera jamais faite. Suivant le DSM-IV, ces psychiatres préféreront donner le diagnostic d'autisme atypique, ou TED non-spécifié. Cela revient au même, puisqu'elle porte un autre nom! Pour illustrer cette « faute », opérée par la classification française dans l'utilisation du terme de psychose, ce médecin a fait une très malheureuse comparaison assez réductionniste entre les maladies mentales et les maladies organiques :

Bien sûr, comme toutes les maladies, il existe des formes typiques et d'autres légères ou encore d'autres compliquées. Le fait que certaines personnes atteintes de poliomyélite soient sous respirateur alors que d'autres ne présentent qu'une simple boiterie ne retire rien à la légitimité du diagnostic de polio qui leur est commun. Quelques psychiatres qui deviennent une minorité, s'entêtent à ne pas adopter la classification internationale et sa terminologie et continuent à appeler les troubles envahissants du développement, psychose.¹⁸⁹

Il y a une forte imposition de la part des associations à une conformité terminologique de la classification française aux normes internationales où la classification américaine se pose en modèle. Selon leur avis, cette non-uniformisation terminologique reste une entrave à l'avancée des recherches scientifiques et des études épidémiologiques sur l'autisme : « Il est grave, déclare encore Macé, que la psychiatrie française ne participe pas à cette recherche (génétique) qui représente un grand espoir pour le futur. On ne peut participer à une recherche et donc l'aider à évoluer que si on donne la même définition aux mêmes entités diagnostiques. »¹⁹⁰

Ce qui n'est peut-être pas clair, c'est que lorsqu'un psychiatre donne un diagnostic de dysharmonie psychotique à un enfant, il souhaite souligner le fait que cet enfant souffre psychiquement, ce qui risque d'être oublié lorsqu'il reçoit le diagnostic d'autisme. Les auteurs

189 Site de l'association Autisme France : <http://www.autisme-france.fr/autisme-france>, accès le 15 février 2010

190 Site de l'association Autisme France, *Ibid*

de la classification française plaident pour cela. Que les associations soient favorable à l'évolution des recherches biogénétiques sur l'autisme est tout à fait compréhensibles et légitime. Ce qui ne peut guère être accepté, c'est le désir de vouloir en finir avec le terme psychose, en le réduisant au spectre d'autisme, et ainsi effacer les traces d'une possible anomalie de l'esprit.

Un autre facteur qui contribue à cette hésitation sur le terme de psychose est présent dans les différents types de prises en charge qui sont offerts à ces deux genres psychopathologies. En étant diagnostiqué autiste, le sujet reçoit automatiquement la reconnaissance du handicap, ce qui le fait bénéficier d'une prise en charge éducative, pédagogique, sociale, rééducative et thérapeutique, tandis que le diagnostic de psychose, considéré comme une maladie, est censé envoyer ces enfants vers des prises en charges uniquement thérapeutiques, très souvent dans des hôpitaux. D'autres arguments sont encore présentés contre l'application du diagnostic de psychose. Cela va dès l'augmentation de l'angoisse des parents des enfants diagnostiqués psychotiques qui préfèrent celui d'autisme au rejet des idées psychanalytiques qui sous-tendent ce diagnostic.

En fait, ces deux arguments se présentent comme liés, et l'un peut être considéré comme la conséquence de l'autre. Précisons : au milieu de cette bataille épistémologique, les parents d'enfants malades se sentent plus enclins, voire même soulagés, à accepter un diagnostic d'autisme plutôt que celui de psychose. Le premier renvoie à l'idée d'une déficience d'ordre biologique, dont les causes sont expliquées par la génétique. Les prises en charge se consacrent uniquement à l'insertion de la personne autiste en milieu social. Un handicap, nous renvoie à l'idée d'un corps malade, de la même façon qu'on conçoit l'incapacité d'un enfant né « paralytique » à monter un trottoir, on est censé créer ce parallèle et concevoir l'autiste comme un être incapable d'établir des liens sociaux et de communiquer son état interne. Le deuxième évoque l'idée de folie, terme qui touche à l'abstrait, à l'esprit, l'âme et nous renvoie tout de suite à une implication au milieu environnemental. A ce propos, Jacques Hochmann écrit:

Dans le domaine de l'autisme, ce glissement, qui peut être daté de manière précise, a amené à condamner fermement la dénomination de psychose, censée véhiculer une étiologie psychogénétique, marquée par une référence aux idées freudiennes. Désormais proscrite, la psychose de l'enfant doit s'effacer derrière les troubles envahissants du développement, dont l'autisme représente le type le plus achevé, mais aussi le plus définitif, selon

la formule déjà citée et désormais consacrée : « On est autiste un jour, on est autiste toujours. »¹⁹¹

A l'instar de l'autisme, le terme de psychose trouve une vulgarisation par l'intermédiaire de l'industrie cinématographique. Cependant, sous l'effet inverse. En 1960, le terme psychose figure comme titre d'un des plus remarquables films d'Alfred Hitchcock, dont le sujet tourne autour des meurtres en séries. Désormais, la psychose fait peur ! Considérée comme une maladie qui s'inscrit dans une dynamique familiale et révoquait la culpabilité des parents, la psychose fait l'objet de nombreuses discussions entre psychanalystes et scientifiques.

Face à tous ces arguments, dont quelques-uns sont parfaitement légitimes, nous trouvons l'avis de Michel Lemay qui affirme que ce rejet des conceptions dites dynamiques est lié à l'émergence des classifications nosologiques fondées sur les traits phénoménologiques, sensible aux symptômes autistiques mais pas à ceux psychotiques.¹⁹² Ceci explique, sans doute, la disparition de la psychose infantile des classifications dominantes.

191 Hochmann, J., *Histoire de l'autisme, op.cit.*

192 Lemay, M., *L'autisme aujourd'hui*, Paris : Odile Jacob, 2004

CHAPITRE 4

Les origines médico-philosophiques de la psychiatrie relancées

L'avenir de l'autisme et de la psychose infantile

Bien que la psychanalyse et les études en neurosciences aient produit un éclairage fondamental sur les troubles psychopathologiques de l'enfant, l'énigme de la maladie mentale survenant dans un moment si précoce du développement du sujet relance toujours un débat ardu entre nature et culture, entre génétique et environnement, physique et psychique dans lequel le rapport psyché-corps se retrouve encore mis en question : enfin, qu'est-ce qui est nécessaire pour produire un être humain « bien portant » en société ? On touche ainsi à un débat pétillant sur l'étiologie de la maladie mentale, relancé avec beaucoup d'intensité par les études à propos de l'autisme, autour duquel la pédopsychiatrie se retrouve partagée, bien que cela ne semble pas si apparent depuis l'alliance formée avec les courants scientifiques.

Dès les origines de la philosophie, l'analyse dichotomique entre corps et âme ne cesse de lever des questions qui bousculent la compréhension de l'homme. Les apports théoriques du dualisme cartésien nous ont permis d'admettre le corps et l'âme comme des réalités complètement distinctes, pouvant pourtant se présenter par un lien d'union. Cette inquiétude de l'humanité à mieux saisir la subtilité des relations établies entre les processus mentaux et les états corporels l'a poussé, au fur et à mesure, à se trouver des moyens d'observation et d'analyse plus épurés et fiables au regard des méthodes scientifiques. Cependant, dans ce contexte, ce n'est que le corps, précisément localisé dans le temps et l'espace et visible aux sens, qui peut servir comme objet de science, tandis que l'âme échappe au mode d'existence causale de la matière et reste dans l'impossibilité d'avoir son existence attestée scientifiquement. Cette union corps-esprit ne peut pas être comprise rationnellement, et la

seule façon de l'attester est au travers du vécu subjectif propre à chacun, ce qui ne configure point une analyse scientifique. Cette question reste donc un mystère pour l'humanité dont le défi à sa compréhension a été déjà lancé à plusieurs reprises, par plusieurs savoirs.

Après le passage par un pari du « tout psychologique » caractéristique du début du XX^e siècle, en arrivant à celui du « tout biologique », représentatif de nos jours actuels, des arguments surgissent récemment pour affirmer que tantôt le codage génétique comme l'environnement sont des conditions nécessaires mais non suffisantes, lorsque prises isolément, pour contribuer au bon développement psychique d'un être humain. Dans un parallèle actuel sur la querelle établie entre Pinel et Itard, nous trouvons une intéressante comparaison réalisée par Jean-François Dortier entre les enfants-placards¹⁹³ et les enfants autistes afin d'illustrer cette question. D'un côté, on trouverait les premiers qui ne se développent pas en absence de contacts sociaux. Ces enfants nous suggèrent que la société est indispensable pour donner le caractère humain au sujet ; de l'autre côté, les enfants autistes, bien que surinvestis et surstimulés par un tas de traitements, ne parviennent pas à se développer normalement.¹⁹⁴

Nous en concluons donc que le devenir humain porte forcément sur l'ensemble corps-esprit, dans une espèce de mutualité entre les deux registres, c'est-à-dire qu'il faut que le système physiologique de l'enfant soit capable d'aller chercher dans son environnement les éléments dont il a besoin pour émerger en tant que sujet social. Cela suggère l'existence d'un processus de coproduction entre le cerveau et son milieu. On y rajoute également qu'il faut que le milieu soit aussi adéquat à son développement et qu'il (la personne représentante) reste attentif aux défaillances présentées par le sujet, car ses stimulations peuvent jouer un rôle décisif dans le déroulement ou pas d'une possible maladie ainsi que le retournement d'un cadre déficitaire présenté par l'enfant depuis le jeune âge. Cela nous amène à une idée qui viendrait basculer la dichotomie corps-âme : la causalité des maladies mentales ne pouvait plus se trouver uniquement d'un seul côté, mais dans une collaboration essentielle entre les deux.

Suivant cette perspective, nous faisons un pas en avant pour sortir d'une querelle, stérile et maléfique à l'évolution des savoirs sur les troubles du développement chez l'enfant, qui

¹⁹³ Ces enfants souffrent d'un mal que le psychologue René Spitz avait appelé « l'hospitalisme ». Privés de contacts, d'échanges avec ses semblables et le monde extérieur, ces enfants subissent de graves troubles de développement à la fois intellectuel, affectif et physique. Parmi les enfants « sauvages », nous avons le cas de Kaspar Hauser, l'enfant apparu à Nuremberg, en Allemagne, au début du XIX^e siècle, après avoir passé des années reclus dans un cachot, à l'écart de tout contact avec la société. Ses comportements étaient semblables à ceux d'un idiot.

¹⁹⁴ Dortier, J-F. Le débat nature/culture relancé. *Sciences Humaines*. 2010, n° 212.

perdure depuis des siècles. Dans ce chapitre, nous comptons faire une analyse critique des trois premiers chapitres de cette étude afin de démontrer, au travers d'une optique « panoramique », la mouvance spirale dans laquelle se retrouvent les bases du savoir en psychiatrie de l'enfant, tout en soulignant les enjeux de société qui sous-tendent ce mouvement. Bien que l'on soit souvent poussé à généraliser le sujet, nous allons essayer de nous concentrer surtout sur la problématique engendrée autour des psychopathologies de l'enfant, l'autisme et la psychose infantile, afin de ne pas perdre le fil rouge de notre étude.

Situant la polémique autour de l'autisme dans un contexte scientifique – puisque dans ce contexte actuel la psychose infantile (ou ses représentants) reste dans l'oubli –, nous allons donc démontrer, à partir des énigmes qui l'entourent, l'imminente relance des idées psychopathologiques qui prennent départ des limitations scientifiques pour comprendre cette affection. Bref, ce chapitre a pour but d'exposer, tantôt les enjeux tantôt les entraves, qui sous-tendent ce changement de paradigme dans le milieu psychiatrique. Nous prétendons ainsi montrer l'importante tâche d'imposer la fin d'une opposition de savoirs et l'émergence des dialogues productifs afin que l'enfant ne soit plus tranché selon les savoirs qui l'abordent, mais comme un être dont les sens physiques et psychiques se nouent au fur et à mesure de son développement.

Ensuite, nous analyserons les enjeux de société qui sont subjacents à ce phénomène. Nous finirons ce chapitre par une réflexion autour d'un possible dialogue entre les différents champs de savoir (psychanalyse, cognitif, psychiatre, biologique), seul moyen, à notre avis, d'éviter l'établissement d'une pensée unique et de faire émerger de nouveaux éclairages, des questionnements permettant d'affiner notre compréhension de l'autisme et de la psychose infantile. Nous croyons ainsi que ce dialogue entre la psychanalyse et les nouveaux courants scientifiques est possible et surtout nécessaire.

1. LA CONCEPTION DES MALADIES MENTALES : DES ENJEUX DE SOCIETE ?

Comme on a pu l'élucider dans les premières parties de cette étude, la société et les intérêts particuliers des groupes restreints sont, sans doute, en partie responsables des transformations produites au sein de la clinique psychiatrique. Ce fait est indéniable ! Toutefois, on s'interpelle encore sur l'origine des intérêts qui ont favorisé ce remaniement

sémantique entre l'autisme et psychose infantile : quelles sont donc les valeurs sociales qui le sous-tendent ? Serait-il uniquement le résultat des intérêts des parents des enfants malades mentaux qui ne veulent plus se voir impliqués dans la souffrance psychique des enfants et cherchent à se protéger de ce sentiment insupportable de culpabilité systématiquement relancé par le terme de psychose infantile ? Que veut la société en essayant de survaloriser l'objectivité du corps au détriment de la subjectivité psychique, en masquant la psychose chez l'enfant et en mettant trop en évidence l'autisme ? Y aurait-il d'autres intérêts associés à cette problématique ?

Pour chercher la source des idées qui sont à l'origine de cette transmutation des termes d'autisme et psychose, nous devons concentrer nos attentions sur les changements socio-politico-culturels qui ont eu lieu surtout aux Etats-Unis, entre les années 1940-80. Les arguments qui nous mènent à étudier spécifiquement ce pays sont nombreux : c'est aux Etats-Unis que le terme d'autisme est décrit pour la première fois, comme un tableau clinique spécifique de l'enfant ; il a été le premier pays à rejeter la psychanalyse parmi les pays occidentaux ; c'est là-bas qu'a été décrit le premier boom épidémiologique de l'autisme ; c'est aussi là-bas qu'on voit se produire les premières réactions de parents d'enfants autistes et la création de leur première association ; c'est aussi un pays qui a imposé sa nosographie comme référence mondiale – le CIM devant s'adapter aux nomenclatures imposées par le DSM en ce qui concerne les maladies mentales. Nous allons retracer l'histoire de la psychiatrie de l'enfant aux Etats-Unis, afin de retrouver des indices qui puissent éclairer nos questionnements.

Kraepelin comme Bleuler avaient déjà noté qu'un petit nombre de leurs déments précoces ou de leurs schizophrènes présentaient des troubles apparents depuis l'enfance, mais c'est un psychiatre américain qui fut le premier à décrire la schizophrénie infantile. Après Potter, d'autres psychiatres comme Juliette Louise Despert, Jakob Lutz et Laurette Bender se sont également dédiés à l'étude de la schizophrénie infantile dans les années 1930-40, ouvrant le chemin à Léo Kanner pour décrire l'autisme infantile précoce comme un tableau clinique spécifique à celui de la schizophrénie.

Suivant la tendance des psychiatres de son époque, Kanner considère l'autisme comme un trouble relationnel et aboutit à la discussion du rôle des parents dans la genèse de ce syndrome. Ceci marque le premier moment de sa théorie où il va déclarer que certains comportements des parents – surtout le manque de chaleur – peuvent être à la source de ce syndrome, comme il nous le montre à travers ses propres mots : « Je me suis arrêté assez longtemps à la personnalité et à l'attitude ainsi qu'au comportement des parents, parce que

ces derniers semblent jeter beaucoup de lumière sur la dynamique de la condition psychopathologique des enfants. »¹⁹⁵ En fait, son propos porte sur l'idée que la solitude innée présentée par ces enfants, rajoutée au caractère « peu chaleureux » des parents, rend cette relation quasiment impossible :

*Il est également important de reconnaître que les forces originellement psychogéniques doivent par leur action endurente transformer la couche psychologique, comme les réflexes conditionnés l'ont clairement montré. Les découvertes des anomalies biochimiques et psychologiques sont seulement le point de départ dans la recherche d'une étiologie.*¹⁹⁶

Outre ses changements théoriques, ses déclarations à propos de parents d'enfants autistes sont rapidement détournées et vulgarisées comme étant une forme de jugement, voire une condamnation des parents, pris comme les seuls responsables de la maladie de leurs enfants. Renforcé par les déclarations de Bruno Bettelheim selon lequel l'autisme serait un syndrome qui proviendrait d'une situation destructrice aboutissant à une déshumanisation de l'individu, ce malentendu devient source de violentes réactions des parents. Ces déclarations marquent l'apparition des premières associations parentales dans les années 1960, aux États-Unis, dans le but de défendre les causes biologiques du syndrome et, à la fois, pour se défendre contre cette écrasante culpabilité projetée dans leur imaginaire. Bernard Rimland, psychologue et père d'un enfant autiste, fonde en 1965, l'*Autism Society of America*, qui s'est diffusée rapidement, gagnant l'adhésion de plusieurs parents d'enfants autistes sur tout l'ensemble du territoire national américain.

En 1969, Kanner s'explique sur ses théories à propos de la froideur des mères auprès de l'« *Autism Society of America* », reconnaissant son erreur. Il est intéressant de souligner qu'après avoir pris la position définitive de l'autisme infantile précoce comme un trouble biologique, Kanner mène une lutte contre les conceptions psychanalytiques de la psychose infantile. Après avoir quitté cette hypothèse, il prétendait mettre en garde la communauté scientifique contre les excès du diagnostic d'autisme qui, aux États-Unis, est confondu avec la notion de « mauvaise mère », responsable du trouble de l'enfant autiste.

La découverte de Kanner a été considérée comme un saut important pour le développement de la psychiatrie de l'enfant « et de l'attention portée aux psychoses infantiles » et quelques années après, ce pédopsychiatre fondera ce qui sera considéré comme

¹⁹⁵ Kanner, (1949) cité par Berquez, G. *Ibid*,

¹⁹⁶ Kanner (1956) cité par Berquez, G. *Ibid*,

l'une des plus importantes revues américaines sur la psychopathologie infantile, le *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*. Le directeur du *National Institute of Mental Health* écrit son espoir face à cette découverte et souhaite que la revue mène de dialogues de différents courants, rassemblant le maximum de connaissances. La psychanalyse était encore représentée par quelques membres du groupe d'éditeurs de cette revue, à côté d'autres membres représentant d'autres courants, ce qui figurait une interdisciplinarité de pensée autour du sujet.

Rien que le titre de cette revue nous fait croire qu'une distinction entre ces entités nosologiques est déjà opérée, tout en préservant la place de la schizophrénie chez les enfants dans le scénario pédopsychiatrique, l'autisme étant déjà décrit comme un trouble biologique. Cette observation est aussi confirmée par l'utilisation du terme schizophrénie infantile dans le DSM-II.¹⁹⁷ Cependant, en 1974, Eric Schopler, éducateur et créateur de la méthode TEACCH (1966), qui apparaît comme un programme d'aide aux personnes autistes remplaçant « l'inefficacité » de la psychanalyse, remplace également Kanner et accède à la direction de cette revue. Celui-ci est parmi les premiers à rejeter publiquement la psychanalyse comme méthode thérapeutique pour l'autisme et à diffuser les méthodes éducatives d'inspiration cognitivo-comportementaliste comme les seules capables d'apporter de bons et rapides résultats à cette maladie. Ne pouvant pas faire autrement, Schopler impose un changement théorique des bases de cette revue et l'intitule pour l'occasion *Journal of Autisme and Development Disorders*, sous la justification que les études trouvaient des évidences de la proximité entre l'autisme et les troubles du développement.

Schopler et ses collaborateurs réaffirment la particularité de l'autisme face à la schizophrénie, mais reconnaissent que les psychoses infantiles ne peuvent pas être réduites à la forme de l'autisme et des troubles envahissants du développement. Cependant, les résultats de ce changement nous ont montré d'autres intérêts sous-jacents comme, par exemple, éviter toute référence au terme de schizophrénie infantile et à la psychanalyse. Désormais, cette revue ne publiera plus que des articles dits scientifiques (l'épidémiologie, neuroscience, génétique et méthodes cognitivo-comportementaliste) et les psychanalystes seront exclus de son comité de rédaction.

En fait, les deux facteurs essentiels de ce changement épistémologique de la revue ont été la pression des familles et, en conséquence leur activisme auprès des politiciens, l'implémentation d'une loi reconnaissant officiellement l'existence d'incapacités liées au

¹⁹⁷ Voir tableau 1

développement et la proclamation de prises en charges spécifiques. Ceux-ci se montrent plus décisifs à ce changement que les résultats de recherches scientifiques sur le sujet. Dans sa profonde analyse autour de l'histoire de l'autisme, Hochmann laisse ses remarques à propos de ce changement au sein de la direction de cette revue :

En réalité, l'autisme devient très vite le type des troubles du développement, et toute référence à la psychopathologie et aux thérapies d'inspiration psychodynamique disparaît du sommaire. Quand elle est évoquée, l'approche psychodynamique, au sens large, est assimilée à une mise en cause directe de la responsabilité des parents et traitée, dans le seul historique, comme une idéologie démodée. Le livre des deux rédacteurs du journal s'impose désormais comme le nouveau code de lecture de l'autisme.
198

On voit par là s'esquisser peu à peu une réorientation des bases théoriques de la pédopsychiatrie américaine. Celle-ci, qui depuis le début du XXe siècle, avait toujours accepté comme premier axiome l'identification et le traitement des causes plutôt que des symptômes présentés par l'enfant en souffrance psychique, apparut pendant ce temps comme un terrain favorable au développement des idées psychanalytiques. Ce n'est qu'avec la publication du DSM-III, en 1980, qu'un tournant radical au sein de la psychiatrie se confirme et la psychanalyse se voit définitivement rejetée de ce milieu. Cette nouvelle édition porte en elle un caractère « a-théorique », proclamant désormais une psychiatrie scientifique, basée uniquement sur des données statistiques et neutres à toute pensée théorique et idéologique annexée à la psychiatrie et notamment la psychanalyse. On voit donc soudain disparaître les références aux structures névrose, psychose et perversion, ainsi que le terme de schizophrénie auparavant appliqué aux enfants.¹⁹⁹

Stuart Kirk et Herb Kutchins, dans un ouvrage consacré essentiellement à élucider les intérêts camouflés par l'apparition du DSM-III, attirent notre attention sur le fait que les promoteurs de cette révolution étaient d'insipides officiels d'agences gouvernementales, d'associations professionnelles et de centres universitaires, dont les intérêts étaient plus bureaucratiques et politiques que vraiment scientifiques. Cependant, la défense de la science comme seule forme de construction du savoir était l'argument utilisé comme l'étendard d'une révolution scientifique au sein du champ psychiatrique. Ceci emballe les détracteurs de la

¹⁹⁸ Hochmann, J., Histoire de l'autisme, *op.cit.* p. 419

¹⁹⁹ Kirk et Kutchins, *Aimez-vous le DSM ?*, *op.cit.* p. 133-38

psychanalyse qui soutiennent fortement le passage de base psychanalytique à une base dite « scientifique ».

Nos questionnements sont d'autant plus éclaircis par l'attirante réflexion réalisée par Jacques Hochmann, dans laquelle il analyse le lien entre l'extension exagérée de l'autisme, la chute de la psychanalyse comme méthode psychothérapeutique et l'émergence du néolibéralisme américain.²⁰⁰ Son enquête révèle la coïncidence des dates frappantes entre l'arrivée du président Ronald Reagan au pouvoir, en 1981, sa confirmation de l'Etat américain sur une base politique néolibérale et le boom de l'autisme dans le scénario médico-économique. Etant considéré comme une nouvelle « religion » qui attribue une valeur sacrée et ontologique aux réalités du marché, le néolibéralisme gère de forts reproches, notamment celui de conduire à une transformation de l'homme en « marchandise ». Ceci étant, la médecine devient une industrie comme n'importe quelle autre. Aggravé par une récession économique, le budget destiné à la santé connaît des réductions considérables et les longues psychothérapies sont particulièrement touchées, alors que les traitements médicamenteux deviennent plus courants.

Menant cette politique, Reagan suspend les crédits fédéraux votés par l'administration de John Kennedy, ruinant, d'un coup, tout un programme dynamique de « santé mentale communautaire », contraignant les parents d'enfants autistes à se tourner vers le système scolaire, en s'appuyant sur la constitution qui donne à tout enfant un droit à l'éducation. Les théories cognitivo-comportementalistes gagnent un terrain propice au développement et diffusion des méthodes éducatives basées sur ces théories et leur application auprès des enfants autistes. Par ailleurs, ces traitements intensifs affirmaient faire tout autant que la psychanalyse dans un intervalle de temps plus court. C'est ce que nous explique Hochmann :

Le financement de la pédopsychiatrie provient, pour une large part, de fonds fournis par des compagnies d'assurance privées, qui imposent les pratiques, telle la nécessité « de justifier » un diagnostic à partir des comportements observables et des plaintes du patient, avec l'obligation d'interventions thérapeutiques très brèves et d'objectifs comportementaux clairs et mesurables.²⁰¹

Ceci étant, on dévoile ainsi le rôle du diagnostic qui permet aux institutions de santé mentale de déterminer la qualité et la quantité de leurs clients. Lorsqu'un candidat est accepté,

²⁰⁰ Hochmann, L'autisme à l'heure du libéralisme, *op.cit.*

²⁰¹ Hochmann, J., *Ibid.*

le diagnostic qui lui est apposé permet de définir son problème de la manière la plus favorable à l'institution. Les raisons à cela sont claires : économiser de l'argent pour l'Etat. On conclut qu'au-delà de leurs usages scientifiques et cliniques, les diagnostics ont également des incidences budgétaires. C'est ce que dénoncent, Kirk et Kutchins :

*Toute institution de services a besoin de ressources. Dans le domaine de la santé mentale, les ressources budgétaires proviennent pour une part de plus en plus importante des honoraires payés directement par les clients ou par les compagnies d'assurance privées ou des programmes du gouvernement. Les compagnies d'assurance ou les programmes gouvernementaux qui surgissent comme tiers payant exigent souvent une certification formelle du diagnostic. Le diagnostic médical est devenu la base du financement des soins de santé, lui conférant ainsi des conséquences budgétaires directes. Aujourd'hui plus que jamais, le diagnostic en santé mentale est autant une affaire d'argent qu'un acte clinique.*²⁰²

Encore dans le rang des effets économiques qui sous-tendent le changement de conception des maladies mentales, nous trouvons les intérêts des laboratoires pharmaceutiques. Certains professionnels et des enquêtes indépendantes dénoncent le lien existant entre les compagnies pharmaceutiques et certains membres du comité éditorial du DSM. Il semble que celles-ci subventionnent largement les congrès, revues et recherches liés au contenu du DSM, car ce qui y est considéré comme susceptible d'être diagnostiqué a un impact direct sur les ventes de médicaments. Une recherche publiée en 2006 montre les conflits d'intérêt de certains experts du comité du DSM-IV qui ont eu ou ont des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique. D'après cette étude, cela concerne un tiers des experts ayant exercé leur activité au profit de firmes pharmaceutiques. Nous pouvons en conclure que, si des conflits d'intérêts financiers peuvent biaiser les résultats d'une étude, ils peuvent également biaiser les recommandations d'un comité d'experts.

Au cours de cette analyse, nous avons pu comprendre de façon plus claire les effets de l'économie dans la confirmation de ce changement nosologique, de l'amplitude du concept d'autisme et de ses intérêts sous-jacents. Cette évolution sans frein du marché et son infiltration dans les plus divers secteurs de la vie de l'homme, règle sa pensée et le fait croire en l'être humain comme un objet en vente exposés dans des rayons de magasins. L'être humain perd ainsi son humanité et devient l'homme marchandise produit par le système

²⁰² Kirk et Kutchins, *Ibid.* p. 376

néolibéral et conçu comme une entreprise économique auquel on peut appliquer les modèles, les stratégies et les lois du marché. C'est de cette façon qu'on voit l'autisme se transformer, au fil du temps, dans une « affaire rentable susceptible aux vents du marché économique », comme nous signale Hochmann :

*Cette augmentation exponentielle de la prévalence de l'autisme est annoncée, régulièrement, de manière quasi triomphale, par l'Autism Society of America, à la manière dont une entreprise publierait ses comptes d'exploitation. L'autisme apparaît ainsi comme une sorte de produit vendu à un nombre croissant d'exemplaires aux pouvoirs publics qui doivent le traiter, aux bourses privées qui doivent charitablement le soutenir. La compétitivité de l'entreprise, son efficacité se jugent à ses résultats : plus il y a d'autistes diagnostiqués et mieux l'entreprise se porte. Sa publicité incite donc les usagers à réclamer ce diagnostic et les professionnels à le fournir, avec des critères d'inclusion les plus larges possibles.*²⁰³

Ne serait-ce pas là la même cause qui expliquerait la disparité dans la distribution de financements destinés aux recherches en sciences humaines et celles dites « dures » ? Cette idée nous évoque le titre d'un article écrit par Roland Gori intitulé « Thérapies molles cherchent désespérément des pathologies flexibles »²⁰⁴, dans lequel il dénonce cette mutation anthropologique, opérée par la médecine et notamment par la psychiatrie qui réduit l'être humain à la somme de ses comportements. L'auteur dénonce une fétichisation autour du nom autisme qui, d'un point de vue psychanalytique, représente une jouissance partagée par les tenants de l'antipsychanalyse. Selon lui, cela exprime « une jouissance d'un pouvoir gagné sur l'intellectualisme et le subjectivisme des psychanalystes » et le terme autisme apparaîtrait comme « un monument contre l'horreur démentie de toute violence psychique de la psychose » ou encore comme « le symptôme d'une forme de pensée qui ne tolère pas de position subjective. »²⁰⁵

Au travers de cet exposé, nous confirmons ce qui a longtemps été constaté : que les maladies mentales ne sont que des représentations sociales, dont la mouvance aide à l'adaptation aux différentes époques et mentalités. Ainsi, la psychose, ne correspondant pas aux critères de scientificité exigée dans l'actualité, est contrainte de disparaître pour donner sa

²⁰³ Hochmann, *Ibid.*

²⁰⁴ Gori, R. Thérapies molles cherchent désespérément des pathologies flexibles, *Clinique Méditerranéennes*, 2006, n°74, p. 143-172

²⁰⁵ Paul, Alerini, L'autisme : symptôme de l'antipsychanalyse ?, *Essaim*, 2011, vol. 2, n° 27, p.7-31

place à l'autisme, maladie qui n'a été guère prouvée scientifiquement, mais qui porte en soi, cependant, l'espoir de l'homme de pouvoir trouver finalement des réponses à l'un des plus grands mystères de l'actualité. Et quel prix devons-nous payer pour cette ambition humaine ? C'est probablement, voir l'âme, la psyché, l'essence propre de l'humain se réduire à un trouble du comportement.

2. TOURNANT DU TOUT OU RIEN

C'est uniquement par le biais d'une analyse historique de la littérature psychiatrique que nous avons pu cerner les facteurs socio-économico-culturels qui se trouvent à la base du changement sémantique entre l'autisme et la psychose infantile. Nous constatons ainsi que les querelles qui entourent ce sujet sont exemplaires de ces oppositions, à la fois temporelles et spatiales, depuis plus d'un siècle. Nous soulignons spécialement le fait que l'évolution sémantique des termes sous lesquels une maladie est connue, est comme le reflet de son histoire culturelle dans laquelle le glissement sémantique des termes d'autisme et psychose s'inscrit déjà comme un événement marquant dans l'histoire culturelle de la folie.

« On ne se passionne que pour ce qui est obscur, car l'évidence exclut toute opinion individuelle »²⁰⁶, constate l'écrivain Ernest Renan. Celui-ci définit l'obscur comme « ce qui nous dépasse, et s'impose à nous en nous dépassant », en affirmant que l'être humain est forcément attiré par les énigmes, dans l'essai de éclairer la propre condition de l'homme. Ses déclarations métaphysiques destinées aux idées philosophiques et religieuses trouvent parfaitement leur application dans l'évolution de la psychiatrie. Dans ce domaine, on trouve des idées similaires à la pensée de Renan dans les études de Jean Garrabé lorsqu'il essaye de retracer l'histoire de la schizophrénie. Celui-ci constate, à son tour, que les maladies mentales sont marquées dans la culture comme des représentations symboliques de la peur fondamentale de l'être humain, et leur nom « finit par devenir le moyen métaphorique de signifier l'innommable », l'incarnation de l'obscur sur laquelle il faut se pencher pour décrypter l'énigme. Il nous explique encore que :

A chaque époque correspond ainsi, dans le champ de la psychopathologie, une maladie mentale considérée comme totalement dénuée de sens, incompréhensible, qui devient le modèle paradigmatique de la folie absolue, de cet état où l'on ne trouverait plus aucune trace de raison dans la vie psychique jusqu'à ce que le progrès de la connaissance, en dévoilant

²⁰⁶ Renan, E. *De la métaphysique et de son avenir* (1860), Ed. du Sandre, 2011

*l'explication qui peut être donnée de ces manifestations pathologiques, lui fassent perdre son mystère inquiétant. Elle ne peut plus continuer à jouer un rôle dans cette culture et doit alors être remplacée par une autre maladie entre-temps apparue. Comme les civilisations, les maladies, y compris celles de l'esprit, sont mortelles et leur vie dépasse rarement un siècle, même si certaines peuvent renaître dans les siècles suivant sous une forme ou avec un autre nom.*²⁰⁷

Ceci étant dit, c'est uniquement au regard de l'historique de la psychiatrie que l'on peut comprendre ces affirmations. Suivant l'évolution des représentations autour de la maladie mentale, on observe que le XX^e siècle a été marqué par la fascination que les termes de schizophrénie et hystérie entraînaient dans le milieu médical et philosophique, tandis que le passage au XXI^e siècle s'est fait en interrogeant l'autisme. En ces termes, Grollier remarque qu'un changement curieux s'est opéré d'emblée : l'inversion des valeurs sur le traitement de la causalité corporelle. Initialement, on mettait en cause l'organicité pour l'hystérie et l'on passait à une croyance décidée en cette même organicité pour l'autisme. Selon lui, l'autisme est, sans aucun doute, la maladie représentative de notre siècle :

*Dans l'ensemble des entités produites par le XX^e siècle, l'autisme est celle qui a franchi l'entrée du XXI^e siècle avec le plus de succès dans notre champ, devenant même une référence dans le discours de la société moderne [...] Désormais, l'autisme est une pandémie, quand on regarde le spectre qu'il recouvre, passant de l'isolement déficitaire au TED (Motton, 2004) voire au TEDSI (sans déficit intellectuel).*²⁰⁸

Récapitulons donc l'essentiel de ce changement autour des groupes nosologiques de l'autisme et de la psychose : au départ, on avait le grand groupe des psychoses ou schizophrénies dont l'autisme faisait partie. Après avoir été détaché de ce groupe, puisque ses causes étaient distinguées, le terme d'autisme s'élargit et englobe les entités qui auparavant étaient connues comme des psychoses. Nous pouvons observer là, un grand tournant où le premier groupe des schizophrénies, qui signalait plutôt une étiologie psychique et une prise en charge suivie d'une approche de nature psychodynamique, donne sa place au deuxième groupe qui s'inscrit dans une étiologie purement organique et une prise en charge éducative et médicamenteuse, plus en accord avec les tendances scientifiques de l'actualité. Ce changement terminologique des termes d'autisme et psychose vers le sigle TED devient la

²⁰⁷ Garrabé, J. *Histoire de la schizophrénie*, Paris : Seghers, 1992, p 14

²⁰⁸ Grollier, M. L'autisme au XXI^e siècle. *Cliniques méditerranéenne*, 2007, n°76, p.271-286

plus manifeste représentation de ce glissement sémantique actuel qui accompagne les évolutions d'ordre socio-culturel dans le champ de la psychiatrie.

Psychose ou autisme, c'est le tournant du tout ou rien ! Ce partage extrême d'idées opposées qui entraîne les signifiants autisme et psychose au sein de la société, dans les plus variés aspects, est bien représenté par le tableau ci-dessous :

Tableau (4) : l'opposition d'idées engendré par l'autisme et la psychose

PSYCHOSE	AUTISME
<i>PSYCHANALYSE</i>	<i>NEUROSCIENCES</i>
<i>PSYCHOGENESE</i>	<i>ORGANOGENESE</i>
<i>MALADIE</i>	<i>HANDICAP</i>
<i>PSYCHE</i>	<i>CORPS</i>
<i>PAROLE</i>	<i>PHENOMENE OBSERVABLE</i>
<i>INTERPRETATION</i>	<i>DESCRIPTION</i>

Comme nous l'avons exposé dans le premier chapitre, l'aube de la psychiatrie fut lourdement marquée par un partage entre des idées philosophiques et médicales, où les essais de massifier cette pensée n'ont pas cessé de se reproduire tout au long de son histoire. Il nous semble également important d'accompagner le mouvement de ce tournant à long terme afin d'identifier les dégâts que cette pensée unique peut engendrer, qu'elle soit tout biologique ou tout psychologique. Démarrons donc par le premier tournant qui a eu lieu au XIX^e siècle et rappelons les « effets pervers » que la théorie de la dégénérescence a engendré au sein de la société.

Contrarié par cette opposition corps/esprit, qui n'apportait que des déconvenues, divisant la profession et contribuant à la mauvaise image de la psychiatrie, Morel tente de la dépasser en défendant une conception unitaire où les facteurs physiques, moraux et intellectuels se renforcent mutuellement, ayant tous une même nature. L'hérédité biologique y est soutenue, constituant ainsi une mythologie de la tare, où « le dogme du péché originel vient infiltrer la pensée des médecins qui, en retour, le reformulent dans le langage scientifique de l'époque. » De ce fait, l'être dégénéré, incarné surtout dans la peau des idiots, représente un obstacle au progrès de l'humanité.

Au lieu d'être simplement considérés comme de futurs citoyens en difficulté, réclamant une aide particulière pour venir prendre leur place dans les circuits normaux de consommation

et de production, les personnes inscrites dans une lignée dégénérative sont devenues un fardeau social, qu'il fallait assumer mais en minimisant les coûts. Ceci étant, la psychiatrie inspirée par la théorie de Morel n'est plus une psychiatrie thérapeutique et individuelle. Elle propose d'autres ambitions : cette théorie apparaît à la source de l'eugénisme,²⁰⁹ gagnant ainsi une dimension politique avec la mise en place d'un programme destiné à améliorer la race humaine avec la procréation de sujets sains. Au début du XX^e siècle, l'eugénisme cesse d'être tout simplement une théorie pour devenir une pratique idéologique politique présente dans plusieurs pays occidentaux développés. Ce nouveau programme est pris rapidement comme une solution aux problèmes sociaux de l'époque donnant lieu à l'extermination de centaines de personnes dans le monde entier.²¹⁰

A ce moment-là, une voix se lève contre ces pratiques dangereuses. C'est Freud qui rompt avec cette première période où on tenait pour acquise l'existence des phénomènes dégénératifs, dédiant énormément d'efforts à la distinguer d'une simple prédisposition héréditaire. Freud s'est battu également contre la notion de famille névropathique, qui permettait alors, sur la simple découverte chez un membre d'une famille d'un trouble nerveux quelconque, de postuler une transmission. Récusant au contraire l'existence d'une frontière nette entre des familles surchargées par une hérédité morbide et d'autres, qui en seraient indemnes, Freud esquissait sa conception d'une transition insensible entre le normal et le pathologique. Celui-ci considérait qu'il n'était pas douteux que certaines névropathies puissent se développer chez l'homme parfaitement sain et de famille irréprochable. Le père de la psychanalyse prônait ainsi l'existence d'autres facteurs qui avaient le mérite d'ouvrir un accès à notre travail thérapeutique, tandis que la disposition héréditaire, fixée d'avance pour le malade dès la naissance, arrête nos efforts en pouvoir inabordable.

Des affections comme la névralgie faciale ou les maux de tête, qui pendant tout ce temps avaient injustement été considérées comme transmises par l'hérédité, ont gagné d'autres explications. Comme Freud l'avait remarqué dans ses *Etudes sur l'hystérie*, le fait de rappeler et reconstruire des événements de l'histoire des patients et d'établir un lien avec la souffrance endurée dans leur passé permettait de soigner des symptômes sur lesquels la neurologie classique, à court d'explications et de traitements, ne pouvait apposer son sceau scientifique.

²⁰⁹ Cousin de Charles Darwin, Francis Galton est le responsable de la diffusion de l'idéologie eugéniste, fondée sur les bases de la théorie de la dégénérescence. A travers le programme *eugenics*, il souhaitait se débarrasser des « indésirables » et multiplier les « désirables ».

²¹⁰ Le darwinisme social et l'eugénisme américain ont été très bien accueillis en Allemagne nazie où plus de quatre cent mille personnes jugées inadaptées à la reproduction ont été stérilisées et où l'extermination systématique des malades mentaux a été pratiquée sans peine.

Selon Freud, le psychisme était réglé par des lois propres qui, lorsqu'il trouvait des irrégularités, pouvaient être observées par les manifestations du langage et du corps qui cachent une intentionnalité. Ainsi, il soutenait l'idée d'une cohérence de la vie psychique et refusait l'idée que les comportements, affects et idées puissent ne pas avoir de sens. Il s'élevait donc contre le préjugé théorique des adeptes de la théorie de la dégénérescence qui passait par-dessus bord les lois psychologiques. De nouvelles thérapeutiques apparaissent pour soulager les affections qui prennent le statut nouveau de défenses organisées contre des angoisses.

Plus tard, c'est Lacan qui abolit complètement la notion d'évolution ou de développement par l'implantation de la notion de structure. Tereza Pinto, dans sa thèse sur la psychose, nous rappelle que c'est grâce à la notion de structure psychotique, donc à la forclusion, que toute idée de dégénérescence ou d'évolution de la maladie a pu être écartée du scénario psychiatrique, puisque selon Lacan, c'est à travers la stabilisation de la structure psychotique que le sujet peut nouer un lien social.²¹¹ Le concept de psychose chez l'enfant – mais aussi chez l'adulte – et son association aux idées psychanalytiques contre la dégénérescence vient donner de l'espoir à ceux qui, longtemps confondus à des idiots incurables, recevaient des traitements débilissants dans des asiles, ce qui empêchait le développement de leurs capacités à se réorganiser face au monde extérieur. Un traitement thérapeutique était alors recommandé à des cas de psychoses chez l'enfant les arrachant de la lourde étiquette d'enfants idiots, débiles ou arriérés.

*Le terme de « psychose », qui suscitera plus tard l'ire de certains mouvements de parents, a donc ici une connotation positive. Comme autrefois, pour Bourneville, l'adjectif « médicopsychologique », il engage l'enfant dans une direction thérapeutique et lui ouvre des perspectives de progrès que lui fermaient, au contraire, les anciens vocables de « débile » ou d'« arriéré ».*²¹²

C'est par ce biais que le courant psychanalytique réagira aux mesures de ségrégation, voire de stérilisation ou d'élimination, entreprenant plutôt une conduite thérapeutique qui vise à soigner le patient en détresse psychique. Cependant, comme dans la première période, les propos survenus de cette nouvelle vague idéologique sont devenus source secondaire de

²¹¹ Pinto, T. *Actualité de la notion de structure et de la fonction du père dans la théorie lacanienne de la psychose. Implications théoriques et cliniques*. Thèse de doctorat réalisée sous la direction de Christian Hoffmann, Paris, Université Paris VII, 2010

²¹² Hochmann, Histoire de l'autisme, *Ibid.* p. 324

dégâts lorsque certains, suivant une pensée radicalement unilatérale, ont mis en cause les parents d'enfants en souffrance psychique, entraînant leur culpabilité. Mais c'est surtout le syndrome autistique qui a servi comme étincelle à de nouvelles controverses, provoquant des réactions virulentes de la part des parents qui n'acceptaient pas de se placer comme les « responsables » de la maladie de leurs enfants, étant plutôt convaincus que celle-ci devait configurer une affection organique.

Un troisième tournant se lève dans le scénario psychiatrique, maintenant contre une pensée du « tout psychologique », et vient montrer à travers les idées scientifiques que le corps est aussi porteur d'éléments déterminants au développement de maladies de tout genre, y compris les maladies mentales. Comme nous avons vu, c'est là le moment de la chute du terme psychose infantile qui, trop imprégné de la notion « psy », donne la place au terme d'autisme, plus en accord avec la nouvelle tendance biologique. Cette nouvelle voix, qui vient soulager les parents, gagne à nouveau le support des lois, se déclarant comme discours de vérité. Il faut combattre donc tout le discours abstrait et non-vérifiable venant des professionnels de santé et surtout celles qui provoquent l'angoisse des parents face à la maladie de leurs enfants. Les psychiatres mis en cause s'attachent aux courants scientifiques et laissent tomber leur côté « philosophique ». La maladie mentale ne doit plus rien à voir avec les déconvenues environnementales. C'est Dominique Holvoet qui nous élucide à propos de cette nouvelle tendance et de ses effets, surtout autour de la notion de l'autisme, et affirme que :

*L'élimination de la causalité sexuelle et la description phénoménologique des comportements vont laisser le champ libre au préjugé biologique qui lui-même fera de l'autisme une sorte de « réserve de pathologies ». Le rêve des organicistes est d'effacer l'autisme lui-même en considérant que la réserve va se vider de son contenu au fur et à mesure des découvertes biologique qui isoleraient des syndromes organiques précis, ceci jusqu'à la disparition de l'entité psycho-pathologique comme telle.*²¹³

Bien que son apparition dans les années 1940 a servi comme l'un des freins de l'idéologie eugéniste²¹⁴, la génétique apparaît actuellement, à côté des neurosciences, comme la nouvelle fresque explicative des origines des maladies mentales. Cependant, cette approche ne fait pas non plus unanimité. Certains la considèrent comme une approche fataliste, dû au

²¹³ Holvoet, D., *Ibid.* p.79

²¹⁴ Considérant que chaque individu est porteur d'un certain nombre de gènes délétères, il est vain de vouloir les contrôler uniquement par la reproduction humaine.

fait qu'une maladie génétique est souvent vue comme irréversible et irrécupérable, et aussi exclusive, car la découverte d'un gène responsable amènerait à la croyance d'une cause exclusivement organique. Pour finir le dernier cycle du tournant, nous nous interpellons sur quelles déconvenues cette nouvelle tendance, qui insiste à son tour à retomber sur un idéal d'une pensée unique, ne concevant que les facteurs organiques qui se jouent dans l'avènement d'une maladie mentale, peuvent nous amener.

L'essai de prouver, coûte que coûte, l'organicité des troubles autistiques à travers le repère d'un facteur concret – un gène, serait plus plausible –, a pour but de mettre en doute tous les savoirs abstraits dits jusqu'à présent sur le sujet et soulager ainsi les familles qui se voient impliquées dans cette affaire. Certains défenseurs de la causalité organique de ce trouble osent envisager l'autisme comme la trisomie 21, qui pendant longtemps a été confondue dans le groupe des idiots, apparaissant aujourd'hui incontestablement comme une maladie génétique congénitale facilement dépistée, n'ayant plus rien à voir avec le groupe des affections psychiques ou arrêts du développement.

Par ailleurs, Jean-Claude Maleval nous rappelle que cette tendance d'un choix biogénétique exclusif porte déjà de lourdes conséquences sur le traitement des sujets autistes car ceux-ci sont pris comme des arriérés congénitaux et non comme des sujets en devenir. C'est sur ce point-là que nous devons attirer l'attention sur les déconvenues qui peuvent émerger de cette pensée. En sachant qu'actuellement en France, le dépistage précoce des malformations du fœtus permettent aux parents d'opérer une interruption de grossesse, même dans des grossesses avancées, sous prétexte de leur donner la liberté de choisir leur destin, nous restons vigilants et interpellons ce désir des scientifiques de trouver à tout prix un élément concret qui justifie l'organicité de l'autisme. Dans ce contexte, nous laissons ici notre question : dans une société qui ne se dit pas ouvertement eugéniste, mais qui utilise pourtant de moyens semblables, pourquoi l'enfant autiste serait moins handicapant aux parents que l'enfant trisomique ?²¹⁵

²¹⁵ La loi française permet l'interruption médicale de grossesse (I.M.G) à tout moment de la grossesse. Le dépistage précoce de la Trisomie 21, par exemple, entraîne 95% des parents à l'effectuer. Le rapport du 26 juin 2006 de la Cour de comptes estime que l'Etat français a dépensé 100 millions d'euros, en 1999, avec le dépistage et diagnostic de la trisomie 21. Les autorités reconnaissent le coût élevé de cette procédure mais affirment que cela est infiniment moins cher que la prise en charge qui devrait être destinés aux personnes avec cette maladie au cas où elles seraient vivantes. Le dépistage de la trisomie 21 à l'issu duquel aucune thérapie ne peut être proposée et où l'avortement est très fréquent, est considéré par les professionnels qui le conduisent comme un *dépistage eugénique*. Or, en quoi la prise en charge des enfants trisomiques serait plus complexe et coûteuse que celle destinée aux enfants autistes ?

Force est de constater que toute forme de connaissance a tendance à se montrer exclusive et ignorer le savoir qui s'en oppose. Cette constatation générale est encore plus vraie dans le cas de l'autisme qui est contagieux et entraîne les interlocuteurs de l'enfant vers un repli sur des positions exclusives. Cependant, l'autisme qui a autant suscité de fanatismes, s'avère l'énigme qui vient remettre en question ces formes de pensées unilatérales. C'est peut-être un point de départ où ces approches auront tout intérêt à percevoir mutuellement dans le savoir de l'autre une possibilité d'extension de leur propre savoir. Maleval affirme encore que : « Tant qu'une hypothétique thérapie génique ou chimique ne sera pas en mesure d'éradiquer l'autisme, l'étude du fonctionnement subjectif, dont la dépendance à l'environnement est essentielle, reste incontournable. »²¹⁶ Il semble important de souligner que la réciproque est aussi vraie, afin d'éviter une relance d'une nouvelle boucle de cette spirale qui retarde la production de connaissances complexes autour de la maladie mentale.

En bref, nous laissons ici une vérité qui peut sonner comme provocatrice à certains savoirs qui se veulent « tout puissant », à savoir que, jusqu'à présent, aucune approche n'est capable de cerner toute seule l'étiologie, le diagnostic et la prise en charge de l'autisme. Au lieu d'affronter ce fait comme une blessure narcissique, les diverses approches dédiées à l'étude de la maladie mentale devaient la prendre comme un élément qui leur permet d'élaborer une prise de conscience pour dépasser les querelles stériles qui se font jour actuellement, et progresser à dévoiler cette énigme qui incite tant la curiosité des chercheurs. Nous considérons que l'articulation de ces savoirs est sûrement le meilleur remède pour éviter que des idées ne sombrent dans une idéologie comme autrefois.

Ayant élaboré un détour par l'histoire de l'autisme, Jacques Hochmann a pu également avoir un aperçu de ce mouvement spirale d'idées qui se superposent les unes sur les autres sans se rendre compte que l'évolution du savoir se fait par un éternel jeu d'opposition. A ce propos, Hochmann livre son avis :

*Si on envisage cette histoire sur une longue durée, on est frappé en effet par le retour perpétuel des mêmes problématiques et des mêmes attitudes idéologiques, qui estompent la diversité des opinions à un moment donné. L'idiotie et l'autisme sont un bon révélateur de la permanence de théorisations qui, travesties dans un langage moderne, visent peut-être encore, comme autrefois, à rationaliser ces attitudes, sur un mode plus philosophique que scientifique.*²¹⁷

²¹⁶ *Ibid.* p. 18

²¹⁷ *Ibid.*

L'auteur élabore une autre réflexion par la même occasion, où il affirme la proximité des discours identitaire et idéologique autour de la maladie mentale entre l'hérédité du XIX^e siècle et la génétique de nos jours, tous les deux tenant comme caractéristique principal l'aspect messianique de ses découvertes :

*Même si la génétique connaît actuellement un essor considérable qui repose sur des données vérifiées, il est aussi possible de mettre en perspective la propension moderne à simplifier la complexe problématique de l'inné et de l'acquis et à attribuer aux gènes le rôle étiologique exclusif dans l'autisme et dans la schizophrénie, en rappelant l'époque où les aliénistes affirmaient, sans preuves convaincantes, que l'hérédité était la « cause des causes ».*²¹⁸

Afin de récapituler ce qu'on vient d'exposer, nous avons élaboré un tableau qui résume ce mouvement d'opposition entre savoirs du corps et de l'âme, qui partage la psychiatrie depuis des siècles.

Tableau (5) : déconvenues de la pensée unique au long des siècles

<p>XIX^e SIECLE</p> <p>↓</p> <p>IDIOTIE</p> <p>↓</p> <p>INCURABLES</p> <p>↓</p> <p>EDUCATION</p> <p>↓</p> <p>THEORIE DE LA</p> <p>DEGENERESCENCE</p> <p>↓</p> <p>« TOUT BIOLOGIQUE »</p> <p>↓</p> <p>EUGENISME</p>	<p>XX^e SIECLE</p> <p>↓</p> <p>PSYCHOSE</p> <p>↓</p> <p>CURABLES</p> <p>↓</p> <p>THERAPEUTIQUE</p> <p>↓</p> <p>THEORIE</p> <p>↓</p> <p>PSYCHANALYTIQUE</p> <p>↓</p> <p>« TOUT PSYCHIQUE »</p> <p>↓</p> <p>CULPABILITE DES</p> <p>PARENTS</p>	<p>XXI^e SIECLE</p> <p>↓</p> <p>AUTISME</p> <p>↓</p> <p>HANDICAP</p> <p>↓</p> <p>EDUCATION</p> <p>↓</p> <p>BIOGENETIQUE</p> <p>↓</p> <p>« TOUT BIOLOGIQUE »</p> <p>↓</p> <p>VERS UNE NOUVELLE</p> <p>FORME</p> <p>D'EUGENISME ?</p>
--	---	---

3. LE FANTASME MEDICO-PHILOSOPHIQUE DE LA PSYCHIATRIE RENAÎT FACE A L'AUTISME

²¹⁸ *Ibid.* p.34-35

Les premiers moments de ce chapitre nous ont donné une estimation des intérêts et sentiments sociaux qui sous-tendaient toutes ces transformations autour de la compréhension de l'autisme et la psychose au sein de la psychiatrie. Reste donc claire la soumission du savoir psychiatrique aux exigences de la société et des savoirs partagés. Cette mouvance qui expose le détachement progressif de la psychiatrie à ses origines n'est pas une nouvelle et a déjà fait l'objet d'études de nombreux philosophes et historiens au fil du temps. Nous ne pourrions pas nous abstenir de citer ici les importantes contributions laissées par Michel Foucault dans ses études mémorables sur la folie, dont la sensibilité et la perspicacité ont pu situer dans l'histoire la première grande « désalienation » – et pourquoi pas dénaturalisation – au sein de la psychiatrie de l'âge classique.

*La psychiatrie n'a plus besoin de la folie, elle n'a plus besoin de la démence, elle n'a plus besoin du délire, elle n'a plus besoin de l'aliénation pour fonctionner. La psychiatrie peut psychiatriser toute conduite sans se référer à l'aliénation. La psychiatrie se désalienalise. [...] La psychiatrie voit s'ouvrir devant elle, comme domaine de son ingérence possible, comme domaine de ses valorisations symptomatologiques, le domaine tout entier de toutes les conduites possibles.*²¹⁹

Plus récemment, d'autres savants ont dénoncé le deuxième grand changement qui a provoqué définitivement la disparition de la psychiatrie classique. Selon Paul Bercherie, ceci est le résultat de l'apparition des thérapeutiques biologiques qui agissent sur le comportement manifeste du patient, guidées par les nomenclatures des manuels de classifications.²²⁰ Devoir trouver toutes les explications des troubles mentaux dans le fonctionnement cérébral en appliquant des « thérapeutiques » psychopharmacologiques au détriment d'une prise en compte de l'ensemble des conditions dans lesquelles le sujet se trouve inséré et de ce qu'il apporte en forme de symptôme, c'est nier l'essence même de ce qu'est la psychiatrie. L'abandon voilé de sa racine « psy », au nom d'une reconnaissance scientifique, conduit à une deuxième grande « désalienation ». Cependant, ce même désir scientifique qui, à la fois, la séduit et la trahit, amène la psychiatrie sur un terrain redoutable.

Jacques-Alain Miller illustre drôlement un portrait qui montre l'incompatibilité et l'incohérence de cette alliance entre la psychiatrie et la biologie moléculaire. Selon lui, alors

²¹⁹ Foucault, *Les anormaux, Cours au Collège de France. 1974-1975, 1999*, p.14

²²⁰ Bercherie, P., *Histoire et structure du savoir psychiatrique : les fondements de la clinique 1*, Paris : L'Harmattan, 2004

que « la psychiatrie dit à la biologie moléculaire : je t'aime, celle-ci lui répond : crève. »²²¹ Cette caricature porte sa plus profonde vérité : la psychiatrie ne pourra jamais se débarrasser de son caractère « philosophique » qui est à son origine et qui la poursuit, maintenant, comme l'ombre d'un paradoxe : si elle garde son essence « philosophique », elle perd sa légitimité en tant que science, tandis que si elle s'en débarrasse, elle perd son essence. Aussi traversé par ces questionnements qui touchent souvent l'étude des psychopathologies infantiles, Jacques Hochmann lance un avis critique sur l'actualité de cette situation et nous dévoile, malgré tous ses efforts, l'appartenance permanente – bien que dissimulée – de la psychiatrie au courant médico-philosophique :

*Les fondateurs de la psychiatrie qualifient leur discipline de médico-philosophique, à une époque, malgré l'ambiguïté du terme, il n'était pas honteux, pour un médecin de s'affirmer philosophe. Dans un domaine où le savoir reste fragile, lacunaire et continuellement contaminé par des mouvements affectifs, il n'est pas sûr que ce qualificatif ne soit pas encore d'actualité. Simplement, les convictions philosophiques sont drapées dans des voiles à prétention plus scientifique qui continuent à masquer, sous des morceaux de preuves empiriques souvent déformées et mal rapiécées, leur vocation idéologique essentielle.*²²²

C'est ce discours messianique proclamé par les recherches biogénétiques qui s'imposent vigoureusement de nos jours, produisant de nouvelles affirmatives sur l'étiologie de l'autisme, masquant le caractère « psy » de cette affection. Ces recherches annoncent la découverte de nouveaux gènes possiblement impliqués dans le syndrome autistique. Selon les généticiens, ce syndrome serait provoqué, en partie, par des mutations génétiques. Ce qui n'est pas évident c'est le fait que certains prennent ces hypothèses comme des vérités conçues et confirmées alors que, jusqu'à présent, aucun facteur génétique n'a été déterminé précisément, tout ce discours n'apparaissant que comme pure probabilité. A cet égard, Bernard Touati, dans le livre *Langage, voix et parole*, laisse sa critique aux théories qui cherchent à tout prix à trouver une cause physiologique de l'autisme :

Il est important de souligner au passage mon désaccord avec les théories attribuant cette apparition, chez l'enfant autiste, à un strict déterminisme génétique et à des effets développementaux dépendant de ce seul

²²¹ Miller et Etchegoyen, *Silence brisé*, Agalma /le seuil, 1996, p. 23-24

²²² Hochmann, *Ibid.* p.34-35

*déterminisme. Cette idée d'un « tout » fixé et donné au départ recèle une forme de postulat créationniste.*²²³

Aucun gène majeur n'a encore été identifié et l'hétérogénéité des résultats obtenus lors des études de liaison suggère une grande « variabilité génétique » de ce syndrome. Nous attirons donc ici l'attention sur le caractère flou et trompeur que ces déclarations peuvent avoir, si elles sont prises isolément du contexte général des études sur le syndrome autistique. Le généticien Thomas Bougeron, en conférence au colloque sur l'Autisme réalisé par la Fondation de France, déclare la forte imprécision à identifier des gènes impliqués dans l'autisme.

*Chacune de nos cellules, affirme-t-il, compte 2 mètres d'ADN. Dans cet ADN on trouve 3,2 milliards de lettres – A, T, G et C, correspondant aux quatre bases du code génétique – et 22 000 gènes. On arrive à visualiser l'ADN grâce aux ultra-violets, et les fragments d'ADN sont alors séquencés. Dans chaque séquence, on cherche à trouver des différences entre personnes autistes et neurotypiques. Or, ce qui distingue deux individus, c'est une unique variation toutes les mille lettres.*²²⁴

Le psychiatre Bruno Fallissard, en conférence à la même occasion, explique la complexité de la question lorsqu'on veut considérer l'autisme comme un trouble dont la cause est purement génétique :

*Parfois, on entend dire qu'une part considérable de la variance du phénotype autistique étant expliquée par la génétique, la cause de la maladie résiderait dans les gènes. C'est faux. Prenons comme contreexemple la phénylcétonurie. Cette maladie, dépistée systématiquement chez les enfants, présente un déterminisme génétique complet. Pourtant, il suffit d'un régime pauvre en phénylalanine pour que le patient soit exempt de troubles. La cause de la maladie est-elle donc dans les gènes ou dans l'alimentation ? Ce n'est pas parce qu'il existe des marqueurs génétiques très fortement associés à une maladie que celle-ci présente un déterminisme causal génétique. Il s'agit là d'une source d'espoir : le mal n'est pas systématiquement irréversible.*²²⁵

²²³ Touati, B, Quelques repères sur l'apparition du langage et son devenir dans l'autisme in Touati, B., Joly, F. et Laznik M-C, *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris : PUF, 2007

²²⁴ Bougeron, T., *Identifier des gènes permet de comprendre et d'offrir aux personnes avec autisme le meilleur environnement possible*, Actes du Colloque Fondation de France, « Autisme : de la recherche aux pratiques, Paris, 2 octobre, 2009, p. 11-12

²²⁵ Fallissard, B., *Etat des lieux général dans le domaine de l'autisme*. Actes du Colloque Fondation de France, « Autisme : de la recherche aux pratiques, Paris, 2 octobre, 2009, p. 6-7

Nous remarquons ainsi que cette notion de transmission génétique – ou héréditaire, comme autrefois – est souvent prise à tort, lorsque diffusée au grand public, sans être accompagnée d'explications plus profondes, conduisant aux pires erreurs d'interprétations. Essayons de la poser sur des bases plus claires : ce n'est pas un caractère qui est transmis, mais ce sont plutôt les ascendants qui transmettent à leurs descendants une information chimique portée par les chromosomes des gamètes ; leur assemblage constitue le génotype qui peut être défini comme l'ensemble des potentialités génétiques de l'individu ; le phénotype est l'ensemble des manifestations d'un ou de plusieurs gènes qui s'observent dans un milieu et pour une population donnée.

D'après cela, il faut encore souligner que les facteurs génétiques ne représentent qu'une probabilité du développement d'une maladie. Celle-là n'est vraiment déterminée qu'à partir d'un assemblage avec les facteurs environnementaux dans lesquels ils interagissent réciproquement. Par ailleurs, le développement du phénotype à partir du génotype dépend de l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux multiples. De nombreuses recherches ont révélé que la plupart des phénotypes dépendent d'un faible nombre de locus à effets majeurs, régulés par des facteurs polygéniques et environnementaux.²²⁶ Nous en concluons donc que donner trop d'importance aux facteurs génétiques et biologiques au détriment de l'environnement où le sujet est placé, dénie le fait qu'un être ne devient humain qu'à travers son rapport avec son semblable, puisque c'est là la clé de tout devenir humain.

Ce fait est remarquablement observé dans les recherches génétiques sur l'autisme. La concordance pour l'autisme chez les jumeaux monozygotes, bien que toujours supérieure à celle des dizygotes, est inférieure à 100%. Jean-Claude Maleval dénonce le fait que dans les interprétations des études avec des jumeaux autistes, on reste toujours fixé sur la considérable prévalence de l'autisme chez les jumeaux monozygotes comparés aux dizygotes, mais on ne souligne guère le fait que ces résultats n'atteignent jamais 100%. Certes, l'analyse de ces résultats nous permet de considérer l'existence d'une composante génétique mais « elle met en évidence, du même coup, dit-il, la participation d'autres facteurs dans la génération du trouble, laissant ainsi une large place aux facteurs environnementaux. »²²⁷

Selon certains généticiens, ce décalage peut être interprété comme la conséquence d'une expressivité variable du génotype. Cette probabilité pourrait être fonction de l'arrière-fond génétique et de l'environnement qui ne doit pas être défini seulement comme un

²²⁶ Nous rappelons ici la notion de norme de réaction prônée par Goldschmidt, 1961 et Hirsch, 1967, selon laquelle un génotype n'a pas le même effet dans deux environnements différents et que le même environnement n'agit pas de même façon sur deux génotypes dissemblables.

²²⁷ Maleval, *Ibid.* p. 16-17

environnement socio-affectif mais aussi comme l'environnement biologique. Pour Folstein et Rutter, ces résultats les amènent à l'idée que l'autisme pourrait résulter de la combinaison de facteurs génétiques et exogènes : génétiques puisque la concordance est nettement plus élevée chez les monozygotes que chez les dizygotes ; exogènes puisque l'étude des couples discordants suggère que le trouble peut être la conséquence d'accidents périnataux non génétiques responsables de lésions cérébrales organiques. Ceci étant, une grande majorité de chercheurs se montre convaincue du fait que l'environnement peut influencer, non pas le contenu du génome en tant que tel, mais l'expression de celui-ci.

Mais ce n'est pas seulement la génétique qui avance dans les propositions sur les possibles causes de l'autisme, sans prendre en considération les conditions environnementales dans le développement de ce syndrome. Un courant d'idées développementales et cognitivistes suppose que l'autisme serait provoqué par les troubles de la perception visuelle, comme l'indique l'hypothèse soutenue par des chercheurs en psychologie à l'université de Montréal.²²⁸ En 2001, Bruno Gepner propose le concept de « *Malvoyance* » des mouvements, partant de l'hypothèse que certains déficits des enfants autistes pourraient découler d'une anomalie de l'intégration visio-motrice de tous les mouvements.²²⁹ Les expériences montrent que ces enfants n'aperçoivent pas ce que les autres aperçoivent et ils ne regardent pas ce que les autres regardent. Cela créerait un écart entre l'enfant autiste et son entourage puisqu'il ne partagerait pas les mêmes expériences que les autres enfants, celle-ci étant la cause de son isolement. La conclusion qu'il en tire, c'est que le bébé, porteur de cette anomalie, ne peut pas construire de représentation cohérentes et unifiées du monde, vivant dans une sorte de réalité morcelée où il ne peut interagir que partiellement et inefficacement.

Ces découvertes, ainsi que d'autres dans le domaine scientifique, apportent des éléments extrêmement importants pour la compréhension du fonctionnement autistique, mais elles ne sont pas toutes seules en mesure d'expliquer son étiologie, ce qui les amène à des embarras au moment où elles sont mises en cause. Expliquons mieux : une énigme surgit lorsqu'on prend en compte l'inverse de ces constatations, c'est-à-dire, des enfants atteints de troubles de la perception visuelle qui ne deviennent pas autistes. Il est possible de vérifier un développement psychique normal chez les enfants portant des troubles graves de la vision, comme la cécité congénitale ainsi que d'autres troubles perceptifs comme la surdité.

²²⁸ Mottron, L. et Belleville, S. *L'Hypothèse perceptive visuelle dans l'autisme*, *Psychologie française*, 1998.

²²⁹ Gepner, B. Malvoyance du mouvement dans l'autisme infantile? Une nouvelle approche neuropsychopathologique développementale in *La psychiatrie de l'enfant*. 2001/1 vol.44

Ainsi, cette querelle sur la génétique, cognition ou biologie et l'environnement reste fondamentale dans la discussion de l'étiologie des maladies mentales, et surtout du syndrome autistique. En effet, on ne peut pas prendre l'autisme comme n'importe quelle autre maladie génétique comme, par exemple, la trisomie, anomalie chromosomique qui n'empêche pas le sujet de se mettre en relation avec son entourage. L'énigme de l'autisme se trouve justement dans ses traits symptomatologiques : isolement et immutabilité. L'autiste refuse toute sorte de contact avec l'autre et semble vivre dans un univers propre à lui, impénétrable et résistant à toute possibilité d'intervention externe. Malgré les efforts des associations de parents d'enfants autistes, associés à toutes les nouvelles propositions de certains professionnels à faire sortir l'autisme du champ sanitaire, ce sont les propres symptômes autistiques qui conservent leur permanence dans les plus profondes réflexions sur l'essence de l'homme. Ainsi comme la folie, qui autrefois a donné des pistes pour comprendre la condition humaine, l'autisme éprouve son tour. A ce propos, Jacques Hochmann déclare :

*L'autisme reste aujourd'hui plus que jamais, une forme de discorde, un nœud de conflits où se jouent sur un mode dramatisé et paradigmatique, les grandes questions de la psychiatrie qui ouvrent au-delà, sur les angoissants problèmes posés par l'existence de la folie et par son enracinement ontologique dans la réalité psychique de l'être humain.*²³⁰

Bien que cela puisse paraître un élément assez important pour l'avènement de l'autisme, il ne s'agit pas de se poser uniquement sur ces indices objectifs trouvés dans les dysfonctionnements du corps pour y affirmer une possible cause étiologique. Le syndrome autistique se présente, de plus en plus, comme relevant d'une multitude de facteurs, étant là le grand défi des savoirs contemporains. C'est donc la raison pour laquelle nous plaçons maintenant pour une interlocution entre les études en neurosciences et psychopathologie.

4. PSYCHANALYSE ET COURANTS SCIENTIFIQUES : UN DIALOGUE EST-IL POSSIBLE ?

Plus que possible, un dialogue entre la psychanalyse et les courants scientifiques dans le domaine des maladies mentales s'avère urgent et nécessaire. Mais d'après l'aperçu que nous avons eu ci-dessus, des problèmes épistémologiques se présentent davantage lorsqu'on suggère une interlocution entre ces deux courants. Ce qui n'est pas étonnant puisque, pour

²³⁰ Hochmann, *Ibid.*

produire des connaissances sur le fonctionnement mental, chacun part des éléments qui se trouvent dans les extrêmes opposés, nous faisant croire que ces savoirs suivent un cheminement assez souvent parallèle, avec de rares rencontres et, lorsque celles-là arrivent, les confrontations sont tout autant inévitables et, des fois, explosives. Dans l'histoire de la psychiatrie, on a vu se jouer une alternance entre ces deux savoirs : on a recours aux neurosciences lorsque les théories psychodynamiques se montrent défailantes et, dans le sens inverse, on revient aux idées psychodynamiques, une fois que les neurosciences, avec ses vérités messianiques, se montrent tout à fait décevantes.

Mécontents de ces tours de rôle agaçant, certains auteurs proclament le besoin d'un dialogue entre psychanalyse et neurosciences. Ce qui pour certains n'a aucun sens parce qu'ils croient que les neurosciences auront toujours le dernier mot sur la psychanalyse, pour d'autres, c'est le seul moyen de sortir d'une opposition stérile et maléfique au développement des connaissances sur les psychopathologies et des adultes et surtout des enfants. Serge Lebovici est l'un des premiers psychanalystes à déclarer l'importance de cette rencontre d'idées et à soutenir un changement de paradigme. Celui-ci inscrit ses études dans un esprit pluridisciplinaire à partir duquel il aborde les études plus récentes de la psychanalyse, tout en accompagnant les dernières données de travaux dans le domaine des approches cognitive, génétique et neurobiologique. A ce propos, il affirme que :

*La psychanalyse n'a aucune raison d'avoir peur des avancées actuelles formidables des neurosciences. Elle les attend même avec impatience dans la mesure où ces nouvelles données ne pourront que nous servir de nouvelles portes d'entrée dans notre modèle, nécessairement poly-factoriel, de toute situation psychopathologique.*²³¹

Et c'est surtout la problématique posée par l'autisme qui vient accabler cette discussion. Selon Hochmann, beaucoup de psychanalystes reconnaissent actuellement les limitations de la psychanalyse face à ce syndrome, puisque celle-ci « n'a aucune légitimité pour déterminer les facteurs, vraisemblablement multiples et intriqués, d'une pathologie qui représente, probablement, une voie finale commune, un mode de réaction global de l'enfant à des perturbations diverses, en grande partie organiques, voire génétiques. » Il poursuit son idée en affirmant que :

²³¹ Lebovici, S., cité par Golse, B., L'Autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse : convergences et controverses. *Enfances et Psy*, 2001, n° 46, p. 30-42

*Le problème de l'autisme infantile pourrait être alors une de ces régions où le psychiatre psychanalyste aurait la possibilité, à partir de sa clinique, de poser des questions au neuroscientifique et où le neuroscientifique pourrait, à son tour, interroger le clinicien sur sa pratique, en lui apportant peut-être des éléments de connaissance susceptibles d'enrichir ou de réorienter cette pratique.*²³²

Une pluridisciplinarité s'impose alors dans le champ de l'autisme.²³³ Mais il est important de rappeler que les articulations entre la psychanalyse et les neurosciences ne sont pas de faits nouveaux et que la dernière n'est pas si étrange et incompatible avec la première. Pour démontrer cela, il faut remonter à la phase pré-analytique, lorsque Freud, avec son esprit positiviste, propose une description d'un modèle neuronal à partir des connaissances physiologiques, dans le but de construire une psychologie scientifique. Ce projet de naturaliser l'esprit, qui se compare actuellement aux neurosciences cognitives, ne pouvait alors être réalisé à ce moment-là, faute de moyens d'exploration capables d'enregistrer les modifications cérébrales contemporaines des états mentaux étudiés. Bien que rapidement contraint de se plier à ses ambitions premières et de se satisfaire d'un langage purement psychologique, Freud ne devait jamais renoncer à classer sa « jeune science » au nombre des sciences de la nature. Celui-ci a déclaré dans l'Abrégé qu'il n'était pas exclu qu'on établisse dans le futur, que ces troubles psychiques étaient imputables à une altération de la chimie du cerveau qu'on pouvait alors corriger. Mais en attendant, la psychanalyse devait s'appliquer à comprendre les processus à l'œuvre dans les phénomènes pathologiques présentés par la clinique, afin d'assurer la prise en charge de ces patients concernés et de soulager leur souffrance autant que possible.²³⁴

En ce qui concerne spécifiquement l'autisme, cette déclaration s'avère également vraie pour les psychanalystes qui ont vu là une barrière au savoir psychanalytique à apporter toutes les réponses à une affection psychique comme autrefois. Ils s'y sont vu contraints d'accepter que quelque chose dépassait le registre du purement psychique. C'est le cas de Klein, Mahler,

²³² Hochmann, J., A la recherche d'un dialogue entre neurosciences et psychanalyse : l'exemple de l'autisme infantile. *Revue française de psychanalyse*, 2007, vol. 71, p. 401-418

²³³ En France, les forces pluridisciplinaires sont réelles mais dispersées. Cette situation amène la communauté scientifique concernée à la constitution d'un réseau national pluridisciplinaire sur le thème de l'autisme. Les objectifs principaux du réseau sont de trois types : Identifier et construire la communauté scientifique des différentes disciplines cognitives d'étude de l'autisme ; Encourager les rencontres pluridisciplinaires et les relations interdisciplinaires régionales, nationales et internationales ; Organiser la communauté scientifique et sa visibilité. Houzel, D., Les modèles dynamiques de l'autisme. *Perspectives psy*, 2006, vol. 45, p. 213-216

²³⁴ Freud, S., *Abrégé de psychanalyse*, (1938), Paris : PUF, 2011

Meltzer, Tustin, Mannoni et même Bettelheim, tous ayant évoqué à un moment ou à un autre de leurs théories de possibles contraintes constitutionnelles jouant un rôle important pour l'avènement de l'autisme.

Actuellement, Bernard Golse apparaît comme l'un des psychanalystes qui se lance en avant-garde des travaux interdisciplinaires, dans lequel la psychanalyse dialogue avec toute sorte de discipline scientifique. Celui-ci accompagne les découvertes récentes en neuro-imagerie avec des autistes et essaye de montrer comment ces nouvelles données peuvent s'articuler avec une conception psychodynamique de ces pathologies. Comme Golse, Delion considère que la collaboration avec la neurobiologie leur paraît la meilleure voie, à condition que cette collaboration s'oriente également vers des travaux des psychanalystes. Il y aurait ainsi un projet de démembrer, par la clinique analytique, l'autisme infantile précoce en sous-groupes différenciés auprès desquels la biologie pourrait spécifier son action.²³⁵

La collaboration entre la psychanalyste Geneviève Haag et la pédopsychiatre Sylvie Tordjmann est aussi souvent prise comme référence d'un dialogue possible entre psychanalyse et science. Haag, qui parle de sujets avec autisme, a pour objectif thérapeutique de « communiquer aux sujets avec autisme le maximum de compréhension ». Elle théorise sur l'enveloppe corporelle et interprète les sens des gestes de l'enfant sur un registre de peur qu'elle nomme pour lui. En ce qui concerne l'autisme, Haag le considère comme un grave trouble cognitivo-émotionnel, dont la thérapeutique consiste à mettre en œuvre un travail de reconstruction du moi corporel. Dans cette optique, elle a travaillé sur une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. Le but de ce travail est d'évaluer l'état du moi. Haag envisage à partir de là une collaboration pratique entre psychothérapie, méthode rééducative et cognitive et biologie. Le tout pourrait, pour elle, faire évoluer l'état autistique à travers des étapes psychopathologiques variées, tout en gardant certaines particularités probablement liées à la prédisposition de l'autisme.

Marie-Christine Laznik essaie de démontrer, à travers ses recherches, qu'il y a certaines dimensions prosodiques et rythmiques auxquelles nul ne peut se soustraire, pas même le bébé à risque autistique. S'il répond à la voix humaine, cela active des zones cérébrales qui, dans le développement de l'autisme, ne sont pas normalement activées et périllicit. Cette psychanalyste, engagée dans le dialogue entre savoirs, fait des références à des études récentes de neurosciences et de physiologie. En collaboration avec d'autres professionnels, cette psychanalyste, a mis également en place un programme pluridisciplinaire

²³⁵ Golse et Delion, *Autisme : Etats de lieux et horizons*. Op.cit. p. 22

(neurosciences, cognitivisme, linguistique, etc.) autour de l'intervention précoce auprès des bébés à risque d'autisme. La recherche Préaut²³⁶, initiée en 1998, a pour objectif de valider des signes prédictifs d'autisme chez l'enfant de moins de 2 ans.

La question qui se pose autour de l'étiologie de l'autisme ne se reflète pas seulement sur sa prévention mais aussi sur sa prise en charge : maladie mentale ou handicap, psychanalyse ou thérapie comportementale, thérapeutique ou pédagogie. C'est ainsi que certains psychanalystes proposent de combiner, au-delà de la neuroscience, des travaux cognitivo-comportementaux à la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme. Roger Misès, par exemple, déclare que « la cure institutionnelle ne peut se concevoir sans une articulation de la psychothérapie et des démarches à visée éducative. » Corroborant avec Misès, Josiane Froissart annonce une nouvelle ère pour la France²³⁷ qui, étant reconnaissante des apports de la psychanalyse à la compréhension des psychopathologies infantiles, se lance dans une alliance entre les cognitivistes et psychanalystes, afin d'avancer dans la prise en charge de l'autisme, « un nouveau champ de travail s'ouvre, », dit-elle « pas l'un sans l'autre, pas d'éducation sans soin. » Elle poursuit son argument en faveur de ce dialogue, démarquant bien l'utilité de la psychanalyse dans ce ménage.

*L'objectif de l'analyse n'est pas d'apprendre à l'enfant des connaissances, ce qui relève d'une pédagogie, mais de lui donner dans une relation transférentielle des signifiants qui vont l'aliéner au langage, de l'amener au travers de relations à ses semblables à aller à la rencontre de l'Autre [...] L'objectif de l'analyste est de faire rentrer l'enfant dans le champ du langage et d'une parole singulière. L'analyste ne cherche pas une éducatibilité du moi de l'enfant au monde, mais il tente à tout prix qu'une évolution déficitaire ne se produise.*²³⁷

Voyons donc que l'énigme de l'autisme, poussée à fond par ces deux côtés de savoir qui ont toujours figuré dans des places opposées, met en cause une distinction nette entre les maladies psychique et physique et bascule la dichotomie représentative de l'histoire de la psychiatrie. Dans ce contexte actuel, cette nouvelle perspective pluridisciplinaire regagne des forces et la psychanalyse, qui a vu son honneur tomber à l'eau, y aura la même occasion pour resurgir et réaffirmer ses idées, maintenant de forme plus cohérente et complète grâce aux

²³⁶ La recherche Préaut (Prévention Autisme), consiste dans l'« évaluation d'un ensemble cohérent d'outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique ». Cette recherche est promue par l'association Préaut, représentée par le Dr. Sarradet et le Pr. Bursztejn. Cette recherche s'adresse aux pédiatres et médecins de la petite enfance sur tout le territoire français, dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). www.preaut.fr

²³⁷ Froissart, J. La psychanalyse et le cognitivisme peuvent-ils faire bon ménage ?, *Journal français de psychiatrie*, n°25, vol. 2, 2006

dialogues opérés avec d'autres savoirs. Ceci est donc le moment propice pour relancer un débat sur les actuelles définitions des maladies mentales chez l'enfant, et enfin certifier la place d'importance de la psychanalyse dans le champ de la pédopsychiatrie.

DEUXIEME PARTIE

Approche Structurale

*L'importance de la psychanalyse
pour la nosographie psychiatrique*

*La psychanalyse est à la psychiatrie à peu près ce que l'histologie est à l'anatomie :
l'une étudie les formes extérieurs des organes, l'autre les tissus et les cellules dont ces
organes sont faits.*

Sigmund Freud

Après avoir réalisé une analyse généalogique de la maladie mentale chez l'enfant et de son démembrement en autisme et psychose infantile, dévoilant leur lien d'intimité et tout autant celui établi entre la psychanalyse et la psychiatrie de l'enfant au long de l'histoire, nous intégrons, dans cette deuxième partie de notre travail de recherche, une analyse structurale de ces deux entités psychopathologiques basée sur une orientation psychanalytique lacanienne, afin de démontrer la singularité de ces deux affections psychopathologiques et la particularité de la nature de leurs symptômes observables. À travers cette mise en ordre structurale des symptômes de l'autisme infantile précoce et de ceux de la psychose, nous prétendons rassembler des éléments essentiels pour mettre en question la tendance actuelle de la psychiatrie à amalgamer ces deux entités sous le signe de TED, voire celui des pathologies organiques.

Avant cela, nous introduirons toute une réflexion autour de cette collaboration entre la psychiatrie et la psychanalyse, en retraçant brièvement les efforts des psychanalystes à établir des « systèmes nosographiques » propres à eux, dans le but de démarquer la spécificité de la psychose face à d'autres entités nosologiques dont les symptômes s'approcheraient, voire se confondraient, si pris uniquement dans une analyse phénoménologique des manifestations. Il est important de souligner que c'est par ce biais que la psychanalyse a offert le plus important apport à la psychiatrie, d'où notre intérêt par cette approche. La contribution de ce chapitre à l'ensemble de l'étude repose donc sur le désir de démontrer – et à la fois rappeler – l'importance de la pensée psychanalytique pour l'établissement d'une nosographie psychiatrique plus complexe et cohérente.

Peut-on parler de nosographie psychanalytique ?

Nous devons cependant ouvrir une parenthèse avant de commencer à discourir sur les apports psychanalytiques à la psychiatrie afin de mieux expliquer nos intentions lorsqu'on parlera de nosographie dans le champ psychanalytique. Et ceci n'est pas une tâche facile.

Le terme nosographie ne figure pas de forme explicite dans les écrits de la grande majorité des psychanalystes. En vérité, nous constatons même un sentiment de mépris de cette pratique, car ceux-ci se positionnent catégoriquement contre l'établissement des entités fixes dans le champ de la psychopathologie. Cette rigidité trouve son origine dans les années 1960-70, moment où les antipsychiatres ont rappelé et renforcé, dans la pensée psychanalytique, la notion de l'irréductible originalité de chaque sujet. Ceci les a conduits à prendre une attitude antinosographique radicale car, selon eux, toute étiquette porte le risque d'induire une zone de surdité dans l'écoute. Cependant, quelques psychanalystes se positionnent autrement et contestent cette résistance à reconnaître l'existence d'une nosographie psychanalytique dans le cercle psychanalytique, ainsi que leurs difficultés à donner des noms à la souffrance du sujet. Jean-Claude Maleval, par exemple, pointe le sens trompeur de cette attitude antinosographique dans la déclaration suivante :

*Afin de préserver une pureté mythique de la communication, elle [attitude antinosographique] néglige le fait que le rapport à l'autre est inéluctablement médiatisé par un système symbolique. Même lorsque l'on rejette à juste titre les étiquettes sophistiquées, l'on ne peut manquer d'en introduire d'autres souvent chargées de connotations morales ; « emmerdeur », « brave type », « vieille fille », « gâteux », « dangereux », etc., constituent des notions qui peuvent fermer tout autant à l'écoute du malade que « psychopathe à tendance dépressive sur fond de schizophrénie paranoïaque ». Dès qu'on parle de l'autre, on opère un choix entre des oppositions signifiantes qui le font entrer en des classifications.*²³⁸

Pour André Green aussi, la notion de nosographie psychanalytique fait sens. Selon lui, toute réflexion nosographique consiste à savoir ce que sont les pathologies (nosologie) et la place qu'elles tiennent respectivement dans l'ensemble des affections psychiques (nosographie). Ainsi, le fait d'identifier une psychopathologie – avec ses symptômes, son

²³⁸ Maleval, J-C. *La Forclusion du Nom-du-Père*, Paris : Seuil, 2000, p. 10

organisation psychique, son évolution, etc. –, implique le besoin de la distinguer d'une autre. Ceci amène Green à la conclusion que « se refuser à faire des différences, c'est se condamner à l'abandon de toute pensée nuancée. »²³⁹ Ce psychanalyste rappelle également que Freud s'est peu importé de classer les affections psychiques, mais il n'a jamais rejeté la nosographie classique de la psychiatrie, considérant ouvertement le lien de coopération que celle-ci devait maintenir avec la psychanalyse.

Selon Green, Freud y gardait une posture intermédiaire, puisqu'il ne prônait ni un mépris de la nosographie psychiatrie, ni une attitude antinosographique radicale. La grande particularité de son imposition diagnostique c'est que, face à ses malades, il assumait une posture comparatiste basée surtout sur un cadre explicatif de la maladie. Ses descriptions des malades se faisaient en fonction de l'organisation psychique trouvée chez le patient et pas tout simplement sur un recueil de symptômes observables. Ceci étant dit, cette brève réflexion légitime notre désir d'établir un cadre limitatif qui puisse mieux définir la psychose chez l'enfant face à la dissolution de cette catégorie nosologique en psychiatrie et nous permet de suivre l'étude introductive sur les efforts des psychanalystes à cerner la nature du fonctionnement psychotique.

Les efforts pour démarquer la psychose

A savoir, la délimitation diagnostique de la psychose en règle générale a toujours représenté une véritable entrave à la clinique psychiatrique. Pendant longtemps, on l'a vue traîner dans les intersections de groupe de débiles, arriérés, hystériques, etc., jusqu'à qu'elle gagne en notoriété en tant qu'entité nosologique, à part entière, à la fin du XIX^e siècle. Cependant, dans une époque où les classifications se limitaient aux phénomènes observables, cette entité nosologique était couramment associée à la présence de troubles hallucinatoires ou délirants. C'est ainsi que de nombreux malades souffrant d'autres troubles présentant des symptômes similaires comme l'hystérie, par exemple, recevaient fréquemment le diagnostic de psychose. Du fait de leurs similitudes, ces deux affections ont été longtemps confondues sous le terme de « psychose hystérique ». Discerner les sujets

²³⁹ Green, A. En guise de préface à un article ancien sur la nosographie psychanalytique, in *Nosographie psychanalytique*. Sous la direction de Jacques Bouhsira et Laurent Danon-Boileau. Paris : PUF, 2011. Collection Monographies et débats de psychanalyse.

psychotiques parmi les sujets névrotiques a constitué ainsi l'un des enjeux majeurs de la psychiatrie et de la psychanalyse également.

Se trouvant en tant que thérapeute face à une constellation psychique diverse et à la complexité et subtilité que chaque intervention requérait, Freud s'interrogeait sur le danger d'une intervention qui s'appuierait uniquement sur un diagnostic objectivement causaliste institué à la manière d'un diagnostic médical. Cependant, il n'a pas reculé face à ces difficultés et déclarait que « ces circonstances ne doivent pas nous empêcher d'établir (...) une ligne de conduite généralement bien appropriée. »²⁴⁰ Il indiquait ainsi le souci d'une prudence et de la précision lors de l'imposition d'un diagnostic afin d'éviter des dérives techniques par l'application de méthodes inopérantes face à des affections psychiques mal-repérées. Dans ses *Etudes sur l'hystérie*, Freud s'interrogeait déjà sur la question du diagnostic dans les termes suivants :

*Lorsque je tentais d'appliquer à un grand nombre d'hystériques hypnotisés, la méthode thérapeutique de Breuer par détection et abréaction, je me heurtais à deux difficultés qui m'amènèrent, pour les résoudre, à modifier aussi bien ma technique que mes conceptions : 1) Les sujets incontestablement hystériques et fort probablement soumis aux mêmes mécanismes ne sont pas tous hypnotisables ; 2) Il m'a fallu déterminer ce qui caractérisait des autres névroses. Il est fort malaisé de se faire une opinion exacte d'un cas de névrose avant d'avoir soumis celui-ci à une analyse approfondie (...) Pourtant c'est avant même de connaître en détail le cas, que l'on se voit obligé d'établir un diagnostic et déterminer le traitement.*²⁴¹

Ainsi, la première nuance trouvée par Freud dans le groupe majeur des hystériques est celui de la capacité du patient à se faire hypnotiser, ce que lui a permis de distinguer les hystériques d'autres formes de névrose. Contraint à abandonner la technique d'hypnose, Freud situe sa métapsychologie autour du refoulement et va distinguer maintenant ceux qui sont analysables ou pas. C'est par ce biais qu'il imprime l'opposition entre névrose et psychose par l'application de la différence entre les mécanismes opérateurs du clivage

²⁴⁰ Freud, S., *La technique psychanalytique*, Paris : Payot, 1953, p. 80-81

²⁴¹ Freud, S. et Breuer, J., *Etudes sur l'hystérie* (1895), 14^e éd., traduction par Anne Berman, Paris : PUF, 2000, p. 206

psychique : refoulement (*Vendrangung*) et rejet (*Verwerfung*). A côté du déni, ces deux formes de défenses vont configurer ce que Freud a nommé comme dénégation, c'est-à-dire, le mécanisme psychique pour fuir la réalité telle qu'elle se présente. Ainsi, le refoulement figure au niveau premier de l'essai freudien de construire un diagnostic différentiel spécifiquement psychanalytique, car Freud l'identifiera comme le mécanisme de défense typique de la névrose. Pour les autres psychopathologies, les mécanismes auront chacun leur spécificité.

C'est donc par ce biais que Freud instaurera sa « nosographie psychanalytique » basée sur la différence d'intensité de ces mécanismes de défense rendant compréhensibles les processus pathologiques de l'appareil psychique, s'éloignant d'emblée des modèles diagnostiques qui s'ancrent dans la pratique de l'observation exclusivement empiriste. Il nommera le rejet psychotique la forme de défense la plus réussie, car celui-ci fait en sorte que la réalité soit complètement détournée. C'est ainsi que chez les psychotiques, on voit s'opérer un remplacement de la réalité par une construction subjective – ce qui configure les « confusions hallucinatoires » – tandis que chez les névrosés, la réalité ne serait qu'en partie repoussée. Le rejet total de la réalité chez le psychotique et l'introjection de la libido vers soi-même l'empêcheraient d'établir une relation de transfert sur d'autres objets, ce qui a amené Freud à la conclusion que le sujet psychotique était inapte à la cure analytique.²⁴²

Bien qu'il soit responsable d'avoir opéré cette démarcation plus précise entre la psychose et la névrose, poussant à une meilleure compréhension de la nature des symptômes, Freud n'a jamais réussi à résoudre les « questions-limites » pour la prise en charge de cette psychopathologie dans le scénario clinique. Le père de la psychanalyse laisse ainsi cette tâche à ses successeurs, les incitant à se confronter aux difficultés posées par la conduite de la cure des psychotiques et à l'élaboration d'un maniement spécifique du transfert. Lacan n'a pas reculé devant la psychose et c'est sur cette brèche, laissée par Freud, qu'il ira se pencher pour faire progresser le savoir psychanalytique.

Psychiatre de formation, Lacan s'était très tôt rendu compte que le traitement organiciste de la psychose ne pouvait apporter de bons résultats, car cette méthode laisse de côté toute revendication concernant une définition possible de la subjectivité. Il cherchera ainsi une causalité psychique du sujet au-delà de toute considération organiciste

²⁴² Ceci configure le symptôme d'autisme selon Bleuler et gagne le titre de névrose narcissique sous la plume de Jung.

et des phénomènes purement observables, proposant une théorie de la subjectivité qui puisse cerner le phénomène psychotique. A partir de la soutenance de sa thèse de doctorat en 1932, il proposa une structure psychogénétique de la psychose, s'éloignant ouvertement du contexte médical classique. Ceci étant, Lacan se lance dans l'enjeu de démontrer aux psychiatres de sa génération que la psychanalyse était tout à fait capable de traiter des patients graves oubliés dans les hôpitaux psychiatriques. Pour exposer de telles idées, il lui a fallu aller à la recherche des éléments qui lui serviront à élaborer une réflexion au-delà du champ psychanalytique.

Pour cela, Lacan s'appuiera sur des études en linguistique pour s'accorder des nouveaux outils diagnostics, afin de poursuivre son aventure avec les psychotiques dans la clinique psychanalytique. Selon Joël Dor, cette articulation de la théorie analytique à un certain nombre de principes empruntés à la linguistique structurale est à l'origine d'une mutation épistémologique radicale au niveau des élucidations métapsychologiques.²⁴³ Prenant la forclusion du Nom-du-Père – celui-ci gagne la place de la *Verwerfung* de Freud – comme un mécanisme dynamique qui met l'accent sur les ressources créatrices du sujet, Lacan ouvre des possibilités nouvelles pour ce type de traitement en dégagant les capacités de ces sujets à élaborer des suppléances. Par ce biais transdisciplinaire, Lacan ira affirmer la pertinence de la psychanalyse dans le traitement de la psychose et du même coup, renforcera celle-ci dans le champ de la psychiatrie. Dès lors, les psychiatres trouvent des bases sur lesquelles s'appuyer pour élaborer une prise en charge plus humanisée de la folie.

Ainsi, Lacan mettra le signifiant Nom-du-Père au centre de ces questionnements et le considérera comme celui dont la présence assure la consistance du discours du sujet. A partir de cette constatation, Lacan affirmera que ce qui distingue le champ des névroses de celui des psychoses n'est pas le tableau phénoménologique des manifestations ni la gravité de l'état psychique du patient ou de ses actes. Selon lui, c'est « dans l'échec de la métaphore paternelle que nous désignons le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle, avec la structure qui la sépare de la névrose. »²⁴⁴ Désormais, la psychose se présente dans toute sa particularité et ne devait plus voir ses symptômes se confondre avec ceux de la névrose.

²⁴³ Dor, J. *Structures et perversions*, Paris : Denoël, 1987, p. 32

²⁴⁴ Lacan, J., *Ecrits, op.cit.* p.575

L'émergence de nouvelles problématiques nosologiques

Bien que la pensée lacanienne ait été adoptée par une large majorité de psychiatres en France, le cercle psychiatrique international n'y a pas aussi bien adhéré. En effet, le mouvement contre la psychanalyse en règle générale s'était déjà levé. Ainsi, avec l'éjection de la pensée psychanalytique du champ psychiatrique débutant dans les années 1950-60 et s'intensifiant progressivement jusqu'à présent, on voit s'y opérer un retour net à l'empirisme en vue d'établir une classification simple et fiable des maladies mentales.

Résultat de l'alliance de la psychiatrie avec les neurosciences et du progrès de la chimiothérapie dans les traitements de symptômes psychotiques, la nosographie psychiatrique se réduit à ce qui répond ou pas aux effets des psychotropes. Le sujet malade devient ce que définit Maleval, comme « l'homme neuronal »²⁴⁵, où l'état psychique se confond avec les états cérébraux, ou encore « l'homme comportemental »²⁴⁶, selon Roudinesco, c'est-à-dire, homme sans âme, résultat du fonctionnement cérébral dont la subjectivité apparente en forme de symptôme se fait effacer lentement en vue d'une « meilleure adaptation sociale ». Mais force est de constater que la simplicité et la fiabilité statistique ne riment par avec la description des maladies mentales et que les symptômes, sous l'effet des médicaments, sont encore plus trompeurs aux yeux du médecin, ce qui relance à nouveau de grandes entraves à la pratique psychiatrique, quelques-unes revisitées et d'autres plus récentes.

Depuis la parution du DSM-III, le délire est systématiquement associé comme un indice de psychose chez l'adulte. L'ancienne problématique nosologique entre névrose et psychose est relancée à nouveau, à l'aube du XXI^e siècle, par Jean Claude Maleval, dans son livre *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Le psychanalyste dénonce le caractère simplificateur des manuels de classifications et réaffirme l'importance de bien cerner les spécificités entre ces deux entités qui se situent encore au bord de la confusion symptomatologique due à la manifestation des épisodes délirant. Selon lui, « un délire hystérique n'est pas régi par les mêmes mécanismes qu'un délire psychotique »²⁴⁷, c'est-à-dire que rien n'y est forclos et ce délire doit être identifié plutôt comme un délire onirique. Cependant, confondus par la proximité de ces phénomènes et par le manque d'une

²⁴⁵ Maleval, J-C, *L'autiste, son double et ses objets*, Rennes : Presse Universitaire de Rennes, 2009.

²⁴⁶ Roudinesco, E. *Pourquoi la psychanalyse ?* Paris : Fayard, 1999

²⁴⁷ Maleval, J-C., *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Paris : Payot, 1981

nosologie adéquate, les psychiatres se voient souvent traiter des patients hystériques comme des psychotiques dans les hôpitaux psychiatriques. C'est la raison pour laquelle Maleval propose la réhabilitation du vieux concept de folies hystériques, terme qui, selon lui, a été injustement escamoté de la nosologie psychiatrique.

Résultant également des derniers changements théoriques au sein de la psychiatrie, une autre querelle nosologique se fait remarquer depuis les années 1950, notamment dans le scénario pédopsychiatrique. Comme nous l'avons déjà signalé dans la première partie de ce travail de recherche, c'est l'essai de simplification nosologique qui provoque la chute du terme de psychose infantile et l'élargissement du concept d'autisme – le spectre autistique – et l'association de ce terme au handicap neuro-développemental, phénomène dont on témoigne aujourd'hui. Ceci fait que tous les traits autistiques sont systématiquement associés au syndrome autistique et ses variations, configurant ainsi la même erreur qu'autrefois où psychotiques et névrotiques apparaissaient confondus et subissaient les mêmes types de prise en charge alors qu'ils présentaient une nature structurale différente.

De nos jours, c'est l'autisme avec son cadre symptomatologique gonflé qui gagne la scène pédopsychiatrique et englobe d'autres psychopathologies. Difficile à accepter pour certains, la psychose chez l'enfant est, à son tour, balayée des manuels de classifications psychiatriques. Cette nouvelle confusion nosologique invite la psychanalyse et son regard profond du sujet à éclairer la nosographie psychiatrique une deuxième fois et à montrer sa pertinence dans ce champ de savoir. Toutefois, la pensée psychanalytique touche un terrain délicat lorsqu'elle parle d'autisme, car elle présente un savoir encore en construction et d'autant plus polémique à l'égard des parents et des professionnels de nomination « scientifique ».

La difficulté de cerner l'autisme

A l'égard de Freud, Lacan n'a pas pu cerner précisément toutes les sortes de psychoses et ses spécificités. Au long de toute sa théorisation, il ne construit pas une clinique différentielle des psychoses et parle assez peu de l'autisme. Lorsque Lacan en parle, il le renvoie souvent au groupe des schizophrénies. Selon lui, si l'enfant autiste a des hallucinations, « l'autisme comme la psychose, doivent relever du même mécanisme signifiant, la forclusion du Nom-du-Père ». Dans les années 1960-50, il fait une brève

déclaration dans son séminaire sur ce qu'il comprend sous le terme autisme, en rapport avec le cas Dick de Mélanie Klein, et montre les limites de la psychanalyse face à ces sujets. Selon lui, l'autiste a son monde propre et « tant qu'il nous en dit rien, nous n'avons aucun moyen d'y pénétrer »²⁴⁸. Mélanie Klein avait décrit comme point significatif à prendre en compte dans le traitement de Dick, le fait que cet enfant n'adressait aucun appel à l'Autre.

En sachant qu'une analyse psychanalytique ne peut fonctionner que si une relation de transfert s'établit entre le patient et l'analyste, passant par l'analyse du discours, l'analyse du sujet autiste représente donc la deuxième grande entrave à la clinique psychanalytique. Une technique qui s'appuie sur l'écoute sensible de la parole du sujet n'y peut rien face à un sujet qui se refuse à parler et à échanger avec son entourage. En 1975, Lacan fait sa seule référence explicite sur le transfert avec les autistes, dans sa conférence à Genève sur le symptôme, moment dans lequel on peut remarquer un changement de sa posture face au traitement du sujet autiste. Soutenant un avis plus optimiste et motivant un transfert particulier avec les autistes, il affirme que ceux-ci n'arrivent pas à entendre ce qu'on a à leur dire parce qu'ils ne nous entendent pas, « mais enfin, il y a sûrement quelque chose à leur dire »²⁴⁹. A son tour, Lacan invite ses successeurs à lancer un regard spécial et suivre un travail spécifique auprès de ces enfants si énigmatiques.

Cette orientation a été suivie par Rosine et Robert Lefort, pédopsychiatres et psychanalystes considérés comme les fondateurs de la psychanalyse d'orientation lacanienne avec les enfants. Ils se sont largement dédiés aux études des psychopathologies infantiles et ont été les premiers psychanalystes à soutenir la thèse d'une différenciation structurale pour l'autisme : « La question peut se poser d'une « structure autistique » qui, sans se présenter comme un tableau de l'autisme proprement dit, l'évoque par ses éléments structuraux dominants et très nettement repérables. Cette structure viendrait en quatrième parmi les grandes structures : névrose, psychose, perversion, autisme. »²⁵⁰ Selon eux, toute la construction d'une nouvelle structure serait appuyée sur le fait que, chez les autistes, il y a l'échec dans un tout premier registre d'inscription inconsciente, ce qui fait que le rapport à l'Autre n'existerait pas. L'inscription ou pas de l'Autre primordiale constituerait ainsi, selon Rosine et Robert Lefort, un outil de diagnostic capable de démarquer la différence entre l'autisme infantile précoce et la psychose.

²⁴⁸ Lacan. *Ibid*

²⁴⁹ Lacan, J. « Conférence à Genève sur le symptôme », *Bloc-notes de la psychanalyse*, n°5, 1975, p.17

²⁵⁰ Lefort. R.et R. *La distinction de l'autisme*. Paris : Éditions du Seuil, 2003, p.8.

Suivant cette pensée, quelques psychanalystes prônent alors l'élision, terme proposé par Lacan en 1959, comme le mécanisme spécifique de l'autisme. L'élision serait le mécanisme de défense spécifique d'un premier registre d'inscription inconsciente. Les choses seraient élidées et le repli autistique serait une illustration clinique de ce mécanisme.²⁵¹ Des psychanalystes comme Delion, Golse et Laznik, concluent que le trouble essentiel de l'autisme porterait donc sur la capacité à se mettre en relation avec celui qui s'en occupe, configurant ainsi une maladie de l'interaction, peu importe de savoir de quel côté la défaillance se produit.²⁵² C'est donc dans les premiers mois de vie du bébé à risque d'autisme qu'il faut intervenir afin de faire retourner le cadre d'une évolution autistique, à travers une intervention précoce. Les expériences cliniques de certains psychanalystes sur le sujet en sont témoins.

C'est pour cette raison que, derrière les Lefort, un groupe de psychanalystes a déclaré le besoin d'établir la distinction nette entre autisme infantile précoce et psychose infantile, afin de pouvoir appliquer une prise en charge plus adaptée à leur type d'organisation psychique, mais hélas, cette querelle s'étend même au milieu restreint de la psychanalyse et on voit s'y enraciner, depuis quelques années, des désaccords entre groupes d'avis différents.

Actuellement, on trouve deux côtés opposés parmi les psychanalystes d'orientation lacanienne : ceux qui soutiennent l'idée que l'autiste et le psychotique présentent tous les deux, une structure psychotique et ceux qui, comme les Lefort, considèrent l'autisme comme une nouvelle structure différente de celle de la psychose. Les premiers s'appuient sur le fait que ni les autistes et ni les psychotiques ne sont passés par la castration, ce qui les rend tous les deux des sujets hallucinés, complètement plongés dans le réel. Le deuxième groupe ne contredit pas l'affirmation du premier, néanmoins, il croit que le ratage que constituerait le trouble autistique se trouverait dans un moment avant la forclusion, vu que celui-ci se conserve en marge du désir de l'Autre alors que le psychotique, ayant déjà franchi le processus d'aliénation, reste comme l'objet du désir de l'autre maternelle.

Convaincus qu'une distinction entre l'autisme infantile précoce et la psychose se fait apparente dans la clinique, nous proposons, bien modestement, d'élargir et clarifier ce débat à travers l'élaboration d'une analyse détaillée, à propos de l'avènement de l'autisme

²⁵¹ Laznik, M-C., *Vers la parole. Trois enfants en psychanalyse*, Paris : Denoël, 1995, coll. L'espace analytique.

²⁵² Golse et Delion, *Autisme : état des lieux et horizons*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2006, Coll. Carnet Psy

et de la psychose. Puisque nous sachons qu'à l'égard de la démarcation clinique et structurale entre névrose et psychose, la conduite de la cure authentique psychanalytique de l'autiste et du psychotique est subordonnée à la capacité d'opérer cette distinction diagnostique, nous inscrivons notre étude dans la suite des travaux de Lefort ainsi que Jean-Claude Maleval afin d'apporter des nouveaux éléments à cette réflexion.

L'analyse structurale comme organisatrice nosographique

Dans une édition de la revue *Mental* sur les pratiques du diagnostic, Michel Bassol affirme que « tel que la psychanalyse nous l'apprend, parfois tout consiste à rendre explicite le diagnostic du sujet de l'expérience, pour obtenir la logique qui soutient une pratique. »²⁵³ Il conclut par là qu'il y a autant de pratiques du diagnostic que de modes à situer le sujet de l'expérience et que la forme du diagnostic détermine déjà la nature de l'objet qui est le symptôme et le sens de chaque pratique. Ce qui reste toujours notable, c'est que cette orientation se joue sans avoir besoin de s'emparer de l'observation empiriste ou de se nouer à l'historicisme d'un développement normal ou pathologique. L'auteur affirme encore que c'est la psychanalyse qui ira nous apprendre à distinguer un diagnostic des phénomènes et un diagnostic du sujet comme réponse à ces phénomènes, démarquant deux formes de diagnostics : une descriptive du symptôme et une structurale de la position du sujet.

*A une époque où le sens du diagnostic tend à se répandre dans une multiplicité de traits descriptifs qui n'arrivent pas toujours à situer le sujet de l'expérience, reposer cette dimension structurale du diagnostic est quelque chose de plus qu'une proposition d'application de la psychanalyse aux multiples pratiques thérapeutiques, c'est un pari éthique pour situer correctement le sujet de ces pratiques.*²⁵⁴

Dans cette partie de l'étude, nous allons être guidés par l'approche psychanalytique structurale. Tout l'intérêt autour de la notion de structure porte sur le fait qu'elle nous conduira dans une pratique clinique mais également dans ses préliminaires, c'est-à-dire la pratique diagnostique. Autrement dit, le diagnostic est donc une question préliminaire à la

²⁵³ Bassol, M. Les pratiques du diagnostic, *Revue Mental*, 1999, n°6, p.5-6

²⁵⁴ *Ibid.*

pratique. En effet, l'analyse structurale lacanienne se présente au-delà des phénomènes observables car elle se sert massivement de la clinique du sens déguisé par le symptôme du sujet.²⁵⁵

Suivant la logique structurale, nous rappelons Gilles Deleuze lorsqu'il déclare qu'« il n'y a de structure de l'inconscient que dans la mesure où l'inconscient parle et est langage. Il n'y a de structure des corps que dans la mesure où les corps sont censés parler avec un langage qui est celui des symptômes. »²⁵⁶ En sachant que la composition des manifestations corporelles et linguistiques dénoncent l'organisation structurale du sujet, nous partons à la recherche des spécificités symptomatologiques de l'autisme infantile précoce et de la psychose chez l'enfant sous trois registres différents : le rapport à l'Autre, au langage et au corps. Ceci étant dit, si nous arrivons à bien cerner les particularités des phénomènes linguistiques et corporels des enfants autistes et psychotiques comme le résultat d'un dispositif structuré de relations, nous pouvons reconnaître dans ces mêmes phénomènes, les unités propres à ces positions subjectives, dévoilant ainsi leurs fonctionnements structurels.

En sachant que plusieurs psychanalystes décrivent actuellement un maniement de la cure auprès de l'autisme avec un nombre remarquable de particularités à suivre afin de respecter leur intolérance à jouissance de l'Autre, les entretiens préliminaires en psychanalyse fonctionnerait ainsi pour pouvoir distinguer, par les repères de la nature structurale des symptômes, les enfants autistes et psychotiques ou schizophrènes.

L'embarras

Amener la discussion de la clinique différentielle de l'autisme infantile précoce et de la psychose de l'enfant sous l'analyse structurale lacanienne nous met face à un grand embarras. A vrai dire, deux : premièrement celui de parler de structure chez l'enfant et

²⁵⁵ A ce propos, Patrick Landman déclare : « Quand nous parlons de structure, nous ne parlons pas de structure ontologisée, puisque nous ne pouvons pas dissocier la synchronie de la diachronie. Alors, l'orientation structuraliste de Lacan ne conduit pas à la disparition de la dimension historique et quand nous parlons de structure pour opposer aux troubles dont on parle dans les classifications actuelles, il ne s'agit pas de structure ontologisée. La structure telle que nous la concevons intègre une déclinaison historique qu'on ne peut pas dissocier de la diachronie de l'histoire de la synchronie de la structure. » Séminaire du Espace Analytique « L'apport de la psychanalyse à la nosographie psychiatrique », septembre 2011.

²⁵⁶ Deleuze, G. A quoi reconnaît-on le structuralisme ? in : Châtelet, François, Histoire de la philosophie, vol. VIII, Paris : Hachette, 1973.

deuxièmement celui de parler d'une structure autistique. Il nous est donc apparu indispensable d'expliquer nos intentions là-dessus, avant de donner continuité à ce travail de recherche.

Une structure, tel que le décrit Jean Piaget, est « un système de transformation qui comporte des lois en tant que système (par opposition aux propriétés des éléments) et qui se conserve et s'enrichit par le jeu même de ses transformations, sans que celles-ci aboutissent en dehors de ses frontières ou fassent appel à des éléments extérieurs. »²⁵⁷ Ceci étant, la notion de structure est, par définition, un système fermé, indépendant et rigide. Or, nous sachons tous que l'enfant n'est ni un état stable ni une pathologie, et que son développement n'est pas linéaire, pouvant présenter souvent des moments régressifs. Nous sachons, en plus, qu'au fil du temps, des symptômes transitoires apparus chez l'enfant peuvent survenir, se transformer et même disparaître spontanément, faisant en sorte que la question de la valeur du signe clinique y soit difficile à cerner et que la notion de structure chez l'enfant soit d'autant plus discutable. Les mouvements de progression et de régression estompent tout contour nettement défini et l'inachèvement du fonctionnement psychique ne permet pas de se référer à un modèle stable et accompli. Il reste donc malaisé de catégoriser un enfant dans un si jeune âge.

Cependant, lorsque l'enfant présente des signes de souffrance psychique, il doit être soumis évidemment à un traitement clinique tel que l'adulte. Exerçant dans l'activité clinique auprès des enfants, de nombreux cliniciens reconnaissent l'intérêt d'avoir des repères classificatoires pour se situer dans la suite d'une cure. Et bien que les perspectives nosographiques jouissent ici d'une spécificité et qu'il y ait des entités cliniques observables qui leur sont plus souples, il existe toute une ambiguïté dans l'utilisation de termes catégoriques. François Kamel considère que, par rapport à l'enfant, la nosographie présente un intérêt à la fois incontestable et limité car, d'un côté, elle permet d'organiser la pensée d'un professionnel, la situant dans la pensée d'une équipe, et d'autre côté elle provoque « l'idée d'une obéissance à partager un langage commun en vue d'échanges scientifiques. »

258

²⁵⁷ Piaget, J., *Le structuralisme*, Paris : PUF, 1970, coll. Que sais-je ?, p. 6-7.

²⁵⁸ Kamel, F., *Psychanalyse et nosographie de l'enfant*, in *Nosographie psychanalytique*, Collection Monographies et débats de psychanalyse, Sous la direction de Bouhsira J. et Danon-Boileau L., Paris : PUF, 2011. p.228

En revanche, la psychanalyse elle-même nous apprend que toute l'organisation psychique du sujet adulte se joue au moment de son enfance, et que celle-ci doit être suivie et observée avec soin, afin de pouvoir intervenir précocement au cas où des signes de souffrance psychique apparaissent. Au-delà d'élaborer une simple catégorisation de l'état ponctuel de l'enfant, prenant le risque de le figer dans cette lacune nosologique, la psychanalyse cherche à éclairer la dynamique psychique de l'enfant, s'efforçant d'en saisir la signification, sans pour autant leur attribuer une dimension pathologique. C'est là la grande différence entre un diagnostic psychanalytique et psychiatrique. Alors que le premier ne sert qu'au psychanalyste dans sa conduite de la cure, le deuxième est utilisé pour remplir de cases qui serviront aux plus diverses démarches administratives, objectivant la maladie du sujet et le laissant exposé au regard de la société.

Adoptant cette posture psychanalytique, nous nous autorisons à parler d'une structuration primaire chez l'enfant, c'est-à-dire, une ébauche de structuration qui représenterait le noyau de ce qui pourrait évoluer vers une psychopathologie plus grave dans la phase adulte, mais qui, grâce à des interventions thérapeutiques et à la plasticité psychique et cérébrale trouvée chez l'enfant, pourrait aussi l'amener à un dénouement de conflits psychiques qui se traduisent par la disparition des symptômes. Dans ce cas, nous pourrions même parler, comme nous l'indique Maleval, d'une classification borroméenne et non plus structuraliste, dans laquelle on adopterait une notion de continuité qui nous permettrait de nous attacher à l'étude des déformations ou des ruptures des nouages de la structure du sujet plutôt que d'avoir recours à des structures tranchées. Toutefois, le psychanalyste avertit le souci que l'adaptation de la classification borroméenne à une étude de cet ordre pourrait apporter : « cette dernière approche manque d'un élément différentiel, elle risquerait d'inciter à réintroduire une gradation de la névrose à la psychose dont le refus constitue une pierre d'angle de la précédente. »²⁵⁹

Nous touchons par là à notre deuxième embarras qu'il faut également éclaircir. Pouvons-nous parler de structure autistique ? Ou devons-nous plutôt parler d'une gradation entre autisme et psychose ? Ou encore devons-nous suivre l'avis de certains psychanalystes qui considèrent que la distinction structurale doit être faite entre autisme et schizophrénie, dont les deux font partie de la grande structure de la psychose ? Ce sont les questions qui se

²⁵⁹ Maleval, *Ibid.* p.21

posent. Nous allons y réfléchir, quoique de manière modeste, puisque ce sujet tout seul, ferait l'objet d'une thèse à part entière.

Si, d'un côté, parler d'une quatrième structure autistique nous semble délicat, vu que cela pose encore plein de questions au milieu psychanalytique, d'un autre, il reste très malaisé de continuer à considérer l'autisme infantile précoce comme une psychose. D'ailleurs, c'est là l'une de plus grande critiques des parents d'enfants autistes faite contre la psychanalyse. Et nous en corroborons. Pour sortir de cette impasse, nous avons décidé de parler en termes de positions subjectives, dont leurs fonctionnements structurels gardent des particularités.

Pour essayer de dénouer les deux embarras d'un seul coup, la deuxième partie de ce travail consistera à trouver dans le processus de subjectivation, les moments qui déterminent l'avènement de l'autisme et de la psychose ainsi que leurs respectifs éléments manquants qui nous permettront de les distinguer en tant que positions subjectives. C'est sous cette optique que cette partie de l'étude ira se dérouler.

CHAPITRE 5

Les temps de structuration du sujet

La notion de « normal » a beaucoup influencé les théories médicales et philosophiques du XIX^e siècle. Pouvant être défini tantôt comme un recensement statistique tantôt comme un idéal d'appréciation, ce terme, marqué comme l'antithèse de la pathologie, s'est avéré toujours imprécis et confus, selon Canguillem.²⁶⁰ Proposant une théorie explicative du fonctionnement psychique, Freud efface la frontière entre le normal et le pathologique, lorsqu'il prône que les mécanismes psychopathologiques sont inhérents à l'être humain. En d'autres termes, Freud a aperçu que l'angoisse était à l'origine de tous les troubles, appartenant à tout un chacun, et que les différentes formes d'affections correspondaient, en fait, à ses différents degrés d'intensité. Désormais, la psychanalyse s'affiche comme une opposante catégorique de l'hypothèse de l'homme normal qui, selon la définition de Maleval, peut être compris comme « un être abstrait, censé se développer en étapes prédéfinies, dont il ne saurait manquer aucune, grâce à quoi il serait exempt d'angoisses et de symptômes. » Sous la plume psychanalytique, l'homme normal devient ainsi une « fiction statistique ».²⁶¹

Ayant toujours besoin de s'appuyer sur des paramètres précis pour situer sa pensée, l'homme va cependant chercher d'autres modèles suivant l'idéal d'adaptation sociale. Nous savons que les autistes et psychotiques présentent une grave défaillance dans leur processus de subjectivation, caractérisée visiblement par une désorganisation massive de sa position

²⁶⁰ Canguillem, G. *Le normal et le pathologique* (1966), 11^e ed., Paris : Presses universitaires de France, 2009.

²⁶¹ Maleval, J-C., *L'autiste et sa voix, op.cit.* p.73

face à la Loi, amenant très fréquemment comme conséquence principale, une non-intégration du cercle sociale, pouvant aller jusqu'à l'exclusion. Comparé au psychotique et autiste, c'est le névrosé (et le pervers, dans la mesure du possible) malgré ses subterfuges pour échapper à la loi, celui qui le mieux semble s'adapter aux exigences de la société, raison pour laquelle il peut être considéré par certains comme un modèle de « normalité ». ²⁶²

Comme nous l'avons vu précédemment, Lacan définit la spécificité des structures psychiques selon les rapports établis par le sujet avec la castration phallique. En termes simples, nous pouvons croire que le passage par la castration et l'émergence du Moi représentent le sommet d'un processus de subjectivation, quoique celui-ci semble perdurer pendant toute la vie du sujet. Comme notre but dans cette partie de l'étude est d'identifier les facteurs responsables de l'échec qui provoquent l'avènement de l'autisme infantile précoce et de la psychose ainsi que les traits structuraux spécifiques à chacun, il nous est apparu impératif de précéder cette analyse par une mise en place des temps du processus de subjectivation – modalités « normales », ou mieux dit, ordinaires –, tels qu'il est possible de les reconstituer à partir de la clinique des névroses. Ce chapitre sera donc dédié à cette tâche, ayant une fonction introductive aux chapitres suivants.

1. LES TEMPS DE SUBJECTIVATION

C'est à partir de l'étude du fonctionnement pathologique chez les névrotiques que Freud a pu retracer les étapes d'un processus de subjectivation qui amènent le sujet à son statut de sujet désirant. C'est aussi poursuivant ce raisonnement subjectif que Freud comprend, d'emblée, ce qui se joue dans l'avènement de la psychose : l'échouement de la castration. Aujourd'hui, la découverte de l'autisme nous interroge sur une possible position subjective constituée dans un moment encore plus archaïque de ce processus de subjectivation, encore peu exploité par les théoriciens en psychanalyse, dû au fait de la prématurité de l'individu et du manque de moyens cliniques. Toutefois, avec les avancées scientifiques et l'attention redoublée des savants sur les liens établis entre la mère et le nouveau-né, et même celui entre la mère et le fœtus, de nouveaux éléments émergent pour penser la précocité de certains troubles du développement infantile.

²⁶² Actuellement, il n'est plus question de poser des comparaisons entre normal et pathologique, le terme « neurotypique » remplaçant celui de normal dans les cercles scientifiques.

La psychose étant déjà cernée par diverses études en psychanalyse, nous croyons que le cheminement qui entraîne le sujet jusqu'au bout de son aventure pour devenir sujet du désir mérite d'être encore détaillé afin de nous permettre de comprendre maintenant ce qui se joue dans l'avènement de l'autisme infantile précoce. Avant tout examen des particularités structurelles des positions subjectives autistiques et psychotiques, il nous paraît nécessaire de nous attarder un instant sur la constitution du Moi afin de mieux démontrer les nuances de chaque phase de ce processus de subjectivation, mettant en relief des études récentes qui puissent contribuer à cet éclaircissement. Dans cette perspective, nous exposerons les moments structurants pour la constitution de la subjectivité, pour ensuite pouvoir extraire des éléments nécessaires pour réfléchir aux particularités de l'évènement de l'autisme et de la psychose.

Bien entendu, les différents temps du processus de subjectivation qui seront décrits ci-dessous ne suivent pas une chronologie tranchée, ne se présentent pas comme une succession simple de moments diachroniques, mais comme des événements structurants affectant plusieurs niveaux à la fois, instaurant ainsi les trois registres structuraux (RSI).

Phase fœtale : état de fusion

Faute de technologie pour observer ce qui se joue dans le rapport mère-fœtus, les analyses sur le développement psychique du sujet ne pouvaient être reconnues qu'à partir de l'accouchement, et cela jusqu'à très récemment. Le premier temps du processus de subjectivation fut, pendant tout ce temps, représenté par un état de fusion entre mère-bébé, qui formait entre eux une espèce de dyade étroite depuis les premiers moments de vie du bébé.

De nos jours, la médecine fœtale, avec les examens d'ultime génération, nous permet de dévoiler plusieurs de nos interrogations fantasmées auparavant, autour de cette période de la vie.²⁶³ Ceci nous a fait également avancer dans la compréhension du développement du corps fœtale et aussi de son lien entretenu avec la mère. Avec les avancées des examens prénataux,

²⁶³ Avant ces découvertes, ce rapport mère-fœtus faisait l'objet de nombreuses interrogations. Léonard de Vinci, par exemple, présumait qu'« une âme unique gouverne les deux corps » et il estimait que les « désirs, frayeurs et souffrances sont communs à cette créature comme à tous ses autres membres animés ; d'où il résulte qu'une chose désirée par la mère se trouve marquée sur les parties de l'enfant recelées en elle à l'époque de son envie ; et une soudaine frayeur tue à la fois mère et enfant. » (Léonard de Vinci, biographie de Serge Bramly, Paris, Lattès, 1988., cité par Michel Soulé, Nos fantasmes – « On bat un fœtus » in Introduction à la psychiatrie fœtale. Dix-neuvième Journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de puériculture de Paris, Paris : ESF éditeur, 1992

les scientifiques ont pu mieux décrire leurs intimes interactions biologiques pendant toute la grossesse, nous amenant à croire que cette dyade s'initie encore dans la phase fœtale. Dans le contexte actuel, certains professionnels déclarent que le premier temps de subjectivation se caractérise par le temps de gestation du sujet, où celui-ci apparaît déjà lié à sa mère pas seulement physiologiquement, mais aussi émotionnellement.

Cependant, nous ne savons pas encore tout à ce propos, raison pour laquelle le fœtus reste toujours un objet d'étude auquel nous prêtons beaucoup d'attention. On cherche à tout prix à lui attribuer une sensorialité visuelle, auditive, tactile, proprioceptive, gustative. Les femmes fantasment déjà l'image d'un bébé de quelques mois déjà très humanisé, après les examens d'échographie. Contrairement à ce qu'on pensait, il y a quelques années, maintenant, le fœtus est vu comme un être actif, individué, identifié grâce aux avancées de la médecine fœtale qui personnalise et valorise l'enfant à naître. Selon Michel Soulé, nous sommes passés, en quelques années, de l'idée d'un fœtus en état de quasi-isolement sensoriel – état qui le protégeait des agressions diverses pendant une période fragile de son développement – aux constatations d'une personne avec laquelle on tente de communiquer.²⁶⁴

L'échographie a joué un rôle ambigu dans cette évolution de la représentation, permettant la description d'actions et de réactions fœtales, signes possibles de la perception d'événements maternels ou externes, mais montrant également la réalité biologique de la vie intra-utérine et les limites qu'elle impose au vécu sensoriel fœtal. Le fœtus a le corps entouré de liquide amniotique qui limite ses entrées tactiles avec son propre corps et les parois de l'utérus. A partir d'un certain âge gestationnel, les fréquents contacts « accidentels » des mains, voire des pieds, avec la face, peuvent déclencher des réflexes d'orientation buccale.

Au long de tout le développement fœtal, la mère et le fœtus se présentaient en forme de corps fusionnés. Bien que le fœtus présente une complète maturation de son système sensoriel à partir du quatrième mois de gestation, les sensations vécues par lui seront pourtant encore confondues avec celles du corps de la mère, apaisées par de nombreuses couches (liquide amniotique, membrane, placenta, et couches de gras, peau, etc.) qui le séparent du monde extérieur. Quoiqu'elles soient bien présentes dans l'univers intra-utérin, ces sensations apparaissent en nombre et intensité réduites, puisque le fœtus se trouve protégé de forts stimuli visuels, auditifs et olfactifs, ainsi que des mouvements brusques. Il vit dans une zone de tension quasi nulle, car le corps de sa mère lui offre tout ce dont il a besoin pour se

²⁶⁴ *Ibid.*

développer, en ne manquant de rien.²⁶⁵ Le moment fœtal est donc décrit par la psychanalyse comme plein, représentant le leurre de la plénitude.

La naissance comme la première fracture

Au moment de l'accouchement, le corps du bébé se sépare de celui qui lui a donné origine et qui l'a constitué pendant les neuf mois de gestation. Le bébé y vit un moment de traversée, expérimentant les surprenantes sensations du passage de l'intérieur vers l'extérieur, du milieu aquatique vers le milieu aérien, de la protection à l'exposition. Quelques scientifiques croient que le fœtus serait naturellement préparé pour vivre ce moment et pour affronter ce qu'il y a dans l'au-delà, l'inconnu. D'autres signalent à ce moment-là, un vécu souffrant de la part du nouveau-né car, dehors, il est assujéti à l'exposition au froid, aux lumières et aux sons de manière plus intense. Il vit ses découvertes sensorielles forcément comme une forme de déplaisir intense. Ajouté à cela, ce bébé aura son cordon ombilical coupé, expérimentant pour la première fois la sensation d'un estomac qui a faim. Cet ensemble de stimuli sera ressenti par le nouveau-né comme une sensation de manque au niveau sensoriel qu'il essayera de retrouver auprès de la mère : la chaleur, l'ombre, le silence et la nourriture.

La naissance représente ainsi une première forme de rupture de ce moment de plénitude vécu à l'intérieur du corps de la mère. Nous parlerons en terme de fracture qui, selon la sémiotique structurale de Greimas, peut être défini comme le moment où s'installe une relation entre le sujet et un objet de valeur, c'est-à-dire, le moment où ces actants (sujet et objet) discriminés se constituent en tant que tels. Il le décrit poétiquement comme un moment où « quelque chose arrive soudain, on ne sait pas quoi : ni beau ni bon, ni vrai, mais tout cela à la fois. Même pas : autre chose ». ²⁶⁶ On peut dire que la naissance est une fracture réelle qui partage la mère et le bébé en deux corps différents, en opérant la première perte dont le sujet devra passer pour accéder à son état final d'individu.

Le fœtus vit dans un milieu aquatique. Au moment de la rupture des membranes de la poche des eaux, le liquide amniotique se répand, indice subit que le fœtus est prêt à échanger sa vie aquatique contre une vie aérienne et terrestre. Dans son livre *Thalassa*, Ferenczi décrit ce passage en termes d'endoparasitisme aquatique et d'ectoparasitisme aérien, le premier

²⁶⁵ On parle ici d'une gestation trouvant des bonnes conditions.

²⁶⁶ Greimas, A., *De l'imperfection*, Périgueux : Ed. Pierre Fanlac, 1987, p72-73

représentant la condition du fœtus et le deuxième celle du nourrisson par rapport à la mère.²⁶⁷ Le nourrisson apparaît comme étant radicalement inadapté à sa « réalité », au monde extérieur. Aucune harmonie préétablie n'intervient afin de garantir une coaptation heureuse de l'organisme et l'environnement. Il existe donc un espace d'incompatibilité entre l'homme et la nature : les données innées du psychisme, les réflexes naturels ne suffisent plus à assurer la vie du nouveau-né. Lacan interprète cette insuffisance comme étant un *manque originel* : manque d'adaptation, manque de développement organique, manque d'instinct. Le sujet est marqué par le manque dès la naissance, en raison de la prématurité du nouveau-né humain qui dure assez longtemps par rapport aux autres espèces.

« Le réel par définition est plein », disait Lacan. Alors, s'il y a manque, il y a en conséquence une discrétisation de valeurs et la perte du réel, car le manque « introduit dans le réel le simple ordre symbolique »²⁶⁸, créant du même coup un idéal imaginaire. Désormais, le réel ne pourra plus jamais être atteint en tant que tel, il reste comme une chimère dans l'imaginaire humain qui se reconstruit d'un passé sans angoisse du manque. Nous pouvons dire que c'est donc à partir de la naissance qu'un tout premier manque sera inscrit chez le bébé. Cependant, celui-ci n'est pas encore suffisant pour introduire l'ordre symbolique et imaginaire, ceux-ci venant dans la suite de cette rencontre avec le monde extérieur.

Mais une chose reste claire : c'est à partir de la naissance que le bébé perdra cette sensation de plénitude dans laquelle il était baigné lorsqu'il était encore un fœtus. Dans ces termes, Greimas conclut que la fracture est responsable de l'instauration d'une tensivité phorique, tout en imposant la première négation qui redessine tout entier le cadre antérieur de fusion, en la décrivant dans les termes suivants : « Elle fait naître l'espoir d'une vie vraie, d'une fusion totale du sujet et de l'objet. En même temps que la saveur de l'éternité, elle laisse l'arrière-goût de l'imperfection. »²⁶⁹

²⁶⁷ Selon lui, Thalassa représente la mer originelle d'où toutes les formes de vie sont issues et qui demeure en nous à un double titre : biologique et symbolique. Hypothèse fantasmatique : cet ensemble symbolique, désir de retour au sein de la mère, etc. Ces deux stades du parasite représenteraient, selon lui, une connaissance phylogénétique inconsciente concernant notre descendance et ses avatars adaptatifs à partir des vertébrés aquatiques : l'endoparasite comme répétition d'une forme d'existence marine, et la naissance, alors comme récapitulation individuelle de la grande catastrophe (assèchement) qui a conduit nos ancêtres à abandonner l'eau et à renoncer à la respiration branchiale. Ferenczi, S., *Thalassa*, tr. Judith Dupont et Myriam Viliker, Paris : Payot et Rivages, 2002, coll. Petite Bibliothèque Payot.

²⁶⁸ Lacan, J., *Le Séminaire IV : La relation d'objet*. Paris : Seuil, 1994, p. 218

²⁶⁹ *Ibid.* p 73

Essai de fusion

Le nouveau-né, dérangé par sa nouvelle forme de vie terrestre et aérienne, voué aux stimuli sensoriels, froid, faim, lumière, gravité, etc., expérimente un bombardement de sensations, qui sera vécu comme un éclatement de son corps. La voix et l'odeur de la mère qui avant échoyait comme l'univers enveloppant du bébé, prennent une forme indépendante. Le nourrisson est ainsi capable de localiser et de guider son regard vers cet autre, par ses propres réflexes, conduit par l'odeur et par l'ouïe. C'est donc auprès de la mère, entouré par ses bras et bien collé au niveau de sa poitrine, que le bébé ira retrouver la température idéale à chauffer son corps, et l'aliment dont il a besoin, le lait maternel. Il ira réentendre le rythme des battements cardiaques, faisant baisser les sensations de déplaisir dans l'essai de retrouver le niveau zéro de tension qu'il expérimentait dans sa vie intra-utérine. Il essaie donc de retrouver chez le sein de sa mère le confort, l'assurance et la protection qu'il trouvait dans son ventre, afin d'apaiser ces sensations. C'est à moment-là que le nouveau-né va expérimenter pour la première fois l'alternance du vide et du plein, de la faim, entre froid et chaud, introduisant dans le nouveau-né la sensation de discontinuité.

La mère, quant à elle, vit inconsciemment l'accouchement comme une perte d'une partie de son corps et va répondre positivement aux recours de son bébé, dans un essai aussi de fusionnement. Elle considère qu'elle est la seule à pouvoir assumer ce rôle d'offrir à son bébé ce dont il a besoin, et personne d'autre, d'où son dévouement extrême au sevrage de son bébé. L'essai de fusion entre le sujet et l'objet équivaut à dissoudre momentanément ces fonctions. Autrement dit, ce moment serait celui où les membres n'existent pas en tant que tels et la seule configuration envisageable est celle d'un continu non-discrétisé, reconstituant ce moment archaïque indifférencié, atemporel et a-spatiel, lorsqu'ils étaient mère et fœtus.

Le moment de cet essai de fusion entre le nouveau-né et sa mère est aussi le point de démarrage du Stade du Miroir.²⁷⁰ La théorie lacanienne du « stade du miroir » part d'une observation empirique et le prône comme le processus formateur de la fonction du *Je*. Le sujet se trouverait ainsi à la place du *non-sens*, c'est-à-dire, pas encore traversé par le symbolique. Ce terme a été cité par Lacan, dans le Séminaire XI, pour définir la catégorie du sujet avant le passage par le temps d'aliénation. Autrement dit, c'est le moment où le sujet se retrouve dans un moment purement instinctif, où il essaie de fusionner les sensations de son corps avec celui

²⁷⁰ Nous allons mieux décrire le stade du miroir dans le chapitre 7 qui analysera le rapport au corps chez les sujets autistes et psychotiques.

de la mère, afin de faire baisser le niveau d'excitation. Il s'agit, là, d'un moment premier de l'existence du bébé avant l'instauration du langage.

Ce moment de pure dépendance qui s'établit entre le nouveau-né et la mère en forme dyade est vital pour le développement physique du bébé et fondamental pour sa constitution psychique. Cet essai de fusion, d'étreinte mutuelle, peut être vu comme le moyen trouvé par le bébé pour vaincre sa prématurité.

La rencontre avec les symboles : deuxième fracture

A ce sujet, le psychanalyste Alfredo Jerusalinsky parle d'une perméabilité du bébé à se faire marquer par le symbolique, de son désarroi physique et symbolique, ayant besoin d'un Autre pour constituer un sujet.²⁷¹ Pour cela, il faut impérativement qu'il y ait un Autre incarné, un Autre désirant pour crocheter son désir, ses signifiants au corps de l'enfant, pour inscrire des marques signifiantes. Ceci est le rôle joué par la mère lorsqu'elle s'anticipe et suppose l'existence d'un sujet à la place de ce locus humain, représenté par le nouveau-né, qui ne peut pas encore être considéré comme un sujet du désir, car il ne partage pas encore les liens sociaux du champ symbolique. Ceci implique que le bébé est imaginé, reconnu, parlé par un autre devenu signifiant à travers l'expression de son désir. C'est à partir de cette anticipation maternelle que les cris du bébé – qui jusqu'à présent ne voulaient absolument rien dire, puisqu'ils ne représentaient pas la seule manière du bébé à réagir à la surcharge d'excitation organique – seront interprétés comme des appels au secours.

Faute de langage chez le bébé, les communications avec ceux qui l'entourent – plus particulièrement avec la mère – semblent passer par une analyse du regard et de la voix. Le bébé se dirige vers sa mère avec un simple regard accompagné d'un geste comme le sourire ou les pleurs. La mère, qui semble l'avoir compris, lui répond à travers son regard accompagné de mots. Baignées d'expressions vocales, faciales et corporelles, les premières communications entre mère et bébé s'établissent ainsi. Ceci traduit un accrochage émotionnel entre les deux membres de la dyade qui implique, initialement, une interprétation dont l'usage du langage fait traduire en mots les actions du bébé, tout en traduisant ses propres mots en actions. C'est ainsi que la mère introduira son bébé dans l'ordre symbolique lui accordant des mots à ses cris de faim en lui montrant le sein, ceux du froid en lui mettant une couverture, et ceux de douleur au ventre en lui faisant des petits massages abdominaux, etc.

²⁷¹ Jerusalinsky, A., *Enquanto o futuro não vem. A Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador : Agalma, 2002

Le bébé comprend alors que son rapport avec la mère est intercédé par les mots, ce qui fait, par exemple, que le simple acte d'allaiter ne puisse plus être comparé à un acte complètement « animal » puisque le bébé, pour devenir sujet du langage, doit se nourrir également de la parole de l'autre. C'est ainsi que, peu à peu, dans les pleurs du nouveau-né, qui au départ ne représentent que des émissions vocales résultant d'une décharge occasionnée par des indispositions physiques, vont s'inscrire des scansion, le faisant apparaître sous forme rythmée. Désormais, ses pleurs serviront à appeler l'Autre, montrant ainsi que l'Autre laisse ses empreintes sur le bébé et qu'une demande s'établit de sa part. Ce premier ancrage du sujet dans le champ symbolique représente la deuxième fracture introduite par la négation, la discrétisation du flux continu de l'état fusionnel dans lequel l'absence de discrétisation est le résultat d'un niveau de tension constant. Cette fracture s'inscrit comme une première saisie qui ressent des ombres de valeurs (la tension n'est plus constante). Celle-ci serait, elle-même, une négation comme nous le verrons par la suite.

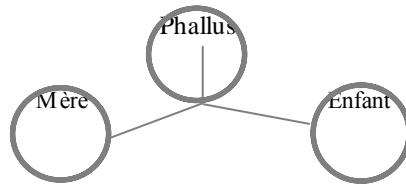
L'aliénation du sujet dans le désir de l'Autre

Le sujet humain est toujours en puissance de répondre librement à l'adresse primordiale de l'Autre et aucune fatalité ne peut suspendre cette liberté. Lacan nous avait déjà signalé cette position de choix du sujet dans sa théorisation des temps de la constitution de la subjectivité. Dans *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, il prône l'aliénation comme le moment de la fondation du sujet étant à l'origine de la possibilité pure d'être. Selon lui, l'aliénation consisterait en un combat entre deux êtres en forme de désir qu'il décrit comme un *vel* qui condamne le sujet à n'apparaître que comme sujet partagé entre deux côtés : d'un côté il apparaît comme sens, produit par l'Autre, et de l'autre côté, il apparaît comme l'être. Lacan illustre ce processus à travers l'union de deux ensembles. Le premier est représenté par l'être du sujet et le second est le sens qui est représenté par l'autre. Enfin, l'intersection entre les ensembles représente le non-sens.

Nous choisissons l'être, le sujet disparaît, il nous échappe, il tombe dans le non-sens- nous choisissons le sens, et le sens ne subsiste qu'écorné de cette partie de non-sens qui est, à proprement parler, ce qui consiste, dans la réalisation du sujet, l'inconscient. En d'autres termes, il est de la nature de ce sens tel qu'il vient à émerger au champ de l'autre, d'être dans une grande

*partie de son champ, éclipsé par la disparition de l'être, induite par la fonction même du signifiant.*²⁷²

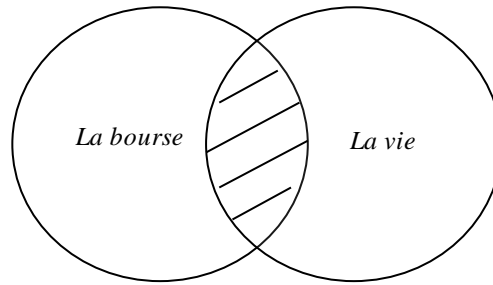
Au moment où l'enfant se permet d'être substitué par un signifiant, cela provoque forcément sa perte dans la lutte contre l'Autre qui lui impose son désir. Cette perte l'amène à l'assujettissement, c'est-à-dire, le moment dans lequel l'enfant devient un sujet du langage. Cela implique la disparition de l'être comme la seule façon d'accéder à la subjectivité. Ainsi, en acceptant d'être substitué par un signifiant, le bébé reste aliéné dans le désir de l'Autre. Il va s'identifier au *phallus* (objet de désir de la mère) pour essayer de récupérer l'état fusionnel qu'il a éprouvé avant la substitution par le signifiant.²⁷³ Cependant, ce cadre n'est pas réversible et le bébé, qui ne peut pas encore être considéré comme un sujet autonome, prend la place de l'objet de la jouissance de l'Autre, c'est-à-dire, la place du *non-moi*. En s'identifiant au phallus, l'enfant va se poser, dans le registre imaginaire, comme celui qui est capable de combler le manque de la mère, se protégeant du même coup de se faire marquer lui-même, par le manque. Il y a, au moment de l'aliénation, un passage de l'être, de la place du non-sens à la place du non-moi.



Bien que Lacan ait toujours prôné le bébé comme un être passif, complètement à la merci des effets de l'environnement, l'analyse de ce passage de sa théorie nous permet de croire qu'il est amené à voir le nouveau-né comme un être autonome, déjà capable de faire son choix d'entrer ou pas dans le champ symbolique. Quoiqu'il s'agisse bien, là, d'une forme de choix arbitraire. Afin d'illustrer sa pensée, Lacan donne l'exemple de deux situations de choix arbitraire : *la bourse ou la vie !* et *la liberté ou la vie !* Lacan illustre géométriquement cette expérience dans son séminaire « Les quatre concepts fondamentaux » :

²⁷² Lacan, J. *Séminaire XI. Les quatre concepts fondamentaux de la Psychanalyse*. 1990, p. 192

²⁷³ Occupant une place centrale dans la question de la structuration de la subjectivité, le concept de phallus a fait l'objet de nombreuses discordances. Chez Freud, ce concept est souvent confondu avec l'idée de pénis. Lacan surmonte cette polémique et prône le phallus comme un objet symbolique et jamais réel.



Dans le premier cas, si le sujet choisit la bourse, il perd les deux. S'il choisit la vie, il aura une vie sans la bourse, c'est-à-dire, une vie écornée. Dans la deuxième situation, s'il choisit la liberté, il perd les deux, immédiatement. S'il choisit la vie, il aura la vie amputée de la liberté. Ceci illustre des cas d'un choix forgé qui entraîne une perte obligatoire, c'est-à-dire, le prix à payer pour se faire marquer par l'Autre et pouvoir ainsi entrer dans le champ symbolique. Lacan décrit le *vel* de l'aliénation qui admettrait la possibilité de survivance de seulement une des parties, ou peut-être, ni l'une, ni l'autre.

*Le vel de l'aliénation se définit d'un choix dont les propriétés dépendent de ceci, qu'il y a, dans la réunion, un élément qui comporte que, quel que soit le choix qui s'opère, il a pour conséquence un ni l'un, ni l'autre. Le choix n'y est donc que de savoir si l'on entend garder une des parties, l'autre disparaissant en tout cas.*²⁷⁴

Dans le *vel* de Lacan, la confrontation qui existe entre le sujet et l'autre se passe de forme déséquilibrée, puisque le sujet occupe le lieu de vaincu et il sort de la scène. Ainsi, l'aliénation provoque la disparition du sujet comme la seule façon d'accéder à la subjectivité. On arrive par là, à la deuxième phase du stade du Miroir, dans laquelle l'enfant anticipe sa propre unité mais il se voit encore réalisé chez l'autre. Il y a déjà une différence remarquable entre soi et l'autre, mais il n'est pas encore capable de réaliser une synthèse de soi. L'autre serait comme l'ombre d'une différence, une négation (il n'est pas moi) et non une affirmation. L'être se trouve à la place du non-moi ou d'un proto-sujet. Il serait le résultat d'une opération différentielle entre l'image (renvoyée par l'autre) et le soi jusqu'alors indéterminé, pris qu'il est dans les tenailles de la fusion. Le proto-sujet est pure négation, celle qui instaure un non-moi sans pour autant construire une identité.

²⁷⁴ *Ibid.* p. 194

Ceci étant, c'est dans le temps d'aliénation que le sujet éprouve la réunion avec l'Autre et s'identifie au phallus. C'est l'inscription d'un premier trait de l'autre, d'un signifiant maître (S_1) qui permet la réunion, l'aliénation à l'Autre. À partir de l'inscription de ce signifiant maître, le sujet ne rencontre plus l'*Un* initial ; en revanche il rencontre la réponse de l'Autre. Bref, le S_1 s'extrait, mais à sa place s'inscrit le -1, le sujet comme absence. En tout cas, le sujet expérimente encore une sensation de réunion imaginaire avec l'autre maternel, puisqu'il se trouve identifié au phallus.

Les absences comme troisième fracture

Jusqu'ici, il y a ce que Lacan nomme la fusion ou la symbiose, c'est-à-dire un état de non-distinction entre soi et l'autre, car toutes les demandes du bébé sont comblées par le total dévouement maternel. Freud nous explique que cette attitude de la mère, vis-à-vis de son bébé, est renforcée au-delà toute action instinctive par un sentiment inconscient de voir renaître son propre « narcissisme primaire », moment où le bébé éprouve, à son tour, une toute-puissance imaginaire, prenant la place de « sa majesté le bébé ». ²⁷⁵ Cependant, la mère qui, petit à petit, est appelée à reprendre son rythme de vie tenu avant l'arrivée du bébé, commence à instaurer progressivement des brèches dans cet essai de fusion. Il y arrive, par là, les moments d'absence de la mère réelle. « La rupture, la fente, le trait d'ouverture, décrit Lacan, fait surgir l'absence – comme le cri non pas se profile sur le fond de silence, mais au contraire le fait surgir comme silence. » ²⁷⁶ Il affirme encore que le désir de l'Autre est appréhendé par le sujet, dans les manques du discours de l'Autre :

Un manque est, par le sujet, rencontré dans l'Autre, dans l'intimation même que lui fait l'Autre par son discours. Dans les intervalles du discours de l'Autre, surgit dans l'expérience de l'enfant ceci, qui y est radicalement repérable – il me dit ça, mais qu'est ce qu'il veut ? [...] Un manque recouvre l'autre. Dès lors, la dialectique des objets du désir en tant qu'elle fait le joint du désir du sujet au désir de l'Autre [...] cette dialectique passe par ceci, qu'il n'y est pas répondu directement. C'est un manque engendré du temps précédent qui sert à répondre au manque suscité par le temps suivant. ²⁷⁷

Malgré son essai identificatoire, les absences répétées de la mère finissent par sanctionner négativement le sujet dans son identité désirée avec le phallus. L'enfant ressent

²⁷⁵ Freud, S., Pour introduire le narcissisme (1969), in *La vie sexuelle*, tr. Jean Laplanche, Paris : PUF, 2002

²⁷⁶ Lacan, *Ibid.* p. 34

²⁷⁷ *Ibid.* p. 194-195

cet « abandon » comme un ratage à occuper la place de phallus pour la mère, découvrant ainsi que la mère désire autre chose qui ne soit pas lui. Quelque chose qu'il ne connaît pas, il découvre surtout qu'elle désire ailleurs. Le sujet essaye de remplir le manque de l'autre, cependant il n'est pas autorisé à monopoliser complètement l'espace du désir de la mère. Lacan se met dans la peau du bébé pour exprimer ce qui lui traverse l'esprit à ce moment :

« Qu'est-ce qu'elle veut celle-là ? » « Je voudrais bien que ce soit moi qu'elle veuille, mais il est clair qu'il n'y a pas que moi qu'elle veut, il y a autre chose qui la travaille. » Ce qui la travaille c'est le x, c'est le signifié. Ce signifié des allées et retours de la mère, c'est le phallus.²⁷⁸

Lorsque le bébé aperçoit que la réalité n'obéit pas à ses envies, il se voit contraint de renoncer progressivement cette place de toute-puissance et de se tourner lui aussi à d'autres intérêts. C'est à ce moment-là qu'il se découvre séparé de l'autre maternel. En d'autres termes, la présence de cet autre se fait remarquer initialement par son absence. Cela nous semble évident, car si la mère répondait pleinement à tous les besoins du bébé, celui-ci ne pourrait jamais se rendre compte de sa présence car ils ne feraient qu'un. Ainsi, l'existence de l'autre en tant qu'être à part, ne peut être expérimentée par le bébé qu'au moment où cet autre manque, où il apparaît troué.

En observation de son petit-fils de dix-huit mois lors du départ de sa mère, Freud a constaté que celui-ci se servait d'une bobine attachée à une corde à laquelle il élaborait un jeu de « lancer-tirer ». Au moment de la lancée de l'objet, l'enfant prononçait le son « Ooo » et lors du retour de la bobine, l'enfant répétait le son « Aaa ». Freud conclut qu'il s'agissait des mots allemands *Fort* (loin) et *Da* (voilà) et que le jeu infantile consistait dans la « disparition et réapparition, mais dont on ne voyait généralement que le premier acte, lequel était répété inlassablement, bien qu'il fût évident que c'est le deuxième acte qui procurait à l'enfant le plus de plaisir. » Freud poursuit donc dans son interprétation :

Le grand effort que l'enfant s'imposait avait la signification d'un renoncement à un penchant (à la satisfaction d'un penchant) et lui permettait de supporter sans protestation le départ et l'absence de la mère. L'enfant se dédommageait pour ainsi dire de ce départ et de cette absence,

²⁷⁸ Lacan, Séminaire V *Les formations de l'inconscient*, Paris : Seuil, 1998, p. 175

*en reproduisant avec les objets qu'il avait sous la main, la scène de la disparition et de la réapparition.*²⁷⁹

Freud conclut ainsi que le jeu présent chez tous les enfants à cet âge illustre une manière trouvée par l'enfant à tempérer les absences de la mère, c'est-à-dire, la perte momentanée de son objet de jouissance en s'attachant à des objets qui représentent, selon Lacan, « une réserve de libido » restée hors-corps. Entre le Fort-Da, il se passe « une mise en scène de la perte » dans laquelle l'enfant prend une position active.

Empêché par le propre désir de la mère qui se tourne vers les autres espaces, le bébé lui aussi est invité à investir d'autres objets au-delà de sa mère. C'est à ce moment que des objets vont jouer un rôle intermédiaire entre le bébé et la mère, favorisant leur séparation progressive. Winnicott les nomme *objets transitionnels*.²⁸⁰ Selon lui, l'objet transitionnel représente pour l'enfant le sein maternel et constitue une expérience primitive normale. Il se construit en relation à la perte, et coïncide avec une certaine annulation de toute-puissance de l'enfant, et ne parvient que si la mère arrive à désillusionner l'enfant. Il n'est ni sous contrôle magique ni hors contrôle, se situant dans un entre-deux.

La bobine du Fort-Da décrite par Freud peut être identifiée comme un objet transitionnel, d'après Lacan. Représentant les premiers stades d'illusion, Lacan considère que l'usage de l'objet transitionnel est à l'origine du symbolisme. Cet objet est voué à un désinvestissement progressif qui doit aller jusqu'à disparition. Bref, l'objet transitionnel révèle que la perte de l'objet primordial de la jouissance donne naissance à des objets substitutifs avec lesquels le sujet parvient à se procurer une certaine satisfaction afin de combler le manque laissé par les successives fractures entre lui et son premier objet de désir, initiant ainsi la boucle jamais bouclée du désir. Le manque est la condition à l'avènement de la signification.

L'émergence du moi

L'émergence du moi se présente intimement liée au moment précédent. C'est le moment où le sujet se verra définitivement comme un être à part, tout en étant marqué par le désir de l'Autre. Ceci vient configurer le temps final du processus de subjectivation décrit par Lacan : la séparation. Cette opération permet au sujet de s'identifier à l'Autre et en même

²⁷⁹ Freud, S., Au-delà du principe du plaisir (1920), in *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1975, p. 16-17

²⁸⁰ Winnicott, D., Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, in *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1951), Paris : Payot, 1969

temps de s'en séparer. Selon Lacan, le processus de séparation « achève la circularité de la relation du sujet à l'Autre, mais une torsion essentielle s'y démontre. »²⁸¹ C'est-à-dire que c'est la séparation, par l'inscription du manque, qui donne origine à l'être du désir.

C'est donc le manque de l'Autre qui servira comme repère au sujet. Autrement dit, cette opération fixe sa place dans l'Autre, là où il n'y a qu'un manque. La séparation n'est pas seulement l'addition d'un élément, ce n'est pas seulement S_1 plus S_2 , c'est une articulation d'un type plus complexe. Là où il y avait un ensemble vide vient s'inscrire S_1 . C'est une intersection des manques où les deux manques se recouvrent. C'est seulement du fait que ce signifiant, S_1 , est propre à s'inscrire dans l'ensemble vide qu'il y a réunion avec l'Autre. La place originelle du sujet est seconde par rapport à ce signifiant S_1 . Il faut qu'il y ait eu la réunion à l'Autre pour que cette place originelle se dégage comme telle, par soustraction du S_1 dans l'ensemble vide. L'inscription signifiante du sujet à partir de sa représentation signifiante pour un autre signifiant tient à la structure binaire du signifiant S_1 - S_2 . Bref, dans l'aliénation, le sujet est représenté dans l'Autre par S_1 , ce qui n'est pas le cas dans la séparation, il se repère dans l'Autre sur autre chose que du signifiant, il se repère dans l'Autre sur son manque.

La notion de séparation coïncide ainsi avec ce que Lacan a dénommé la métaphore du Nom-du-Père. L'instance paternelle est la porteuse du phallus. C'est elle qui ira structurer toute la trajectoire œdipienne et c'est là qu'on peut voir pointer le champ du transfert. C'est la mère qui introduira, par ses absences, cette fonction qui se place entre elle et l'enfant, tout en mettant en question l'identification imaginaire au phallus que l'enfant tentait de soutenir vis-à-vis de la mère. C'est pourquoi Lacan dira que le père représentera pour l'enfant le signifiant du désir de la mère.

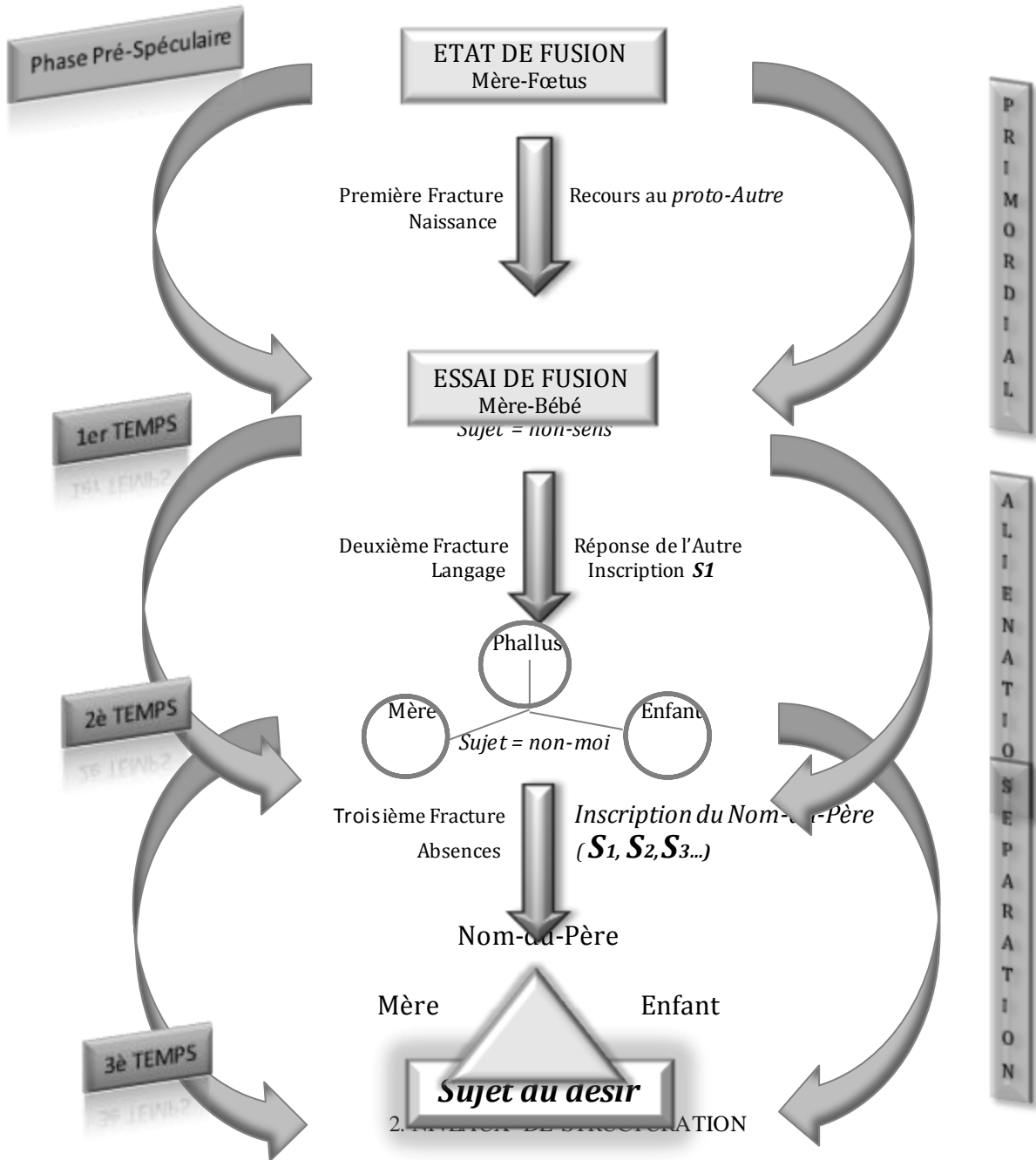
Puisque le père réussira toujours à écarter l'enfant de sa mère, il sera identifié comme celui qui a le phallus et, du même coup, il enlèvera l'enfant de cette place d'identification au phallus maternel. L'enfant quitte ainsi la querelle d'être ou ne pas être le phallus pour désirer de l'avoir, entrant dans un jeu de rivalité avec le père. L'apparition de la figure du père comme celui qui porte l'objet convoité introduit une autre instance psychique, celle du sur-moi ou de l'idéal du moi, c'est-à-dire, un modèle à suivre. Le père remplace la mère dans cette place de toute puissance à la différence que celui-ci n'apparaît pas comme une force destructrice, comme l'était la mère dans sa promesse de fusion et de jouissance sans limite.

²⁸¹ Ibid, p. 238 livre de poche (aliénation)

En fait, le père introduit par lui-même un code moral qui permet au sujet de construire des stratégies pour l'acquisition de l'objet de valeur.

Freud serait donc le premier à définir le *moi* comme une structure du psychisme qui limite le monde intrapsychique du monde extérieur. Le *moi* se configure ainsi comme une construction progressive démarrée par la rencontre du sujet avec le monde extérieur et par le déplaisir que cette expérience lui provoque, jusqu'à l'incorporation de la loi qui rend possible l'identification à l'Autre et au partage d'une vie en société.

PROCESSUS DE SUBJECTIVATION



La psychanalyse prend clairement le passage par la castration symbolique comme l'acte fondateur du sujet du désir, à partir duquel la Loi y est inscrite. Or, le retracement du parcours

de subjectivation élaboré ci-dessus nous fait croire que celui-ci est un processus graduel, où le sujet se fait marquer au fur et à mesure par l'Autre. Nous pouvons observer que la succession de moments qui précèdent la castration ont aussi valeur structurante et que ce processus prend, en effet, départ dès le moment le plus archaïque de sa vie, c'est-à-dire, dès la naissance, moment où il a lieu sa première rencontre face-à-face avec son prochain. Ces moments peuvent être compris comme semi-structurants, ayant à la fois la fonction de guider le sujet dans ce long et douloureux processus et de le préparer pour le passage à la castration.

Cette analyse vient ainsi déployer nos connaissances sur les temps inauguraux de la vie du sujet et mettre en question tout un paradigme tenu pendant longtemps : celui que prône le bébé comme un être complètement passif dans ce cheminement vers la subjectivité. Nous allons mieux détailler par la suite les deux moments qui nous semblent indispensables à l'émergence du Moi : celui de la rencontre avec l'autre primordial et celui de l'inscription du signifiant Nom-du-Père.

La rencontre avec l'autre primordiale

Nous identifions les deux facteurs essentiels responsables par l'attachement systématiquement du nourrisson à son prochain : premièrement, le nourrisson humain est un être complètement dépendant de l'autre par le fait de sa prématurité physiologique, sans qui il ne pourrait pas vivre, et deuxièmement, l'expérience de subjectivité ne peut être trouvée que chez un autre étant déjà inscrit dans le champ symbolique. La fonction de la mère apparaissait comme pivot de ce premier moment de sustentation psychique du sujet. Henry Rey-Flaud fait une analyse résumée des temps de subjectivations décrits ci-dessus en mettant en avant le rôle de la mère dans ce processus :

Livré aux premiers temps de la vie à une détresse sans recours, le jeune enfant ne peut compter que sur sa mère pour satisfaire ses besoins biologique et physique. La mère n'est pas seulement celle qui au moment de l'allaitement apporte à l'enfant le lait puisé dans son propre corps. Elle procède au moment de cet échange à un autre nourrissage tout aussi vital : grâce à sa capacité de rêverie, elle recueille en elle « pour les digérer » les éléments sensoriels bruts que l'enfant n'est pas en mesure avec son appareil psychique rudimentaire d'absorber ni de contenir. Après quoi elle convertit au bébé en éléments-alpha. Quand cette fonction est exercée de façon

*satisfaisante par la mère, l'enfant, étreint par un vécu de perte incontrôlée a ainsi la possibilité de projeter en elle le sentiment qu'elle est en train de mourir, puis en deuxième temps de reintrojecter ce sentiment. Par la suite, grâce à la répétition de ce processus d'échange, le bébé au départ dépendant de la fonction alpha de la mère, va intérioriser cette fonction : fortifié par les pensées reçues de sa mère, son propre appareil à penser peut se développer. A l'envers, l'incapacité de la mère à assurer son rôle de réceptacle des émotions de l'enfant aura des conséquences catastrophiques sur le devenir de celui-ci. Si la mère n'assume pas la tâche qui lui revient, c'est l'appareil psychique rudimentaire de l'enfant qui devra s'en charger, accablant l'intéressé par une pression bien au-dessus de ses forces.*²⁸²

La fonction maternelle est sans doute essentielle au bon développement du bébé, mais cela n'est pas tout et une vision unilatérale à ce sujet est actuellement questionnable. Les recherches récentes avec les nouveau-nés nous amènent à la conclusion que, comme n'importe quel autre animal qui a besoin d'un prochain pour vivre, le nourrisson a aussi sa participation active dans la rencontre inaugurale avec l'autre, étant capable de s'y tourner de forme instinctive – bien que cela soit avec le regard – afin de retrouver un lieu de secours et de soin dont il aura besoin désormais pour donner continuité à son développement.²⁸³

Les études de Colwyn Trevarthen révèlent que le bébé n'est pas seulement un objet de jouissance de la mère, mais qu'il semble posséder des capacités innées à aller vers celui qui lui sert de référence des soins. Ses recherches ont montré que le nouveau-né est, dès le début de sa vie, capable de « percevoir les autres personnes comme des partenaires conscients et affectueux », avec qui il se montre motivé à communiquer avec les formes expressives et rythmiques d'intérêt et d'émotion de la part de l'autre ». Ces impulsions exprimées de la part du bébé lui servent à attirer les soins parentaux pour répondre à ses besoins biologiques immédiats.

C'est donc à cet autre, aperçu affectivement et mis en relation rythmées, que le bébé s'adresse lors qu'il sent des sensations de déplaisir, ayant la fonction d'un « autre virtuel » susceptible de lui répondre rapidement et étant facilement discriminé par la voix et l'odorat, sensations que le bébé éprouve depuis son évolution fœtale. Les résultats de ces recherches iront donner naissance au concept d'intersubjectivité intentionnelle ou, comme le décrit

²⁸² Rey-Flaud, H., *Les enfants de l'indicible peur*, Paris : Aubier, 2010, p. 61

²⁸³ Se tourner vers l'autre et le reconnaître ne veut pas dire s'adresser activement à l'autre, puisque son incapacité physique et psychique l'empêcherait. Nous le savons tous que la vie (physique et psychique) du bébé dépend surtout de la forme dont l'autre s'occupe de lui. On ne trouve que du réflexe, comme un animal qui au moment de sa naissance se tourne vers la mère, encore aux yeux fermés, suivant son odorat, pour chercher chez elle ce qui lui faut pour survivre, du lait et de la chaleur.

Trevarthen, l'« état initial psychosocial ». Cette découverte tient une importance cruciale dans l'élaboration des théories sur les troubles psychosociaux de l'enfant, en mettant en évidence plus exactement ce qui est de l'ordre de l'inné et ce qui correspond à l'influence directe de l'environnement dans le développement humain.²⁸⁴

Emballée par d'autres découvertes de cet ordre, l'ancienne représentation du nouveau-né, comme être fondamentalement déterminé par le champ de l'Autre, chute pour donner la place à l'image d'un nouveau-né comme un sujet prêt à entrer en contact avec l'autre primordial depuis les premiers moments de sa vie. Dans ces termes, on peut voir là des indices d'une idée d'intersubjectivité. Bien que ce terme apparaisse actuellement lié aux courants cognitivistes, René Roussillon y reconnaît une certaine parenté avec les idées d'intersubjectivité évoquées par Lacan et Lagache.²⁸⁵

En effet, la théorie lacanienne n'a pas autant tort sur le sujet et nous laisse déjà quelques indices à penser cette prématurité de la rencontre avec l'Autre. Dans son livre *Les complexes familiaux*, Lacan souligne déjà l'importance du sevrage à la prématurité humaine lors de la naissance, nous faisant croire que là se trouvait la perméabilité du sujet à l'Autre.²⁸⁶ Ceci indique que l'ancrage du sujet dans le champ de l'Autre a son départ dès les premiers moments de la vie. Cette brèche permet de composer la théorie lacanienne avec les découvertes actuelles sur le développement du nouveau-né, la relançant du même coup.

D'autres psychanalystes s'inscrivent déjà dans cette perspective. Graciela Crespin définit cette capacité archaïque du nouveau-né comme une « appétence symbolique », c'est-à-dire, « un appétit formidable qu'a le nouveau-né bien-portant à entrer en relation avec l'Autre. » Elle nous explique encore que si l'appétence signe la primauté du symbolique sur l'état de besoin, elle n'invalide pas pour autant la place et l'importance de l'environnement néonatal : elle redistribue seulement les cartes, en donnant d'emblée au nouveau-né une place

²⁸⁴ Trevarthen, C. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 4/2003 (vol. 15), p.309-428

²⁸⁵ René Roussillon laisse une critique à l'usurpation du terme d'« intersubjectivité » par certains courants qui restreignent la définition de ce terme (ce n'est pas le cas des études de Trevarthen), en écartant toute possibilité d'exploration métapsychologique et psychanalytique. Il rappelle que c'est la psychanalyse la première à diffuser le terme de sujet comme le résultat d'un processus de subjectivation, c'est-à-dire, de « l'intégration d'une dimension inconsciente de la subjectivité croisant la question de la pulsion et du sexuel ». Selon lui, le terme intersubjectivité peut être utilisé en référence à une conception psychanalytique : « J'utilise le terme « intersubjectif » pour penser la question de la rencontre d'un sujet, animé de pulsions et d'une vie psychique inconsciente, avec un objet, qui est aussi un autre- sujet, et qui lui aussi est animé par une vie pulsionnelle dont une partie est inconsciente. Une telle définition me paraît tout à fait essentielle, pour souligner la place de l'objet, et de la « réponse » de l'objet aux mouvements pulsionnels du sujet dans le devenir psychique de ceux-ci ». Roussillon, R, La pulsion et l'intersubjectivité, *Adolescence*, 2004, n°50, vol. 4

²⁸⁶ Lacan, Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. (1938) In Lacan, J. *Autres écrits*, Paris: Seuil, 2001 p. 23-84

active, voire décisive dans la rencontre primordiale. »²⁸⁷ La psychanalyste explique encore que, de la même manière que l'appétence symbolique peut faciliter la rencontre avec l'autre, son absence ou défaillance peut constituer un danger pour le développement du bébé.

*L'environnement néonatal garde toute son importance, car il participe au moment crucial de la rencontre où s'articule ce lien si fondamental au devenir des humains. Et cet environnement s'avère – ou non – structuré de manière à permettre à un bébé de franchir les étapes de son développement. Si nous n'accordions pas cette place à l'environnement dans la rencontre néonatale, tout espoir de modification des problématiques précoces serait anéanti, pris dans au déterminisme absolu.*²⁸⁸

Quelques recherches actuelles en sciences cognitives montrent que, dès les premières heures de vie, le bébé démontre posséder des capacités innées à diriger son regard vers le visage de la mère, l'associant, au fur et à mesure, à une référence des soins. Le bébé est donc capable de préconcevoir une « préforme » correspondant à un autre qui aurait une forme virtuelle, accompagnée de l'odorat et de la voix. Il sait que c'est à lui qu'il doit s'adresser afin d'y trouver un lieu de soins et secours.

Toujours dans son texte *Les complexes familiaux*, Lacan aborde l'identification à l'image de l'autre liée à ce phénomène du sevrage. De nombreux théoriciens en psychanalyse ont déjà mentionné dans leurs écrits une figure marquante à la structuration psychique du bébé. Très souvent cet autre se présente comme dans un rapport primitif qui passe par le regard et se confond avec le rapport au visage humain. La naissance se configure aussi comme le moment de la découverte des visages qui constituent la dyade mère-nouveau-né. Cet autre virtuel auquel le bébé sait qu'il doit s'adresser pour trouver des secours et des soins, surgit maintenant comme porteur d'une préforme, en-deçà de l'Autre en tant que langage. Cette première forme modulée par la voix, l'odeur et une image floue, constitue la première forme de corps vers laquelle le nourrisson ira s'adresser, encore de manière instinctive. Cette préforme, c'est ce qui nous appellerons le *Proto-Autre*.

Dans cette perspective, Rey-Flaud nous indique la fonction de l'accueil du visage au moment de la constitution de la subjectivité : « Le visage maternel illuminé par le regard, dit-il, incarne l'apparition de l'Autre dans l'univers du nouveau-né ». Ce visage, qu'il définit comme « pure figure sans visage » fonde un univers de sens et donne au bébé la totalité de l'existence : « La fonction du visage maternel confirme ainsi que l'avenir de l'homme est, dès

²⁸⁷ Cullere-Crespin, G., *L'épopée symbolique du nouveau-né*. Toulouse : Erès, 2007, p 7-10

²⁸⁸ *Ibid.* p 7-10

l'origine, placé sous le chef de l'Autre. »²⁸⁹ Cet accueil du visage de la mère invoquant un regard d'appel vers le bébé vient configurer une première et essentielle étape de l'introduction de celui-ci dans le champ symbolique.

Cette notion de visage comme un premier rapport à autrui apparaissait déjà dans les premiers travaux de Freud comme une sorte d'intuition. Dans son *Esquisse d'une psychologie scientifique*, il introduit la notion d'un « prochain secourable » comme celui qui apporte de l'aide au bébé en détresse, comme celui qui est le seul capable de faire baisser les tensions endogènes de ce petit être encore prématuré. Il rajoute que « l'organisme humain, à ses stades précoces, est incapable de provoquer cette action spécifique qui ne peut être réalisée qu'avec une aide extérieure et au moment où l'attention d'une personne bien au courant se porte sur l'état de l'enfant. »²⁹⁰ Ce temps introduit ce que Freud appelle *l'expérience de satisfaction*, moment où un premier autre fait trace chez le bébé à travers ses soins corporels.

Ces premières interventions maternelles organisent un espace de représentation qui oriente les poussées pulsionnelles. Les images mnésiques liées à la présence du « prochain secourable » suppose donc, dès le départ, l'existence d'une altérité primordiale, ce qui situe, dans l'œuvre freudienne, la position de l'Autre comme première. De ce « prochain secourable » émane un ensemble de percepts qui est un composé des traits de la personne, souvent accompagné du regard et de la voix. Le visage, caractérisé par les traits de personne, servirait comme un vecteur de sens pour l'enfant, présent dans tous les actes inscrivant la présence singulière de l'Autre.

Dans cette rencontre avec le visage, Rey-Flaud distingue deux temps du regard : le regard invoquant et le regard voyant. Il affirme que le regard invoquant constitue un temps préliminaire, hors temps, qui prépare le moment second de l'échange des regards. Le deuxième temps, celui du regard voyant, est consécutif à une mutation du regard de l'enfant et établit les premiers liens affectifs et sociaux, marquant son entrée dans le champ social. Rey-Flaud décrit la position de l'Autre dans ces temps du regard :

L'Autre maternel, qui recueille au temps initial le regard brut de l'enfant n'est pas l'Autre symbolique, mais un premier Autre indicible, qui est la condition du symbolique. La rencontre initiale de l'enfant avec cet Autre, advenue avant toute mise en place du langage, prépare l'échange qui va s'accomplir, à l'étape suivante, sur un nouvel avatar du regard, élevé au statut d'objet imaginaire, distinct de l'objet réel primitif [...] Ce second

²⁸⁹ Rey-Flaud, H. *Ibid*, p. 200 - 201

²⁹⁰ Freud. S. De l'esquisse d'une psychologie scientifique (1895), in *La naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, 2003 p. 336

*temps est celui de la première véritable relation entre la mère et l'enfant. Solidaire de l'apparition du langage, il se joue au moment des premières tétées.*²⁹¹

Le premier temps de rencontre avec l'autre primordial est, semble-t-il, un moment semi-structural qui donne support au deuxième temps structurant, qui est donc celui où le sujet se verra imbriqué dans le complexe d'Œdipe, donnant succession à l'inscription du signifiant Nom-du-Père et le nouement des trois registres : réel, symbolique et imaginaire.

L'inscription du Nom-du-Père

La pensée de Lévi-Strauss nous apprend que l'universalisme œdipien est le représentant d'une loi symbolique et inconsciente qui sous-tend toute l'organisation de la culture chez l'humain. Cette loi symbolique, qui instaure un nouvel ordre au-delà de l'ordre biologique et naturel, est responsable d'arracher l'être humain de la catégorie d'animal et de le placer en tant qu'être inscrit dans la culture. Ce passage est caractérisé par la perte du réel qui n'apparaît qu'à travers les représentations symboliques.²⁹²

L'interprétation structuraliste rejette donc cette hiérarchie nature-culture en concevant un clivage définitif entre ces deux registres. Ceux-ci seront médiatisés par le langage dans le rapport entre un sujet et un objet. Nous comprenons ainsi que le sujet ne peut se mettre à la place de l'énonciateur qu'au prix de s'aliéner dans une représentation imaginaire. Ceci étant, l'ordre symbolique fait émerger avec lui les registres qui rendent possible la notion même de structure : le symbolique du langage, l'imaginaire de la signification identitaire et le réel de la chose inatteignable.

Dans ce contexte théorique, nous sommes amenés à concevoir l'exercice du langage comme porteur de la loi, exercice qui se révèle corrélé à une perte irrécupérable fondatrice du désir. Lacan nomme explicitement la fonction à l'origine de cette loi : c'est la fonction paternelle. La loi interdit toute possibilité de symbiose entre l'enfant et la mère du fait qu'il empêche définitivement l'identification de l'enfant au phallus. Le sujet n'aurait plus besoin de s'effacer en incarnant l'objet de désir de la mère. Il cherchera à partir de ce moment à réaliser les conditions nécessaires pour obtenir l'objet imaginaire de son désir. C'est donc l'Autre en

²⁹¹ *Ibid*, p. 204

²⁹² Lévi-Strauss, C., *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris : Mouton/MSH, 1967

tant que porteur de la loi qui garde la fonction capitale de se mettre en tant que tiers dans cette relation sujet-objet en empêchant qu'il s'y installe une relation symbiotique et donnant, d'emblée, un sens au sujet comme nouvel élément d'un système.

En termes psychanalytiques, cette loi dont nous parle Lévi-Strauss, représentée par l'usage du langage, instaurerait la barre qui divise le sujet, en distinguant conscient et inconscient. Lacan interprétera le clivage comme le résultat de la séparation inéluctable du réel en tant que leurre de la plénitude. La *spaltung*, terme déjà mentionné par Freud, définit et inaugure la subjectivité car ce serait par son intermédiaire que le sujet adviendrait en tant que sujet séparé du réel pulsionnel. Dans le Séminaire *Les Formations de l'inconscient*, Lacan présente le signifiant Nom-du-Père comme celui qui donne fondement à la Loi. Celle-ci y apparaît comme l'Autre de l'Autre. Ceci étant, L'Autre est assuré par la Loi pour exercer sa fonction, qui est celle de substituer le signifiant maternel.

Le Nom-du-Père a été formulé dans sa fonction paternelle, d'une limitation de la jouissance par l'inscription signifiante de la perte inhérente à la division du sujet. La pluralisation des Nom-du-Père pour Lacan met en relief le rôle principal du Nom-du-Père, c'est une manière de « rendre possible une coordination du langage et de la jouissance permettant un chiffrage de cette dernière »²⁹³; il s'agit d'une fonction de nomination qui ordonne la chaîne signifiante et permet de localiser la jouissance par le signifiant.

Face à cette rupture, le sujet se voit à jamais comme marqué par le manque de ne plus être *Un*. Il se retrouve face à une énorme sensation de frustration et part en quête incessante d'un objet qui vienne combler cet espace vide, cependant sans jamais avoir une réussite. Dans ce chemin de symbolisation, le sujet trouve un objet qui a échappé à l'opération de réduction symbolique. Celui-ci a été nommé par Lacan comme l'objet petit *a* et représente un reste lorsque le dire est venu irréaliser le monde. L'objet petit *a* est le résultat d'une opération symbolique, étant identifié dans la clinique comme l'objet anal, oral, phallique, le regard et la voix. Celui-ci donne sa place à l'objet perdu. Le sujet se retrouve ainsi inscrit dans le mouvement de la boucle jamais bouclée du désir.

La psychanalyse nous présente donc le processus de subjectivation, dont le point culminant est la castration symbolique, comme étant lui-même la voie pour accéder au champ symbolique à partir duquel un partage avec le semblable devient possible par le biais du langage. On vérifie ainsi la suprématie de l'ordre du signifiant sur l'homme, inscrite sur le

²⁹³ Maleval, *La Forclusion du Nom-du-Père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 2000, p. 111

corps du bébé au fur et à mesure de son développement neurophysiologique et fonctionnant, au long de toute sa vie, comme un vecteur essentiel au développement psychique.

*Les symboles enveloppent en effet la vie de l'homme d'un réseau si total qu'ils conjoignent avant qu'il vienne au monde ceux qui vont l'engendrer « par l'os et par chair » qu'ils apportent à sa naissance avec les dons des astres, sinon avec les dons des fées, le dessin de sa destinée, qu'ils donnent les mots qui le feront fidèle ou renégat.*²⁹⁴

Il affirme encore que l'essence de l'humain serait un résultat de cette confrontation fondamentale du sujet à l'Autre. En analyse de l'œuvre freudienne sur l'Œdipe, Lacan identifie le signifiant « minimum » qui instaure la loi, sépare définitivement le symbolique du réel. Le signifiant Nom-du-Père est celui qui représente la base qui fait tenir un sujet debout et qui lui permet d'exister comme sujet autonome, détenteur de son propre désir, étant pour Lacan, à l'origine de la loi et de l'ordre symbolique.

Le signifiant tout seul ne porte pas de signification. Pour se faire, il faut qu'il apparaisse lié à un signifié. Cependant, cette dyade signifiant-signifié n'est pas rigide, car le signifiant peut apparaître associé à différents signifiés. C'est ce qui donne le caractère éphémère du champ de significations, de l'ordre symbolique. Ce signifiant viendrait combler les cases vides laissées par le manque, démarrant l'engendrement d'autres signifiants (S₁-S₂-S₃-S_n...) qui forment la chaîne signifiante. « Le signifiant, disait Lacan, ce n'est pas seulement ce qui supporte ce qui n'est pas là. Ce qui n'est pas là, le signifiant ne le désigne pas, il l'engendre. »²⁹⁵ Le signifiant apparaît ainsi comme producteur de signification. Nous avons là un signifiant-clé, un point de capiton, comme le disait Lacan.

A partir de la rencontre avec Jakobson, Lacan fait référence aux figures de langage pour expliquer le fonctionnement de l'ordre symbolique. La métaphore est le terme choisi pour expliquer la fonction de ce signifiant. Il parlera désormais en terme de métaphore du Nom-du-Père. Lacan prend l'image du jeu de taquin et de la lettre volée d'Edgar Poe pour illustrer l'ordre symbolique. Une case vide suffit à permettre la circulation du signifiant qui produit les effets de signification du langage. Une case vide dans le champ du langage, c'est ce qu'on appelle une énigme. Un névrosé fera de cette énigme métaphore, la métaphore du Nom-du-

²⁹⁴ Lacan, J. Fonction du champ de la parole et du langage in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 279

²⁹⁵ Lacan, J., *Le séminaire XIV : La logique du fantasme*, (1975-1976), Séminaire inédit.

Père. Il nomme la case vide avec la signification phallique, c'est-à-dire avec la croyance en la parole fondatrice du Père afin de cerner l'énigme.

Ceci étant dit, la notion de sujet du désir chez Lacan propose la *bejahung* comme l'opération qui rend possible l'accès au symbolique, où la chaîne signifiante va s'articuler dans un jeu de substitution, glissement des signifiants. A ce moment-là, il est sûr que le réel est complètement perdu, que le mot est le meurtre de la chose et que le sujet démarrera à jamais sa quête par l'objet perdu.

CHAPITRE 6

La psychose et l'autisme infantile précoce comme positions subjectives distinctes face à l'Autre

Sous l'optique structuraliste, la notion de structure repose sur la manifestation ou l'absence du signifiant Nom-du-Père, c'est-à-dire que son point de repère pour différencier les structures psychiques porte sur le moment du passage par la castration, ce qui fait que chaque structure psychique suit un fonctionnement systémique singulier qui se définit selon le type de mécanisme de défense que le sujet adoptera dans sa confrontation avec ce signifiant. Lacan définit donc la névrose, la psychose et la perversion comme les trois structures possibles. Dans la première, le signifiant se trouve opérant, néanmoins refoulé ; pour la deuxième structure, ce signifiant est aussi opérant mais dénié ; alors que dans la troisième, il est complètement rejeté.

Or, les études cliniques récentes sur l'autisme nous montrent clairement que le dysfonctionnement autistique se trouve dans un moment très archaïque du processus de subjectivation, en-deçà de la castration symbolique. Certains psychanalystes révèlent que cette affection porte sur elle une particularité structurale différente des autres structures. Nous cherchons certes à identifier les traits structuraux qui définissent les spécificités de l'autisme et de la psychose, cependant nous reconnaissons que nous ne sommes pas en mesure d'affirmer ici l'autisme comme une quatrième structure, cette question faisant, elle seule, l'objet d'une thèse à part entière. Afin d'éviter de pénétrer dans cette question qui n'est pas claire même dans le cercle psychanalytique et de ne pas démarrer dans un débat stérile qui vienne empêcher l'évolution de notre pensée, nous prenons la décision de déplacer la discussion et traiter l'autisme infantile précoce et la psychose infantile en termes de positions subjectives distinctes et précoces face à l'Autre. Nous n'allons pas non plus toucher à la discussion sur l'étiologie de l'autisme et de la psychose, de savoir s'ils ont leurs « noyaux » organique ou psychique, car celui-ci est encore un sujet qui dépasse notre vain savoir. Notre

contribution repose clairement sur l'analyse subjective de ce qui se joue dans le rapport que l'enfant engage avec l'Autre, dans ce premier moment de constitution de la subjectivité.

Nous nous attardons à élaborer dans le présent chapitre une analyse de l'avènement de l'autisme et de la psychose afin de connaître la spécificité de leurs rapports à l'égard de l'Autre comme porteur de la Loi. Suivant cette perspective, nous allons reconnaître dans la psychose et l'autisme infantile précoce des positions subjectives distinctes plutôt que des figures nosologiques précises. Nous croyons que ce biais analytique peut nous conduire à la compréhension de leurs fonctionnements structuraux, ainsi que la spécificité des signes cliniques qui y découlent. Ceci nous permettra, du même coup, de construire un ensemble de symptômes très variés, qui peuvent donner à ces deux affections une valeur diagnostique et, en partie, pronostique.

1. LES POSITIONS SUBJECTIVES EN-DEÇA DE LA CASTRATION

L'analyse structurale réalisée dans le chapitre précédent nous a permis de retracer minutieusement les temps du processus de subjectivation et d'identifier le moment archaïque de la structuration du sujet. Nous croyons trouver là le moment où se joue l'inscription du trait différentiel (S_1) qui viendrait fournir les éléments de base pour un diagnostic différentiel entre l'autisme et la psychose. Avec cette contribution, nous allons nous pencher sur une analyse des mécanismes spécifiques qui sont à l'origine de l'avènement de l'autisme et de la psychose, donnant à ceux-ci une spécificité en tant que position subjective.

L'avènement de la psychose infantile : forclusion du Nom-du-Père

C'est grâce à la relance structuraliste de Lacan sur l'œuvre freudienne que la clinique de la psychose s'est faite possible. Bien qu'elle se montre tout à fait viable de nos jours, cette clinique apporte toujours une infinité de questions au cercle psychanalytique. Nous nous dédions ici à décrire le processus de l'avènement de la psychose en règle générale pour ensuite, essayer de comprendre où se trouve la spécificité de ce processus lorsqu'il se manifeste encore chez l'enfant.

Comme nous le savons, la psychose représente une position subjective qui porte un mode de fonctionnement propre à elle, différente de celle de la névrose et de celle de la

perversion. Encore dans l'œuvre freudienne, nous pouvons trouver une ébauche de la notion de psychose comme structure. Dans son texte *Les névropsychoses de défenses*, Freud distingue trois types de défenses du *moi* face à ce qu'il a appelé une représentation intolérable, qui apparaît toujours liée à l'expérience de la castration. Dans le cas de la névrose, cette représentation serait remplacée par une autre représentation plus acceptable, qu'elle apparaisse en forme d'idées obsessionnelles ou comme symptômes corporels. Freud isole au même moment une autre forme de défense où un remplacement n'est pas possible, la représentation se faisant complètement rejeter.

Dans ce processus de rejet total de la représentation, Freud explique que si le *moi* se sépare de la représentation alors que celle-ci est toujours associée à un fragment de la réalité, cela veut dire que le *moi* serait pour toujours séparé de la réalité. Dans son étude sur le président Schreber, réalisé en 1911, dans le texte *Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa décrit sous forme autobiographique*, Freud, malgré ses efforts pour approcher le mécanisme de défense paranoïaque de celui du refoulement, y trouve déjà ses spécificités : « Il n'était pas exact de dire que la sensation intérieurement réprimée est projetée vers l'extérieur ; nous nous rendons bien plutôt compte que ce qui a été intérieurement supprimé fait retour de l'extérieur. »²⁹⁶

Ceci étant, Freud déclare que les marques laissées par la castration, étant complètement rejetées et abolies de l'inconscient, retournent sous la forme d'hallucination ou délire. C'est Lacan qui, dans la complémentarité de la pensée du père de la psychanalyse, ira se consacrer vigoureusement sur l'analyse du mécanisme de défense psychotique. Dans sa théorie, il part du concept de *Verwerfung* décrit par Freud, pour prôner la *forclusion* du signifiant *Nom-du-Père* comme le mécanisme caractéristique des psychoses. Le terme *forclusion* provient du vocabulaire juridique et représente des cas où il y a l'abolition symbolique d'un droit qui n'a pas été exercé dans son délai préétabli.²⁹⁷ En termes psychanalytiques, la *forclusion* veut parler de l'abolition d'un signifiant *Nom-du-Père*, lié à la castration symbolique et, par conséquent, de l'échec de l'expérience de la castration dans la psychose.

²⁹⁶ Freud, S., *Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa* (1911), in *Œuvres Complètes* vol. X, 2^e ed., Paris : Presses Universitaires de France, 2009, p.294

²⁹⁷ Le terme *forclusion* est un vieux terme français qui est utilisé dans le contexte juridique. L'analyse étymologique de ce terme est *fermer dehors, for* ou *foris*, c'est-à-dire ce qui est mis à part, et *clore*, fermer) Joël Dor justifie l'intégration de ce terme au vocabulaire psychanalytique de la façon suivante : « Etymologiquement la *forclusion* est un terme issu du corps juridique, qui signifie l'abolition symbolique d'un droit qui n'a pas été exercé dans les délais prescrits. C'est donc principalement à cette idée d'une abrogation symbolique que Lacan souscrit en utilisant le concept de *forclusion*. » Dor, J., *Le Père et sa fonction en psychanalyse*, Paris : Point Hors Ligne, 1989.

L'élaboration de cette notion traverse toute l'œuvre de Lacan, éprouvant quelques remaniements. Elle est créée dans les années 1955-58, à partir de l'analyse de patients psychotiques adultes et notamment du cas Schreber, présenté par Freud. Une esquisse de ce concept apparaît dans son séminaire sur les psychoses (1955-56) et dans le texte *D'une question préliminaire à toute réponse possible au traitement de la psychose* (1958), quand le terme apparaît en tant que tel par la première fois. Mais ce n'est que dans le séminaire *Les formations de l'inconscient* (1957-58) que Lacan le formalise. Le concept de forclusion du Nom-du-Père représente ainsi la pierre angulaire de sa théorie, à côté de celui du stade du miroir.

Dans cette perspective, Lacan nous amène à comprendre qu'au cerne de la structure psychotique se trouve un manque. Cependant, ce n'est pas le manque, résultant de la castration, qui inscrit le sujet dans la chaîne symbolique. En effet, Lacan déclare que c'est la fonction paternelle, cette fonction fondatrice de l'homme en tant qu'être du désir, qui manque dans la psychose.

D'après une image empruntée à Serge Leclaire, disciple de Lacan et penseur autonome de la psychanalyse moderne, nous pouvons comparer la trame symbolique et ses défaillances à la constitution d'un tissu. Celui-ci est composé d'une trame qui lui permet de tenir. Dans le cas du refoulement, il y aurait une déchirure, une sorte d'accroc dans cette trame, qui est toujours susceptible d'être reprise. En revanche, dans le cas de la forclusion, il y aurait un défaut dans la trame même, comme si les fils, au moment de la confection, ne se seraient pas mis en place. Le trou qui en résulte ne peut pas, cette fois, être repris, puisqu'il n'y a pas de prise à la reprise. Alors, pour combler ce trou, il faudrait mettre une autre pièce d'étoffe, ce qui n'empêche pas le trou en lui-même d'exister. La forclusion est donc un trou, un vide. Il va aspirer toute une série de signifiants, à la place du signifiant qui manque.

Dans son livre *La forclusion du Nom-du-Père*, Maleval propose une analyse approfondie de la structure psychotique déclarant être la forclusion du Nom-du-père le « seul moyen qui nous permet d'accéder et cerner la spécificité de la clinique de la psychose ». Il suggère de considérer ce mécanisme de défense psychotique, tel que l'enseigne Lacan, comme une défaillance du nouage borroméen, laissant la jouissance de la langue déchaînée, c'est-à-dire laissant le S_1 déchaîné et la jouissance qui s'y attache à la dérive, faisant retour dans le corps du psychotique par des automatismes, des hallucinations.²⁹⁸

²⁹⁸ Maleval, *La forclusion du Nom-du-Père*, op.cit..

Rabinovitch nous renseigne que, dans la première formulation lacanienne, la forclusion du Nom-du-Père est mise en lumière à travers l'étude du déclenchement de la psychose : au moment où le signifiant du père symbolique est appelé, et que le sujet n'a dans cette place qu'un trou, le signifiant apparaît dans le réel, hors symbolique. Le retour du forclos est donc le retour dans le réel du symbolique forclos, ce qui va être la seule trace du procès de la forclusion – forclos, puisque dans ce processus « la trace elle-même de ce qui aura été retranché, exclu, ne se retrouvera plus jamais. »²⁹⁹ Voyons donc qu'il s'agit là d'une spécificité de la structure psychotique qui, malgré son fonctionnement spécifique, ne donne de signes d'une désorganisation claire qu'à partir de son déclenchement à la phase adulte. Dans cette perspective, nous nous interrogeons sur les déterminants structurels qui seraient à la base d'une psychose jamais masquée, comme celle qui apparaît clairement, avec tous ses signes cliniques, déjà dans les premiers temps du développement. Dans le Séminaire II, Lacan se montre plus sceptique par rapport à l'usage du terme de psychose chez l'enfant :

*[...] c'est à quel point le diagnostic de psychose chez l'enfant est discuté et discutable. D'une certaine façon, on ne sait pas si l'on fait bien d'employer le même mot pour les psychoses chez l'enfant et chez l'adulte. Pendant des décades, on se refusait à penser qu'il pût y avoir chez l'enfant de véritables psychoses. On cherchait à rattacher les phénomènes à quelques conditions organiques. La psychose n'est pas du tout structurée de la même façon chez l'enfant et chez l'adulte. Si nous parlons légitimement de psychoses chez l'enfant, c'est qu'en tant qu'analystes, nous pouvons faire un pas de plus que les autres dans la conception de la psychose. Comme sur ce point nous n'avons pas encore de doctrine, pas même dans notre groupe [...] sur la psychose de l'adulte, a fortiori sur celle de l'enfant, la plus grande confusion règne encore.*³⁰⁰

Lacan, dans le *Séminaire III*, continue à s'interroger sur la question : « Y-a-t-il ou non, une psychose infantile ? » A ce propos, il répond :

*Tout laisse apparaître que la psychose n'a pas de préhistoire. Il se trouve seulement que lorsque, dans des conditions spéciales qui devront être précisées, quelque chose apparaît dans le monde extérieur qui n'a pas été primitivement symbolisé, le sujet se trouve complètement démuné, incapable de faire réussir la Verneinung à l'égard de l'événement.*³⁰¹

²⁹⁹ Rabinovitch, S., *La Forclusion : enfermés dehors*. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2000, p. 22

³⁰⁰ Lacan, J., *Le Séminaire II: Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 1980, p. 127-128

³⁰¹ Lacan, J., *Le Séminaire III : Les psychoses*, op.cit. p.100

Ainsi, si l'on comprend la forclusion comme un refus de la castration, ou comme disait Lacan et Freud, la forme de défense la plus réussie contre la castration, donc nous devons admettre que quelque chose de cet ordre a été expérimenté par le sujet dans un moment premier avant de se faire rejeter par la suite. Alves Santos, psychologue brésilien qui a mené une étude sur les spécificités de la structuration psychotique chez l'adulte et chez l'enfant, considère que ce détail viendrait éclaircir les nuances de la structuration psychotique chez l'enfant et chez l'adulte.³⁰²

Il comprend ainsi que, dans la psychose déclenchée à la phase adolescente ou adulte, le sujet ira revivre l'expérience douloureuse infantile de la castration. Ce sujet, dont la structure psychotique ne donne de signes qu'« après-coup », aurait un nouage minimum de trois registres, des béquilles imaginaires, qui permettrait au sujet de s'inscrire, bien que fragilement, dans un réseau social jusqu'au moment du déclenchement ; alors que pour la psychose chez l'enfant, la déchirure serait plus brutale et le signifiant Nom-du-Père ne serait jamais présenté. Or, si le signifiant Nom-du-Père ne vient pas s'inscrire comme porteur de la loi, comme le tiers qui vient empêcher le lien symbiotique entre mère-enfant, le sujet se trouvera à jamais collé à l'autre maternel, sans avoir la possibilité d'émerger en tant que sujet barré, porteur de son propre désir.

L'enfant vivrait ainsi dans une complète méconnaissance de cette loi restant dans son attente, car cette structuration ne peut pas être considérée comme définitive tant qu'elle ne persiste pas jusqu'à l'adolescence et la phase adulte. La psychose chez l'enfant peut donc être comprise comme une totale capture du sujet dans le temps d'aliénation, ce qui l'empêcherait d'aller au bout de l'expérience du stade du miroir et, par conséquent, de la constitution de sa subjectivité. En effet, la forclusion du Nom-du-Père chez l'enfant est un mécanisme qui s'appuie non pas sur une dénégation, comme c'est le cas du refoulement, mais sur l'ignorance totale de ce signifiant qui n'atteindra jamais la réalité du sujet psychotique.

Selon Alves Santos, nous trouvons clairement des particularités structurales entre un adulte qui a pu écrire en quelque sorte son histoire dans un cadre social, et un enfant qui, étant encore un sujet en devenir, voit son histoire s'égarer dans un moment capital de son développement. A ce sujet, Maria Cristina Kupfer dit :

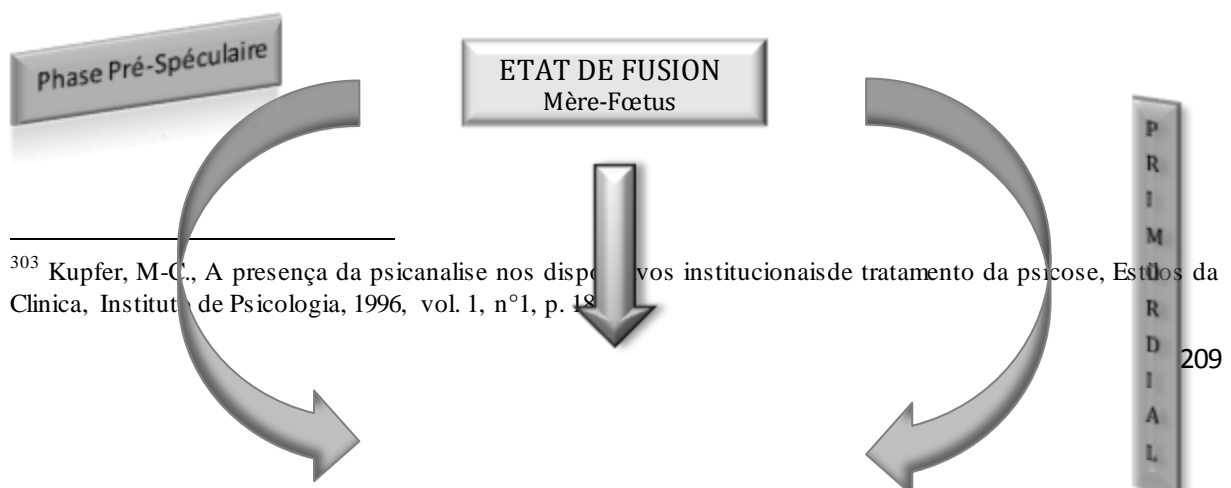
³⁰² Alves Santos, S., Considerações sobre as especificidades na estruturação da psicose do adulto e da criança. Mémoire de recherche en Psychologie appliquée, Université d'Uberlândia (Brésil), 2005

*[...] le destin d'une personne sera certainement différent si la crise psychotique éclot dans l'enfance ou dans l'adolescence. Au cas où cela se passe dans un âge précoce, il est bien probable que l'enfant présentera des retards significatifs dans son développement, ce qui ne se passerait pas si cela arrive à un adulte. L'enfant qui se présente face à nous, n'est pas seulement un sujet au milieu d'une crise, c'est aussi une personne sous le risque de ne jamais grandir. On ne peut pas nier que la psychose infantile nous met face à des difficultés particulières qui ne sont pas trouvées chez la cure avec des adultes psychotiques.*³⁰³

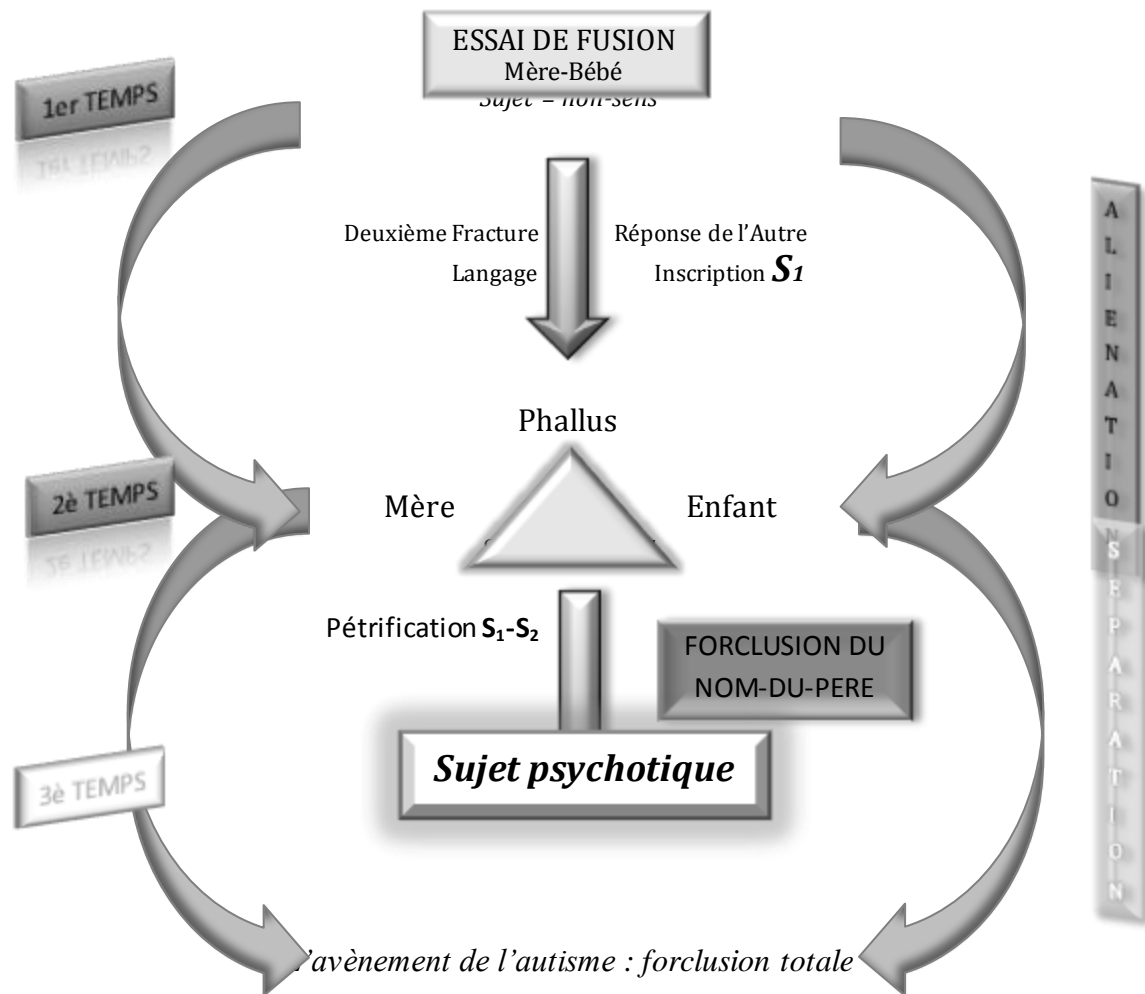
Dans les deux cas, adulte et enfant, le concept de Forclusion du Nom-du-Père reste représentatif de la faille dans le système symbolique, spécifique aux psychotiques. Or, si le signifiant du Nom-du-père est forclos, il est impossible d'exercer ses fonctions. De plus, en suivant toujours la conception juridique, il ne pourra plus jamais le faire. Il faudrait recommencer le processus, mais, s'agissant du signifiant du Nom-du-Père, il n'y a pas de renouvellement possible du processus, car le moment de structuration d'un sujet n'a lieu qu'une seule fois dans la vie. Qu'il s'agisse d'une psychose déclenchée dans la phase adulte ou infantile et même pour celles non-déclenchées, le mécanisme propre à ceux-là c'est la forclusion du Nom-du-père, ce qui fait que le psychotique est, en règle générale, exclu de toute possibilité de choix de devenir ou pas sujet autonome.

En tout cas, la psychose représente un trouble massif du sens de la réalité, provoqué par le manque ou la rupture de l'enveloppe psychique, portant comme symptôme la confusion entre le monde intrapsychique et le monde extérieur.

L'AVENEMENT DE LA PSYCHOSE



³⁰³ Kupfer, M-C., A presença da psicanálise nos dispositivos institucionais de tratamento da psicose, Estudos da Clínica, Instituto de Psicologia, 1996, vol. 1, n°1, p. 18



De nombreux psychanalystes voient dans la clinique de l'autisme une forme de « subjectivité nue », encore archaïque, seule capable de fournir les moyens de saisir le moment d'émergence de l'homme au champ du symbolique. Selon eux, l'autisme se trouve à la base de l'origine de la vie psychique. Son indifférence face à l'autre et la maîtrise de son monde environnant révèlent d'un être dont le fonctionnement psychique pose question.

Ces deux principaux traits symptomatologiques sont représentatifs d'une logique propre à eux. C'est à partir de son refus de faire appel à l'Autre (solitude autistique) que l'autiste développe des stratégies pour préserver son monde à part et pour mettre de l'ordre dans le chaos qui le caractérise. Ainsi, il surinvestit des objets et cherche à tout prix l'immuabilité de son environnement (immuabilité autistique). Maleval voit dans ces deux traits symptomatologiques des indications majeures sur le fonctionnement particulier autistique et déclare qu'« il semble donc possible de hisser l'autisme à un type clinique original et

complexe. » ³⁰⁴ Cette observation sur la particularité du fonctionnement psychique chez l'autiste avait déjà été faite par Asperger. Selon lui :

La persistance dans le temps de la personnalité autistique type constitue un indice crucial qui témoigne clairement qu'elle est une entité naturelle. A partir de la seconde année de vie, on trouve déjà les traits caractéristiques qui restent indubitablement nets et constants durant la vie entière. Bien sûr, l'intelligence et la personnalité se développent, et au cours de cette évolution certains traits s'affirment ou régressent, de sorte que les problèmes présentés varient considérablement. Néanmoins, les aspects essentiels de ceux-ci restent inchangés. Dans la petite enfance ils rencontrent des difficultés dans l'acquisition de compétences simples dans le domaine de la vie pratique et de l'adaptation sociale. Ces difficultés proviennent d'un même trouble qui provoque, à l'âge scolaire, des problèmes d'apprentissage et de comportement, à l'adolescence, des problèmes relatifs au travail et aux performances, puis, à l'âge adulte, des conflits sociaux et conjugaux. Ainsi, en dehors de sa symptomatologie propre, c'est sa constance qui fait de l'autisme une entité particulièrement reconnaissable. ³⁰⁵

Le concept de *Proto-Autre*, allié à l'idée d'une phase instinctuelle encore dans un temps pré-spéculaire, devient un outil fondamental pour la compréhension de l'avènement de l'autiste. Dans une phase si précoce du développement, les observations cliniques s'avéraient restreintes, voire impossibles, il y a quelques années. Un groupe de scientifiques ont trouvé dans les analyses des films familiaux, la possibilité de voir ce qui se joue dans les premiers moments de vie d'un bébé devenu postérieurement autiste. ³⁰⁶ A partir de ces observations, il est apparu que l'autiste manifeste, depuis très tôt, un comportement particulier dont le refus du regard de l'autre se fait presque constant. Les chercheurs ont donc compris qu'il s'agit là d'un manque d'accrochage à l'autre primordial.

Nous pouvons comprendre que si cet accrochage n'a pas lieu aux premiers moments de la vie du sujet, ceci viendrait faire obstacle à l'aliénation du sujet chez l'Autre. Par conséquent, il n'y aurait pas d'identification primordiale, c'est-à-dire, la non-inscription du S₁, du trait unaire. C'est le manque de ce trait, encore dans le temps archaïque de la constitution de la subjectivité, qui viendrait organiser son fonctionnement, comme nous l'expliquent les Lefort.

³⁰⁴ Maleval, J-C, L'autiste et sa voix, *op.cit.* p. 86

³⁰⁵ Asperger, H., cité par Maleval, *Ibid.*, p. 71-72

³⁰⁶ Maestro, S. Muratori, P., Les films familiaux, in *Autisme : Etats de lieux et horizons*, sous la dir. De Delion et Golse, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2006, Coll. Carnet Psy.

Selon eux, toute la construction d'une nouvelle structure serait appuyée sur le fait que chez les autistes, il y a l'échec dans un tout premier registre d'inscription inconscient, ce qui fait que le rapport à l'Autre n'existerait pas : « Si la question de la structure de l'autisme se pose, déclare Lefort, c'est dans des conditions bien particulières, puisque la dynamique du transfert y est supposée au moment même où elle nous permet d'affirmer que l'Autre pour l'autiste est absent »³⁰⁷. L'autiste présente une défense contre une réalité primaire qui surgit avec les premières traces qui s'inscrivent de l'Autre. Les Lefort affirment ainsi que s'il n'y a pas de signifiant primordial (S_1) qui représente le sujet autiste, le S_2 est absent, ce qui résulte dans une pétrification signifiante. L'objet a au niveau du regard ainsi que le toucher et la voix en rapport avec l'Autre est absent, ce qui fait qu'il est insupportable pour l'autiste de se mettre à la place de l'objet a de l'autre. Ainsi, ils nous expliquent qu'« il n'y a pas de grand Autre, il est remplacé par le réel du petit autre. »³⁰⁸

Les Lefort affirment qu'en établissant un rapport réel avec l'Autre, l'autiste ne peut donc rentrer dans l'ordre du spéculaire et par conséquent il reste en marge du champ symbolique et de son rapport à l'Autre. Cette affirmation prônée par les Lefort est retombée dans la même querelle qui tient l'autiste à cette place d'exclusion du champ de l'humain. Cette critique a été déjà aiguillée par certains psychanalystes lacaniens qui considèrent que l'Autre était toujours là, qu'il ne pouvait y avoir « Naissance de l'Autre », comme l'indiquaient les Lefort, et que face à ce propos de l'Autre absent, ou la naissance de l'Autre, il conviendrait mieux de partir du thème de l'Autre non troué ou de Naissance à l'Autre.³⁰⁹ Portés par un malaise provoqué par cette place d'exclusion qui persévère depuis longtemps destinée aux autistes, nous poursuivons cette perspective critique afin de trouver la spécificité du rapport de l'autiste à l'Autre plutôt que de le mettre en marge de celui-ci.

*La forclusion qu'on trouve dans l'autisme n'a rien de la forclusion qu'on trouve chez Schreber [...] parce qu'il y a, chez le paranoïaque par exemple, un objet et un Autre, un grand A. Et l'objet lui est dû pour sa sauvegarde à ce grand Autre [...]. Dans l'autisme, il n'y a même pas grand A. Il n'y a rien à lui donner, il n'est pas là. C'est une forclusion par un manque total.*³¹⁰

D'autres psychanalystes proposent une approche psychanalytique de la structure de l'autisme. C'est le cas de Maleval qui, dans son article intitulé « De l'autisme de Kanner au

³⁰⁷ Lefort, R., et R., *La distinction de l'autisme*, Paris : Seuil, 2003, p. 8

³⁰⁸ *Ibid*, p.60

³⁰⁹ Ledoux, M. *Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile*. Paris : PUF, 1984, p.147

³¹⁰ *Ibid*. p.26

syndrome d'Asperger » soutient cette idée, en affirmant que la spécificité de l'autisme tient à deux caractéristiques majeures : celle de l'énonciation qui découle de la non-élaboration d'une identification primordiale et celle qui concerne un type de défense spécifique qui se sert des objets hors-corps, provoquant les phénomènes de double et objets autistiques. Il considère encore que l'approche psychanalytique de l'autisme se voit toujours confrontée à deux entraves qui l'empêchent de progresser autour du sujet. La première concerne la difficulté « d'appréhender l'autisme sans en passer par le prisme déformant de la psychose », car beaucoup de psychanalystes tiennent encore à considérer l'autisme comme une forme grave de schizophrénie. Maleval nous explique que la deuxième entrave demeure sur la résistance de la notion de « spectre autistique » qui se définit selon lui comme :

Une notion vague, aux limites floues, elle s'impose à partir de la clinique, et non d'une hypothèse étiologique ; elle suggère l'existence d'un même mode de fonctionnement subjectif derrière une grande variété de tableaux cliniques ; elle implique la thèse selon laquelle l'évolution de l'autisme se fait essentiellement vers l'autisme, et elle conforte l'intuition d'Asperger selon laquelle « l'essentiel reste invariable. »³¹¹

Selon lui, ce qui est caractéristique du spectre autistique est la « simultanété de modes de fonctionnements correspondant à des niveaux de développement hétérogènes. »³¹² Il conclut par là qu'« il est vain de chercher à appréhender l'autisme par la sommation de symptômes : ce n'est pas une maladie, c'est un fonctionnement subjectif singulier. »³¹³ Il affirme ensuite que l'existence d'une structure autistique semble se déposer de la constatation d'un spectre clinique et rappelle le besoin de « dégager les constantes essentielles qui constituent cette structure originale de fonctionnement subjectif. »³¹⁴ Plus loin, il nous éclaire sur le mécanisme de défense utilisé par l'autiste afin de fuir la réalité symbolique :

S'il y a bien forclusion dans l'autisme pour les Lefort, elle ne se situe pas au même niveau que dans la psychose, elle n'est pas forclusion d'un signifiant en particulier comme le Nom-du-Père mais le rejet de tous les signifiants. C'est une modalité radicale de la forclusion psychotique qu'ils situent au niveau de la Bejahung. Celle-ci c'est l'affirmation de la représentation à partir de la perception. C'est la Bejahung qui permet à la perception de laisser des traces mnésiques formant un système de représentation, certaines sont d'emblée rejetées tandis que d'autres sont intégrées. C'est là la fonction forclusive de la Bejahung. Cette forclusion primitive est

³¹¹ *Ibid*, p.64

³¹² *Ibid*, p.20

³¹³ *Ibid*, p.65

³¹⁴ *Ibid*, p.60

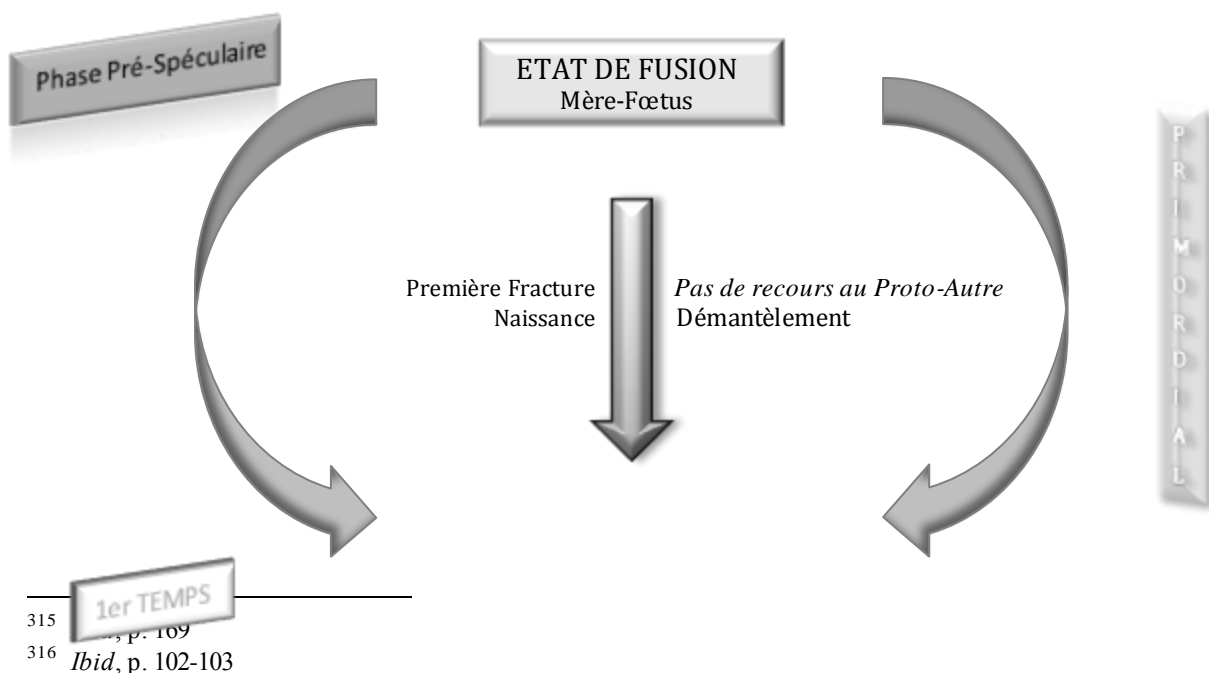
*paradoxalement nécessaire à l'affirmation d'un premier ensemble d'éléments séparés des autres. Ce processus primordial d'exclusion d'un dedans primitif constitue ainsi un premier corps de signifiants.*³¹⁵

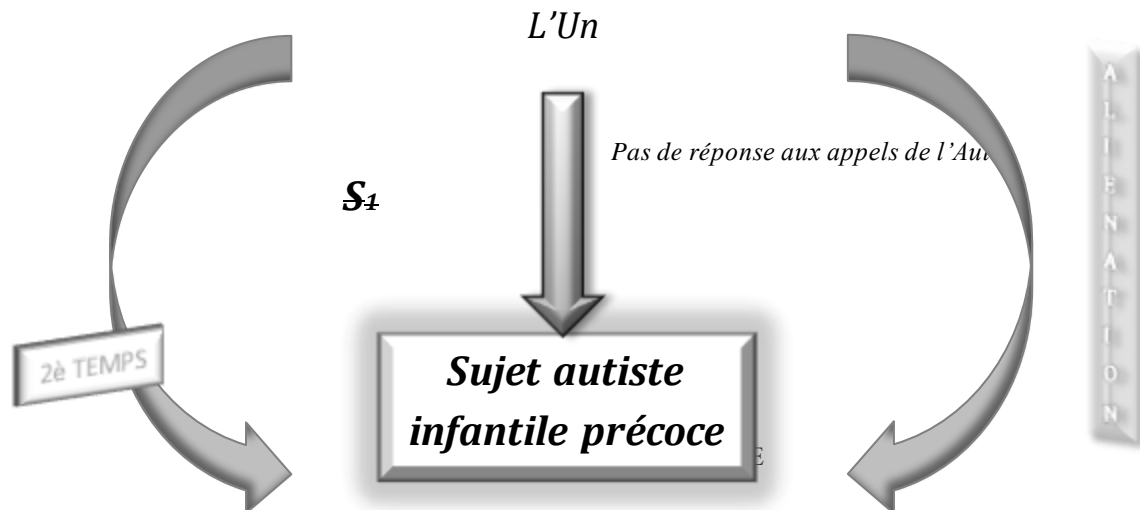
Il comprend ainsi que la structuration du sujet autiste s'avère complexe et ne le rend guère situable sur des étapes du développement préalablement établies par Lacan :

*L'autiste ne répond pas à la définition du sujet donnée par Lacan : il n'est pas représenté par un signifiant auprès d'un autre signifiant. [...] Nul doute cependant qu'il parvient pour le moins à construire ce que Lacan nomme la forme la plus élémentaire de subjectivité, à savoir un quelque'un accessible au signe. [...] Non seulement l'autiste est accessible au signe, mais son être s'en structure, et il en subit des découpes, dont l'objet autistique témoigne.*³¹⁶

Nous pouvons conclure par là que l'avènement de l'autisme concerne un mécanisme de défense spécifique, encore plus radical que celui de la psychose, une espèce de forclusion totale de tous les signifiants. Il reste ainsi à l'étape la plus archaïque de la constitution de la subjectivité, au niveau des signes à partir desquels il s'en tiendra pour se présenter face à l'Autre à sa manière.

L'AVENEMENT DE L'AUTISME





La psychanalyse structuraliste nous apprend qu'il n'y a pas de devenir humain inscrit dans la culture sans rapport à l'Autre, sans l'inscription du langage, sans la perte du réel. Que le sujet adhère ou pas au champ du symbolique, l'Autre occupera toujours cette place de prédécesseur, étant dans la condition de tout devenir humain. A partir de l'établissement de ces traits distinctifs entre autisme infantile précoce et psychose, dans des moments différents de la rencontre avec l'Autre, nous allons réfléchir aux particularités de ce rapport dans ces deux positions subjectives.

Autisme : l'Un qui s'oppose à l'Autre

Pendant longtemps, les autistes ont été vus comme des êtres dont leurs bizarreries et comportements spécialement solitaires les mettaient en marge de la communauté des hommes. Sauvages, malades incurables, êtres sans âme, sont quelques catégories par lesquelles sont passés les autistes au long de l'histoire. Jusqu'à nos jours, son énigme la plus troublante persiste : le refus de l'autiste à partager une vie sociale avec son entourage. C'est bien ce refus primaire manifesté par l'autiste qui provoque d'emblée l'ostracisme d'un système social, lui donnant cette place d'exclusion dont il est témoin, depuis des siècles. Bref, c'est le propre de son fonctionnement psychique de se faire exclure, car en excluant tout rapport à l'Autre, il se trouve, d'emblée, exclu lui-même.

Lacan est aussi amené à des interrogations sur la subjectivité de l'autiste. Il faisait déjà des remarques sur l'état psychique de Dick comme étant un sujet complètement « plongé » dans la réalité, à l'état pur, dans l'indifférencié entre soi et l'Autre, et s'interrogeait sur le

niveau d'« humanité » de ce garçon : « Or, qu'est-ce qui constitue un monde humain ? – sinon l'intérêt porté aux objets en tant que distincts, aux objets en tant qu'équivalents. Le monde humain est un monde infini quant aux objets. A cet égard, Dick vit dans un monde non-humain. »³¹⁷ Ce qui semble être le plus intrigant à comprendre de la part des psychanalystes, c'est le fait que l'autiste n'a pas seulement le manque de langage, mais il n'adresse aucun appel à l'autre. Et bien que certains arrivent à prononcer des mots ou même des phrases, ceci ne représente pas forcément une entrée dans le champ du symbolique, comme nous l'explique Lacan :

*Je dirais même plus – non seulement ce n'est pas le langage, mais ce n'est pas un niveau supérieur au langage. C'est même au-dessous du langage, si on parle de niveau. Vous n'avez qu'à observer un animal domestique pour voir qu'un être dépourvu de langage est tout à fait capable de vous adresser des appels pour attirer votre attention vers quelque chose qui lui manque.*³¹⁸

Cette déclaration semble délicate à comprendre lorsqu'on s'interroge sur le statut qui est donné à l'autiste à l'égard de la théorie psychanalytique, sous un angle éthique. Que serait-il alors ? Un être humain vivant dans un monde non-humain ? Ou bien, un être qui, du fait qu'il se trouve exclu du monde humain, ne peut pas être considéré comme tel ?

Souvenons-nous de la déclaration des Lefort. Selon eux, toute la construction d'une nouvelle structure serait appuyée sur le fait que, chez les autistes, il y a l'échec dans un tout premier registre d'inscription inconscient, ce qui fait que le rapport à l'Autre n'existerait pas : « Si la question de la structure de l'autisme se pose, déclare Lefort, c'est dans des conditions bien particulières, puisque la dynamique du transfert y est supposée au moment même où elle nous permet d'affirmer que l'Autre pour l'autiste est absent »³¹⁹. Les Lefort affirment qu'en établissant un rapport réel avec l'Autre, l'autiste ne peut donc rentrer dans l'ordre du spéculaire et par conséquent, il reste en marge du champ symbolique et de son rapport à l'Autre.

La posture de l'autiste face au monde qui l'entoure nous interpelle et nous donne, malgré tout, des indices pour soutenir la condition de sujet pour l'autiste. Celui-ci ne laisse pas faire partie du monde commun à ses semblables, même s'il essaye de les éviter à travers des subterfuges de rétention du regard, de la voix et de son corps ainsi que par la compulsion à l'immutabilité de son environnement. Même s'il le refuse, une confrontation avec l'Autre est permanente et obligatoire. Cette constatation nous oblige à réfléchir aux étapes du processus

³¹⁷ Lacan, J. Le séminaire, livre I : Les écrits techniques de Freud, Seuil, Paris, 1975, p. 101-113

³¹⁸ *Ibid.* p. 135

³¹⁹ *Ibid.*, p. 8

de subjectivation de l'être humain et à analyser ce ratage qui s'y produit, caractérisant l'autisme. Et c'est la psychanalyse qui nous servira comme base théorique, car on y trouve, malgré quelques incohérences déjà citées, une certaine fascination pour la question du sujet déjà entamée et rediscutée.

Le sujet serait-il, par essence, un sujet du désir ? L'autiste serait-il un sujet ou un être sans subjectivité ? Dans quelle place se trouverait l'être humain ? Bernard Golse affirme que l'autisme apparaît aujourd'hui comme l'entrave la plus grave qui puisse exister quant à la mise en place des processus de subjectivation et que c'est grâce aux études réalisées en psychopathologie que nous pouvons détailler ce processus afin d'affiner notre connaissance sur le développement : « Comme on le voit, dit Golse, on peut sans doute parler de subjectivation et demeurer « psychanalytique » quand bien même la notion de sujet demeure sujette à caution, pour peu qu'on veuille bien envisager le processus plutôt que l'état résultant qui se dérobe sans cesse à nous ».³²⁰ Cette déclaration légitime la suite de cette étude.

Avant d'entrer directement dans le domaine psychanalytique pour discuter cette place éthique d'une subjectivité autistique, nous faisons un détour par la philosophie de la subjectivité décrite par Emmanuel Lévinas. L'homme, selon lui, est un être libre de répondre à l'appel de l'autrui et le désir représente l'ouverture au mystère de l'Autre. Cependant, si l'homme ressent fondamentalement une responsabilité face à autrui, il s'y voit donc déjà impliqué. Ainsi, Lévinas comprend que si l'Éthique est fondée sur une libre décision, elle est un lieu de plus où règne le *moi* et ses modes d'appropriation du monde. En revanche, si le ressort de l'éthique est un appel et une obligation fondamentale, le *moi* perd en autonomie et fait l'expérience de quelque chose qui lui vient d'au-delà de lui-même et qui lui résiste. Lévinas conclut que nous recherchons la proximité avec autrui car cette relation nous attire au plus profond de nous-même et que le désir nous révèle à nous-mêmes, donnant une assise à la notion d'altérité, ouvrant finalement à une dimension éthique.³²¹

Cette position éthique est aussi soutenue par la psychanalyse qui considère que le sujet humain est toujours en puissance de répondre librement à l'adresse primordiale de l'Autre et qu'aucune fatalité ne peut suspendre cette liberté. Lacan nous avait déjà signalé cette position de choix du sujet dans sa théorisation des temps de la constitution de la subjectivité, lorsqu'il prône l'aliénation et la séparation comme un combat entre deux êtres en forme de désir. Bien que Lacan ait toujours prôné le bébé comme un être passif, complètement à la merci des effets

³²⁰ Golse, B. De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation) in *Le carnet Psy*, juin 2006, n° 109, p. 25-29

³²¹ Lévinas, E. *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*. Paris : Fayard, 1982.

de l'environnement, autrement dit, un corps dans lequel le symbolique vient s'installer, l'analyse de ce passage de sa théorie nous permet de croire qu'il est amené à voir l'être comme un sujet autonome déjà capable de faire son choix et de se refuser à entrer dans le champ symbolique.

Cette idée est renforcée par les avancées en neurosciences et études cognitives à propos du développement infantile, comme par exemple l'étude de Colwyn Trevarthen déjà citée dans le chapitre précédent. Ces recherches révèlent que le bébé semble posséder des capacités innées à aller vers celui qui lui sert de référence des soins. Ces impulsions exprimées de la part du bébé lui servent à attirer les soins parentaux pour répondre à ses besoins biologiques immédiats.³²² Ceci nous amène à conclure que, non seulement le bébé peut refuser à établir un premier lien avec l'autre, mais aussi – et ce qui est le plus probable – il peut avoir des entraves sensorielles innées à son développement qui l'empêcheraient d'établir ce lien avec l'autre.

Par ce biais, on produit une explication plus adéquate à l'énigme de l'étiologie de l'autisme, dans laquelle le bébé est déjà pris comme un sujet actif face aux demandes de l'extérieur. A vrai dire, le refus permanent de la part de l'autiste à intégrer le champ du symbolique est une manifestation secondaire qui résulte d'une non-inscription primordiale de l'Autre dans les premiers moments de sa vie, due à des complications innées. C'est ainsi que le bébé à risque d'autisme, en l'occurrence, ne s'assujettit pas à l'Autre dans le moment de l'aliénation. Cette non-inscription se traduit dans une peur innommable et constante de l'anéantissement. Lorsque l'autiste est confronté au regard de l'Autre, il se sent en face d'un danger mortel, ce qui exprime, au fond, sa position existentielle, puisque ses premières émotions se montrent déjà plus dangereuses que toutes les demandes venues de l'extérieur. L'autiste gagne la lutte contre l'Autre et tombe ainsi dans la place du non-sens. C'est ce qu'affirme Maleval :

*Nul plus que l'autiste est un sujet libre, douloureusement libre, d'une liberté potentielle qu'un engagement altérerait. Il rejette toute dépendance à l'égard de l'Autre ; il refuse de céder l'objet de sa jouissance vocale, de sorte qu'il résiste radicalement à l'aliénation de son être dans le langage.*³²³

Cette utilisation de ses droits de la part du sujet face à la possibilité d'entrer ou non dans le champ de l'Autre, Rey-Flaud la nomme *réticence autistique*. Il la définit comme une

³²² Trevarthen, C. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 2003, vol. 15, p.309-428

³²³ Maleval, *Ibid.* p. 81

position subjective marquée par une contradiction essentielle puisque, chez ces enfants, « le symbolique est là, à portée de main ». Cependant, à l'inverse, « ils retiennent la main qui s'approche de l'objet, ils détournent le regard qu'appelle l'Autre, ils arrêtent la parole qui est près d'advenir. »³²⁴ Rey-Flaud, lui, préfère comparer cette posture paradoxale de l'autiste à ce qui a été décrit par Freud sous le nom de « démenti ». Chez les autistes, le symbolique est à la fois reconnu et refusé. Nous pouvons illustrer cette affirmation à travers la description du cas de Dick, lorsqu'il se refuse à reproduire un nom de façon intelligible, qu'il est déjà capable de le dire, juste pour ne pas répondre à l'appel des autres.

*Les progrès de la clinique permettent aujourd'hui d'avancer une explication plus subtile : ces enfants, pour la plupart, ne sont pas retirés du monde – ils n'y sont, en fait, jamais entrés, frappés qu'ils sont de sidération et de peur devant son étrangeté et, quelquefois, sa beauté indéchiffrable. Sous l'impact de cette rencontre manquée, l'autiste est assigné à un espace déserté par le langage, où il est menacé de se perdre sans recours. Sa défense est alors d'observer une position de réticence absolue (ce mot implique le retrait et le silence), qui l'inscrit dans un univers hors du temps, à l'abri de tout changement. Dans cet espace, la réticence s'exprime par une rétention du regard de la voix et du corps, qui transforme l'enfant en bunker sans portes ni fenêtres, ne laissant aucun accès à l'Autre, aucune issue au sujet.*³²⁵

L'autiste n'est donc pas une « forteresse vide », complètement indifférente au monde extérieur. D'ailleurs, ce terme, qui a été présenté par Bettelheim comme métaphore représentative du fonctionnement psychique de l'autiste, a besoin d'être revu. Non en ce qui concerne au nom « forteresse » qui représente correctement l'idée de défense – et cela est visiblement confirmé par le transfert avec les autistes – mais par son adjectif « vide » qui nous renvoie à l'idée d'une inexistence subjective. Dans cette « forteresse » il y a manifestement un sujet, contrairement à ce que l'on imaginait auparavant. Là-dedans, on trouve un sujet qui vit dans un état de vigilance permanente afin de contrôler, voire d'éviter, tout accès de l'Autre qui tombe sur lui comme une « bombe » de sensations innommables, envahissantes et insupportables pour son faible psychisme à peine constitué.

Ce sujet qui n'est pas un sujet du langage et par conséquent n'est pas inscrit dans un rapport social, construit les bordes de protection de sa « forteresse » dans laquelle il essaie de vivre tout seul. Il la gouverne avec son désir qui n'est pas un désir dérivé du manque, soyons clairs, mais qui lui permet néanmoins de rester vivant et qui se configure par une envie

³²⁴ *Ibid.* p.327

³²⁵ *Ibid.* p.33-34

d'isolement du monde. Toutefois, à partir du moment où l'autiste fait fonctionner son désir dans le seul but d'annuler le désir de l'Autre, il le reconnaît, d'emblée. Ce désir, même d'évitement, permet à l'autiste d'établir le moindre rapport à l'Autre dont il a besoin pour vivre.

On suit dans la chaîne paradoxale de l'autisme, lorsqu'on comprend que l'Autre n'est pas complètement absent pour l'autiste, puisque celui-ci arrive à y démarquer son champ même par sa négative. Cela vient confirmer donc notre idée de départ qu'il n'y a pas de devenir humain sans rapport à l'Autre, même dans les cas les plus extrêmes d'isolement et de refus de la réalité extérieure, comme c'est le cas de l'autisme. Et dans cette quête d'un « sujet » chez les autistes, on finit par conclure que le simple acte de s'opposer à l'Autre configure déjà une marque d'existence subjective, ce qui nous permet de réaffirmer la place de l'autiste en tant que sujet et en tant qu'être humain. L'autiste, ainsi que toutes les formes de psychopathologies, doivent être reconnus comme des êtres qui portent une particularité existentielle face au monde et à l'Autre.

L'enfant psychotique face à l'Autre

Des troubles de la relation sociale, confusion d'identité, non-reconnaissance du *moi*, inquiétudes anormales avec des objets et événements, réactions excessives d'anxiété, troubles du langage, retard du développement intellectuel sont quelques critères diagnostiques qui définissent la psychose chez l'enfant. Selon Ajuriaguerra et Marcelli, la psychose infantile est un trouble de la personnalité qui caractérise une mauvaise organisation du *moi* et de la relation de l'enfant avec son environnement. Dans leur manuel de Psychiatrie infantile, ils décrivent quelques caractéristiques de la psychose infantile, comme, par exemple, la difficulté à s'éloigner de la mère, la difficulté de compréhension de ce qu'il voit, en ce qui concerne les gestes et le langage, altération significative de la forme et contenu de son discours, emploi stéréotypé et idiosyncratique de formes verbales, avec inversion pronominale (l'enfant parle de lui dans la troisième personne ou par son nom propre) et conduites sociales embarrassantes.³²⁶

L'enfant psychotique ne semble pas trouver une aisance dans son développement. Ou s'il la trouve au départ, cela disparaît lors d'un événement chargé de signification (la

³²⁶ Ajuriaguerra, J., Marcelli, D., Psychopathologie de l'enfant, 3^e ed. Paris : Masson, 1989

naissance d'un frère ou d'une sœur, le divorce des parents, la violence domestique, déménagement, etc.) qui vient déclencher des symptômes, ce qui équivaut à une période de latence. Plus souvent, ce déclenchement a lieu au moment du passage par l'adolescence. C'est dans cette étape du développement que le sujet expérimente des crises existentielles liées aux complexes de sexualité, face à l'appel de construire sa propre identité, dégagée de celle de ses parents. Ceci entraîne des symptômes morbides de caractère secondarisé.

Certains parlent de prépsychose infantile, pour décrire les cas où la psychose montre des signes pendant l'enfance, mais ne se déclenche véritablement que lors de l'adolescence. D'autres croient que la psychose infantile est beaucoup moins fréquente que celle de l'adulte et de l'adolescent dû au fait que l'enfant se trouve protégé par le lien familial, n'ayant pas encore besoin de prendre la parole et de s'assumer comme sujet. C'est ce qu'affirme Anny Cordié : « le statut même de l'enfant protège le sujet de l'éclosion psychotique et de ses manifestations. »³²⁷ En tout cas, la psychose chez l'enfant ne doit pas être vue comme un trouble déficitaire organique, mais comme une production particulière qui l'aide à trouver sa place dans son système familial et social.

Par ailleurs, aborder la psychose infantile selon les versants du déficit ou de la production permet de différencier la clinique psychiatrique de la clinique psychanalytique. Selon Lysy-Stevens et Stevens, la clinique du déficit serait, par essence, incompatible avec la clinique psychanalytique, mais elle se trouverait pourtant aux fondements de la clinique psychiatrique classique. Dans ce sens, ils comprennent que la psychose infantile ne doit pas être vue comme un trouble du développement, et encore moins un désordre somatique biologique inné, mais comme une production qui découle de son mode de fonctionnement psychique et de son rapport particulier à l'Autre. C'est là la base d'une clinique du sujet, donc de la clinique psychanalytique.³²⁸

Au lieu de se situer en tant que sujet en prenant partie dans le discours de la loi, le sujet psychotique est traversé par ce discours sans pouvoir se défendre. Il n'assume jamais son propre discours et celui-ci sera figé et soumis à l'Autre. Cela implique que le psychotique reste identifié à l'objet de la jouissance de l'Autre tout-puissant, représenté par l'Autre maternel. Il ne peut donc prendre de la distance par rapport au discours de l'Autre, pour apprécier ce discours avec du recul. C'est pour cela que Lacan affirme que la particularité de la psychose se révèle dans le discours du patient. Celui-ci dévoile une structure langagière

³²⁷ Cordié, A., *Les cancrs n'existent pas*, Paris : Seuil, 1993

³²⁸ Lysy-Stevens, A., et Stevens, A., La psychose infantile : déficit ou production ?, *Quarto*, 1991, n° 46, p.46-49

subjective : la structure psychotique. Le psychotique présenterait un discours vide en subjectivité. Selon Lacan, cette faille du symbolique peut être repérée par les désordres du discours, par les défauts du langage.³²⁹

3. DISCUSSION : L'AVIS DES PSYCHANALYSTES

Dans le deuxième chapitre de cette étude, nous avons discourt sur le rapport amené entre l'autisme et la psychose dans les théorisations psychanalytiques développées entre la moitié et la fin du XX^e siècle. Nombreux sont les psychanalystes qui, à partir de leurs analyses cliniques, se disent convaincus de cette démarcation, plaidant pour le retour du terme de psychose dans le scénario pédopsychiatrique. Mais il y a ceux qui, dans ce même cercle restreint de la psychanalyse, soutiennent la différence entre autisme et schizophrénie, les deux termes devant rester associés au groupe majeur des psychoses. Nous allons nous pencher maintenant sur l'avis des psychanalystes contemporains sur l'approche clinique et structurale différentielle de l'autisme et de la psychose infantile, pour ensuite exposer notre propre avis sur la question.

Les premiers à mener cette question ont été Rosine et Robert Lefort, comme nous l'avons déjà exposé. Dans le livre *La distinction de l'autisme*, nous avons pu comprendre que leur étude consiste dans le diagnostic différentiel entre autisme et psychose en tant que structure. Néanmoins, dans certaines parties du livre, on se dépare avec la distinction entre autisme et schizophrénie, ce qui provoque certains doutes. En règle générale, nous avons pu comprendre que parmi les psychoses, c'est la schizophrénie, sous l'héritage nosologique de Bleuler, qui provoque le plus de confusion symptomatologique avec l'autisme, d'où les subtiles interventions des Lefort sur la question.

Une forte évidence qui amènent les Lefort à penser l'autisme au-delà de l'approche clinique et/ou phénoménologique – ce dernier peut être très réducteur – se présente au travers du transfert, lorsqu'on peut observer et affirmer que l'Autre pour l'autisme n'existe pas. Cet Autre se présente comme réel et absolu puisqu'il ne manque de rien. Dans ce cas, le désir, élément essentiel dans le rapport de tous les sujets à l'Autre primordial, ne peut pas émerger. Les Lefort distinguent cet Autre absolu de l'Autre de la psychose « L'Autre de la psychose

³²⁹ Les troubles du langage qui caractérisent la structure psychotique seront mieux détaillés dans le chapitre 7, dédié à l'étude du rapport au langage chez l'autiste et psychotique

risque de manquer réellement de l'objet, aussi le petit sujet psychotique lui doit-il tout pour le sauvegarder, dans une dette sans fond. »³³⁰

Alfredo Jerusalinsky, psychanalyste argentin exerçant au Brésil, suit cette idée et définit radicalement la différence entre les deux, en proposant qu'il faudrait comprendre l'autisme comme une quatrième structure clinique, à côté des trois autres structures proposées par Lacan – psychose, névrose et perversion.³³¹ Il affirme qu'il n'y a aucune identité de structure entre autisme et psychose infantile, puisque dans un cas il s'agit de la forclusion du Nom-du-Père, et dans l'autre, il s'agit de son exclusion. Selon lui, la différence entre la forclusion et l'exclusion consiste en la présence ou en l'absence de l'inscription dans le sujet. Dans le cas de la forclusion, il y a une inscription du sujet dans une telle position que celle-ci ne peut avoir des conséquences dans la fonction signifiante. Dans le cas de l'exclusion, il n'y a pas d'inscription du sujet car dans le lieu où elle devrait se trouver, on trouve le réel, c'est-à-dire, l'absence de l'inscription. Pour lui, cette différence radicale dans les structures conduit à des effets cliniques observables. En bref, dans l'autisme, il y a des failles dans la fonction maternelle, et dans la psychose, il y a des failles dans la fonction paternelle.

Marie-Christine Laznik, psychanalyste lacanienne et spécialiste en interventions précoces avec des bébés présentant des traits autistiques, répond à la question de la différenciation entre autisme et psychose, citant Colette Soler :

*Pour répondre à cette question, C. Soler pose aliénation et séparation comme constituant les deux opérations de causation du sujet. Elle rappelle l'idée selon laquelle (Lacan Séminaire XI) le psychotique ne serait pas hors langage, mais hors du discours. Si l'inscription dans un discours est conditionnée, dit-elle, par cette opération de séparation, elle est conditionnée par le Nom-du-Père, il faut dire que le hors discours de la psychose est son installation dans les champs de l'aliénation. La question est alors celle de l'autisme [...], on peut situer l'autisme dans un en-deçà de l'aliénation, un refus d'y entrer, un s'arrêter au bord.*³³²

Cette distinction clinique est remise en valeur également par les travaux de Michel Lemay qui, à partir de son expérience clinique, différencie nettement l'autisme de Kanner – qu'il nomme autisme typique – et ce qu'il préfère nommer, pour éviter à juste titre le terme de psychose, « autisme atypique avec envahissement par l'imaginaire ». Selon Lemay, le rejet

³³⁰ Lefort. R et R. *op.cit.* p.8.

³³¹ Jerusalinsky, A. Psicose e autismo na infância: Uma questão de linguagem. *Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. 1993, 4 (9)

³³² Chemama, R. (dir.) *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse, 1999

des conceptions psychodynamiques alliées aux échelles qui ne repèrent que les symptômes autistiques sans se soucier des psychotiques sont les responsables de la disparition du terme de psychose infantile du scénario pédopsychiatrique. L'auteur propose des hypothèses explicatives distinctes sur la nature des troubles : celles, respectivement, d'un trouble de l'intégration, et d'un trouble de la modulation (des informations affectives, cognitives, et symboliques issues du sujet ou de l'environnement) et affirme qu'« apparemment semblables par le retrait, les intérêts sensoriels inhabituels et les formes d'expressions insolites, les deux troubles sont de fait profondément différents dans leur structure intrapsychique. » Selon Lemay, cette distinction est vérifiée lorsqu'on considère que pour l'autiste « le corps ne semble pas pouvoir intégrer l'ensemble des éléments qui lui permettrait d'avoir une conscience globale d'exister », alors que le psychotique « se perçoit menacé par un trop-plein de sensations, d'images et d'émotions qui peuvent disloquer cette totalité dont la permanence ne peut être assurée. »³³³

Inspirés par les travaux de Michel Lemay, les linguistes Clément de Guibert et Laurence Beaud se servent aussi de leur expérience clinique pour poser la différence des tableaux cliniques de l'autisme de Kanner et de la psychose infantile. Ayant comme but le développement d'une meilleure compréhension des syndromes autistiques et psychotiques afin de pouvoir les distinguer et offrir à ces enfants une prise en charge adaptée à leur type spécifique de souffrance, Guibert et Beaud proposent une hypothèse spécifique centrée sur les différences unité/identité, isolement/confusion, cohésion/cohérence comme base de leur réflexion :

Selon nos hypothèses de compréhension de deux syndromes – indépendamment de la question de l'étiologie –, si les deux troubles manifestent un déficit de la situation vécue (de la permanence et de la constance du sujet et de l'environnement au-delà des aléas internes et externes), le trouble autistique concernait l'unité et la cohésion de la situation (celle-ci étant appréhendée en « îlots », par fragments isolés) ; alors que la « psychose infantile » serait un trouble de l'identité et de la cohérence de la situation, appréhendée de manière cette fois confuse et dispersée.³³⁴

Malgré la proximité des traits cliniques, Guibert et Beaud concluent que l'isolement autistique n'est pas pareil que la fragmentation psychotique, le premier étant un phénomène

³³³ Lemay, M., *L'autisme aujourd'hui*, Paris : Odile Jacob, 2004, p.8

³³⁴ De Guibert, C., et Beaud, L., Différence entre autisme de Kanner et psychose infantile : déficit d'unité vs identité de la situation, *La psychiatrie de l'enfant*, 2005, vol. 48, p. 391-423

qui est vécu sans lien avec le reste, alors que le deuxième présuppose une intégrité préalable qui est décomposée. L'autiste se constitue comme une unité à part de l'ensemble extérieur, tandis que le psychotique, ayant déjà établi un contact avec le monde extérieur, n'est pas capable de maintenir une identité. Au lieu d'aborder le problème de façon unitaire, source de confusion clinique et théorique, ils proposent donc la décomposition du rapport qu'il y a entre la constitution du sujet et de l'environnement en deux questions : unité et intégration / identité et modulation. « C'est de frontière dont il s'agit, mais de deux natures : une délimitation et une unité (être séparé/associé) ; une discrimination et une identité (être identique/différent). » L'autisme serait un défaut de délimitation tandis que la psychose serait conçue comme un défaut de discrimination des éléments de la situation.

Henry Rey-Flaud donne aussi son avis sur la question utilisant la notion des registres structuraux du psychisme et de la traduction d'un registre à l'autre, basé sur l'analyse freudienne de la métapsychologie : « l'autiste, ainsi que le psychotique, mettent en échec l'opération fondatrice de la psyché : le refoulement. Dans le premier cas, cependant, ce refus se manifeste dans la première transcription, c'est-à-dire, au moment du passage des empreintes aux images, temps le plus archaïque de la constitution de la subjectivité. »³³⁵

Les psychanalystes faisant partie de l'École de la cause freudienne ne semblent pas trouver un consensus entre eux. Eric Laurent considère qu'il n'y a pas à distinguer l'autisme et la schizophrénie. Jean-Claude Maleval considère que l'autisme est à distinguer de la schizophrénie, mais qu'il fait partie des psychoses. Fabienne Hody déclare qu'« enfants autistes et psychotiques est une appellation usuelle dans nos institutions mais ces deux termes, loin de s'opposer, ne font souvent qu'indiquer un niveau de gravité de symptômes ou l'absence ou non de langage et non une distinction de structure. »³³⁶ Stevens affirme, quant à lui, que :

*La clinique de l'autisme est certes à distinguer de la clinique de la schizophrénie et de celle de la paranoïa, mais elle fait partie intégrante de la clinique différentielle des psychoses. Elle est incluse dans la forclusion généralisée, point ultime où tout le symbolique est réel, où la jouissance est entièrement dans le signifiant S_1 qui le véhicule.*³³⁷

Dominique Holvoet discourt sur cette tendance des psychanalystes à ranger l'autisme dans le champ des psychoses. Selon lui, ceux-ci se présentent dans la suite de l'invention de

³³⁵ Rey-Flaud, H., *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage*, op.cit. p. 83

³³⁶ Hody, F., Pertinence clinique de la distinction de l'autisme. *Les feuillets du Courtil*, 2008, n° 29, p. 167-177

³³⁷ Stevens, A., Aux limites du lien social, les autismes. *Les Feuillets du Courtil*, 2008, n° 29, p. 9-28.

Bleuler qui considérait l'autisme comme trouble secondaire de la schizophrénie. Le désaccord entre le cercle psychanalytique et les contemporains d'autres savoirs éclate à cause notamment de l'extension que les premiers donnent à la catégorie des psychoses. Celle-ci est appuyée sur un corpus théorico-clinique robuste, à savoir la clinique structurale en remaniement permanent eu égard au renouvellement des données de la clinique. Le psychanalyste poursuit son propos :

D'un point de vue psychanalytique, le plus sûr est de suivre la veine ouverte par Bleuler de déduire l'autisme de la schizophrénie en précisant mieux d'une part, ce qu'est un sujet schizophrène et d'autre part, en réintroduisant la cause sexuelle, la dimension de la jouissance dans la causalité psychique.

³³⁸

Ce débat apparaît en vogue, en ce moment, attirant l'intérêt des chercheurs en psychologie, psychanalyse et psychiatrie. Nous pouvons déjà trouver quelques thèses écrites à ce sujet. Marina Bialer, dont la thèse est intitulée *Le corps dans l'autisme et schizophrénie*, s'appuie sur l'avis de ces derniers psychanalystes et propose une distinction structurale entre autisme et schizophrénie. Elle déclare :

*On distingue l'autiste, celui qui n'a pas incorporé la marque de la jouissance de l'Autre, n'a pas incorporé le signifiant primordial, du schizophrène, celui qui a incorporé la marque de la jouissance de l'Autre mais qui n'a pas la possibilité de recourir aux discours établis pour construire le corps propre, pour nommer le corps propre [...] On y trouve chez lui la quête d'une déconnexion de l'Autre, cherchant à l'annuler. Tandis que chez l'autiste, on trouve une mise à l'écart de l'Autre, des tentatives de rendre l'Autre inexistant, dans la schizophrénie, le schizophrène ne se situe pas hors de ce champ mais il a du mal à régler cette présence de l'Autre, qui pour lui peut être très envahissante.*³³⁹

Menant une recherche semblable à la nôtre, nous trouvons Marielle Frayssinet qui soutient, en l'occurrence, une vision plus générale au sujet du diagnostic différentiel entre autisme et schizophrénie, en affirmant :

Mon hypothèse de travail est donc que l'autiste est au départ un sujet a-structuré, où tout est à construire, son effort est d'abord de se créer une

³³⁸ Holvoet, D., Les autismes et les conditions du lien. *Les Feuilles du Courtil*, 2008, n° 29, p. 77-93

³³⁹ Bialer, M., *Le corps dans l'autisme et dans la schizophrénie*. Thèse de doctorat en Psychopathologie et psychanalyse. Université Paris 7 – Diderot, sous la direction d'Alain Vanier, Paris, 2012

protection suffisante pour pouvoir ensuite accéder au monde et aux autres, par l'intermédiaire d'objets et de supports divers qui lui donneront un corps, une parole et une identité, de là il pourra procéder à une mise en ordre et un réglage de son rapport au monde. Les tentatives de traitement de l'angoisse passeront par un objet ou un centre d'intérêt particulier et ici se déploie la logique de l'autisme. Pour le schizophrène au contraire, tout peut à un moment donné se déconstruire, se défaire et son effort se voue à prévenir l'incohérence, l'ambivalence, la dissociation et la confusion. Quand l'un ne sait pas comment entrer en relation avec l'autre, les entrées dans la pathologie des schizophrènes signent une détérioration immédiate des relations, des passages à l'acte et des modalités délirantes et hallucinatoires. Le déclenchement de cette pathologie psychiatrique et l'évolution parfois marquée de chronicité ne semble pas correspondre à cette maladie précoce qu'est l'autisme, aux crises et angoisses de ces sujets qui existent depuis toujours, surtout lorsque leur travail d'immuabilité est perturbé.³⁴⁰

Nous pouvons donc voir que le flottement terminologique de l'autisme et de la psychose – ou, pour certains, schizophrénie – est encore loin d'être résolu. Le manque de consensus sur les termes à utiliser dans cette distinction structurale enflamme encore plus notre débat sur l'approche clinique différentielle entre ces deux termes. Doit-on proposer une distinction structurale entre autisme et psychose ou plutôt entre l'autisme et la schizophrénie ? Nous attirons l'attention sur l'importance d'une délimitation plus claire entre ces termes et sur le danger de les amalgamer dans des groupes plus larges, faute de ne pas trouver leurs limites. Nous nous présentons donc catégoriquement contre le fait de considérer l'autisme infantile précoce comme une psychose, car nous considérons qu'il y a là, la même erreur faite par les psychiatres qui insistent à réduire les psychoses infantiles présentant des traits autistiques au groupe du spectre autistique et ensuite dans celui des handicaps dont l'étiologie est organique.

³⁴⁰ Frayssinet, M., Phénoménologie et clinique de l'autisme et de la schizophrénie, *Psychologie Clinique*, 2012, n° 13, p. 46-68.

CHAPITRE 7

Les spécificités du rapport au langage chez l'enfant autiste et psychotique

Pendant des siècles, l'origine du langage et de son rapport à l'humain a posé de nombreuses questions parmi les savants de tous les domaines. C'est de là qu'a émergé l'intérêt pour les enfants sauvages qui, vivant loin des cercles sociaux, ne développaient point un langage et vivaient comme des animaux. Cette inquiétante question a amené certains à l'élaboration des expériences les plus excentriques. C'est le cas, par exemple, du roi Frédéric de Prusse qui, soucieux de savoir quelle langue était innée à l'être humain, a décidé d'isoler deux nouveau-nés sous la garde d'une nourrisse qui devait leur porter toute sorte de soin sans leur adresser la moindre parole. Selon la légende, aucun enfant n'a survécu à l'expérience du silence absolu, et sont décédés dans la deuxième année de leur vie. Cette expérience, ainsi que d'autres auprès des enfants sauvages, tient à prouver que le langage est un « aliment » indispensable au développement de l'enfant, au même titre que le lait et la chaleur.

Jusqu'à nos jours, la question du langage continue à susciter des interrogations sur ce qui nous rend humain à l'origine. Les études ne cessent pas de s'y produire et maintes théories se sont édifiées autour du langage comme élément essentiel au devenir humain. C'est sur cette idée que se fonde le paradigme structuraliste, idée selon laquelle le langage est la condition d'insertion de l'homme dans la culture, le faisant échapper aux lois de la nature. Ce processus n'est pas systématique à la mise en place d'une maturité physiologique. Au contraire, il s'avère long et complexe.

Le langage, au-delà d'un mécanisme à communication, traduit ce qu'on appelle la subjectivité et s'enlace aux racines de l'humain. Bien qu'un enfant naisse avec une prédisposition physiologique à parler, ceci ne lui arrivera que s'il entend parler autour de lui.

Sa capacité de parler et d'exprimer ses états intimes débutent de sa rencontre avec l'autre qui lui dira « tu ». C'est dans ce face-à-face avec l'Autre que le bébé pourra initier ses échanges avec son environnement. La parole est une fonction que l'enfant n'acquiert qu'après avoir parcouru le long chemin corrélat à sa constitution comme sujet. Gérard Pommier affirme que la parole n'est pas un acte de phonation mais un acte de sujet, qui engendre en même temps le sujet.³⁴¹ C'est face à cette « co-naissance » sujet-parole, que nous nous apercevons que les impasses de l'un se font systématiquement remarquer chez l'autre.

Contrairement à la psychiatrie, la psychanalyse cherche des indices de subjectivité au-delà des phénomènes observables. Comme les manifestations corporelles, le rapport au langage nous donne des éléments pour penser la distinction structurelle entre l'autisme infantile précoce et la psychose. En effet, la spécificité de l'approche psychanalytique repose sur l'idée que le sujet possède un savoir essentiel sur son mode de fonctionnement, et ceci se fait transparaître dans ses dires. Dès lors, nous comprenons l'importance de prêter notre oreille à ce que disent les enfants autistes et psychotiques, malgré leur difficulté d'expression. Dans le présent chapitre, nous allons nous concentrer à établir les spécificités du rapport au langage chez les autistes et psychotiques. Pour situer cette recherche, nous allons introduire une analyse sur la place du langage dans le champ de la psychanalyse, tout en mettant en exergue son rôle dans la structuration du sujet.

1. LA PLACE DU LANGAGE DANS LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE

Freud et le début d'une pratique métadiscursive

Pendant des siècles, l'hystérie a été définie et traitée par le domaine médical comme une maladie organique, apparaissant à l'antiquité associée aux dysfonctionnements de l'utérus (du grec *hystera*, utérus), pour ensuite se définir comme une maladie anomato-clinique, au long de tout le XIX^e siècle. Avec Charcot, la cause psychogénétique est soutenue, car celui-ci arrivait à faire disparaître les symptômes de ses patientes par l'hypnose. Cependant, ce n'est qu'avec ses disciples que la compréhension de l'hystérie s'approfondit et se lie aux troubles de représentations. Avec la publication *d'Etudes sur l'hystérie*, Freud et Breuer décident d'aller au-delà de ces manifestations organiques, pour affirmer un lien linguistique entre un

³⁴¹ Pommier, G., Du passage littéral de l'objet à la moulinette du signifiant, *Cahiers de l'Association lacanienne internationale : le signifiant, la lettre et l'objet*, journée du 19 et 20 octobre, Paris : 2002.

symptôme et une idée, et indiquent : « l'être humain trouve dans le langage un équivalent de l'acte, équivalent grâce auquel l'affect peut être « abrégé » à peu près de la même façon. »³⁴²

C'est à partir de la cure d'Anna O. que la *talking cure* est conçue comme la nouvelle forme de traitement de l'hystérie. Basés sur la théorie étiologique du trauma, Freud et Breuer comprennent que le patient doit élaborer une remise en mots d'un souvenir transformé en symptôme qui, à son tour, n'était autre chose que l'expression corporelle de mots perdus. Autrement dit, la *talking cure* consistait, *grosso modo*, à faire parler le symptôme puisque, comme observaient Freud et Breuer, « le dit symptôme a, lui aussi, « son mot à dire ». »³⁴³ Désormais, la cure par la parole fut considérée, malgré ses variations – cette pratique clinique est passée de la technique d'hypnose à l'association libre en état de veille, c'est-à-dire, d'un état de suggestion à une élaboration plus consciente de la part du patient –, comme la condition pour la guérison d'une maladie psychique. Adoptant le discours du patient comme seul matériel sur lequel il faut s'appuyer pour machiner le processus de guérison, la clinique psychanalytique atteint par là le statut de pratique métadiscursive.

Le parlêtre lacanien

S'inscrivant dans le champ de la philosophie moderne, Lacan met le sujet au centre de tout intérêt. Selon lui, la vérité subjective du sujet ne peut être repérée qu'à travers une écoute sensible à un certain degré du langage. Ceci étant dit, c'est uniquement par le biais du langage qu'on est capable de reconnaître la position subjective tenue par le sujet face au monde, car son discours est la pure manifestation de sa structure. Autrement dit, le langage est l'essence même de ce qu'est l'être de l'homme, comme l'affirmait déjà Heidegger : « C'est bien la parole qui rend l'homme capable d'être le vivant qu'il est en tant qu'homme. L'homme est homme en tant qu'il est celui qu'il parle. »³⁴⁴ Très influencé par la pensée heideggérienne, Lacan a vite compris que le langage porte l'essence même du sujet dans son rapport à l'Autre et que c'est uniquement par l'intermédiaire de celui-ci que le sujet peut exposer son organisation psychique, dans un cadre clinique.

Il paraît clair pour Lacan que l'œuvre même de Freud appelle l'introduction de certains concepts de la linguistique dans le champ théorique de la psychanalyse. S'accordant à cette pratique, il affirme que la psychanalyse vraie a son fondement dans le rapport de l'homme à la

³⁴² Freud, Sigmund et Breuer, Joseph, *Études sur l'hystérie* (1895), traduction par Anne Berman, 14^e éd, Paris : PUF, 2000, p.28

³⁴³ *Ibid.* p. 240

³⁴⁴ Heidegger, M. La parole in *Acheminement vers la parole*, Paris : Gallimard, 1950, p.13

parole. Cette idée reste centrale dans son élaboration théorique et c'est sur elle qu'il s'est appuyé pour proclamer que « l'inconscient est structuré comme un langage ». C'est-à-dire que, comme le langage, l'inconscient aura affaire à un système organisé et composé de signifiants et signifiés. Ceci garde, bien sûr, quelques particularités. Alors que dans le langage le signifiant correspond à un son, une graphie, le signifiant de l'inconscient apparaît comme une trace symbolique qui renvoi à un signifié. En ce qui concerne son organisation, l'inconscient s'utilise également de métaphores et métonymies, figures de style langagier. La première associe des représentations dans un rapport d'analogie tandis que la deuxième les unit dans un rapport de substitution, de déplacement.

Mais Lacan ne s'arrête pas là dans sa conceptualisation de l'inconscient et ses particularités langagières. Il développe la notion de *lalangue*. Ce terme a été forgé en dérivation du terme de « lallation » afin de désigner une matérialité signifiante détachée de toute signification et de toute intention de communication. En effet, dès avant la naissance, le sujet est immergé par les parents dans un bain de langage qui lui inscrit des marques et lui donne une « forme psychique ». La création de cet espace psychique est étayée par les sensations et démontre que pour l'être humain, le rapport au réel est, dès l'origine, médiatisé par le langage. Lacan va indiquer « qu'en psychanalyse il n'y a pas de psychogénèse. Il n'y a pas de psychogénèse, il y a causation du sujet par introduction du parasite langagier. »³⁴⁵ Dans son séminaire *Encore*, il parle de l'inconscient en d'autres termes, différents de celui de l'inconscient-langage. Il développe également la notion de *parlêtre*, qu'il définit comme un savoir toujours hypothétique au regard de *lalangue*, dont les effets dépassent toujours ce que l'on peut appréhender.³⁴⁶

A partir du développement de cette théorie, où psychanalyse et linguistique dialoguent finement, Lacan conclut que la production de sens est propre du symbolique et que, dans ce cas, la structure ne pourrait être d'un autre ordre que langagier. C'est par ce biais qu'il va démontrer que l'efficacité de la psychanalyse est attachée au fait qu'il s'agit là d'une expérience de la parole.

³⁴⁵ Lacan, *Séminaire III : Les psychoses*, op.cit. p.15

³⁴⁶ Lacan, *Le Séminaire XX : Encore*, op.cit. p. 127

2. ÊTRE HUMAIN, ÊTRE DU LANGAGE

Bien que Lacan ne se soit pas dédié à l'analyse de l'*infans*, à l'instar de Freud, il a beaucoup contribué à travers sa théorie au développement d'une clinique de la première enfance. Ses notions de *lalangue*, *parlêtre* et celle de la voix comme l'objet pulsionnel apparaissent comme des éléments essentiels pour dévoiler les énigmes de la constitution du sujet, maintes fois confirmées par d'autres théories, dans des perspectives différentes. Nous allons maintenant discourir sur la causalité du sujet tenant à un regard approfondi sur le langage tel que l'affirme Lacan, en mettant en relief les éléments qui pourront nous donner des indices pour mieux distinguer ensuite les cadres cliniques de l'autisme et de la psychose.

La voix : un objet pulsionnel

Pourquoi le nouveau-né serait-il aussi attiré par la voix de la mère dès les premiers moments de sa vie ? Quel est le rôle des premières perceptions sonores dans les devenirs de l'activité symbolique ? Quel mystère cacherait la voix humaine dans un rapport d'intersubjectivité ? Certains psychanalystes se consacrent à l'étude approfondie sur le rôle de la voix dans l'incorporation du langage afin de dévoiler les mystères qui se cachent derrière ce « chant des sirènes ».

La voix a été rajoutée par Lacan, à côté du regard, à la liste d'objets pulsionnels décrits par Freud (oral, anal, phallique). Elle apparaît sous sa plume comme un objet *a*, lieu de jouissance, étant marquée du sceau du manque, de la perte propre à l'objet pulsionnel. C'est du fait qu'elle se constitue comme manquante qu'elle exerce une attirance de l'autre, dans une telle puissance. Mais sa particularité, en tant qu'objet pulsionnel, va bien au-delà de ce qui est évident dans tous les autres objets. A leur égard, la voix est un objet pulsionnel singulier puisqu'elle figure, selon l'avis de quelques chercheurs, comme l'expérience la plus archaïque, étant donc celui le plus proche du seuil de l'inconscient.

Certains psychanalystes croient au regard comme la première forme pulsionnelle de rencontre avec le proto-autre. La psychanalyste Inês Catão le conteste et indique la voix comme primordiale dans cette rencontre. Selon elle, le processus de subjectivation se fait « moyennant la voix avant le regard » : « Or, dans le stade du miroir, c'est sur la voix de la mère que s'appuie le bébé pour reconnaître comme sienne l'image reflétée. Ainsi, dans la

constitution du moi et du corps propre, c'est à la voix qu'il revient d'entériner le regard. »³⁴⁷ La voix apparaît donc comme l'objet pulsionnel responsable d'attirer le bébé dans le champ de l'Autre, comme une *invocation* à comparaître en tant que sujet.³⁴⁸

Cette particularité de la voix avait déjà fait l'objet de l'attention de Lacan. Il est le premier à citer la voix dans les termes de pulsion *invocante*. Il la décrit comme étant responsable de commander l'investissement du langage (l'appareil de la jouissance) qui permet de structurer le monde des images et de sensations de l'*infans*.³⁴⁹ Selon M-C Laznik, c'est la pulsion invocante qui démarre tout le circuit pulsionnel, car elle sert au bébé comme premier objet de la pulsion orale.³⁵⁰ Catão rajoute que :

*C'est à partir de l'organisation pulsionnelle tissée d'abord autour de l'objet voix que le petit enfant prendra ce qui vient de l'Autre comme énigme et, s'adressant à lui, articulera la parole en essayant à chaque fois de se positionner comme sujet, à chaque tentative de construction discursive de donner sens à ce qu'il lui manque au début.*³⁵¹

Cette psychanalyste brésilienne nous rappelle encore que la voix participe à l'instauration du lien entre la mère et le bébé, au moment même où elle se constitue comme objet de la pulsion. C'est par sa voix que cet autre maternel manifeste son désir. La voix est donc l'instrument de désir de l'Autre, ou comme l'affirme Maleval « la voix en tant qu'objet pulsionnel n'est pas la sonorité de la parole, mais ce qui porte la présence du sujet dans son dire. »³⁵² Ceci constitue le prochain pas de ce processus d'intégration du langage que nous allons retracer par la suite.

Du cri à la parole

Comme nous l'avons vu, les premiers traits acoustiques entendus par le nouveau-né sont à la base de la structuration de l'inconscient comme un langage. L'incorporation du langage

³⁴⁷ Catão, I. Voix, parole et langage, La clinique psychanalytique de ceux qui ne parlent pas, *Oxymoron, revue psychanalytique et interdisciplinaire*, 2010, ce numéro présente des textes issus du séminaire 2009-2010 « Création(s)-Sujet(s) du CIRCPLES ainsi que du séminaire de l'AEFL, « Penser la clinique ».

³⁴⁸ Le terme voix dérive du latin *vox, vocis, vocalis*. La racine *voc* représente l'émission de la voix. Ceci constitue les mots évoquer pour appeler au-dehors et invoquer pour appeler au-dedans.

³⁴⁹ Bien qu'il accorde de l'importance à la pulsion invocante, Lacan développe rarement cette notion lors de ses séminaires, laissant cette tâche à ses disciples.

³⁵⁰ Laznik, M.-C., 2000, A voz como primeiro objeto da pulsão oral, *Estilos da Clínica – Revista sobre a Infância com Problemas : dossier Clínica de Bebês*, v. 5, n° 8, p. 80-93.

³⁵¹ Catão, I. *Ibid.*

³⁵² *Op. cit.* p. 78

commence par l'incorporation de la signifiante véhiculée par la musicalité de la voix de l'autre maternel. Pour ce faire, l'autre maternel s'utilise d'un type particulier de vocalisation propre à lui. Le *Motherese* – ou *Mamanais* traduit en français – est une langue particulière à la relation précoce mère-bébé, c'est la langue universelle des mères, une sorte de dialecte, de « chant des sirènes » comme le définit le pédopsychiatre psychanalyste, Hervé Bentata.³⁵³ Face à son bébé, la mère porte un vocabulaire enfantin, où elle parle lentement en détachant les mots. D'après les analyses psycholinguistiques réalisées sur le *motherese*, les chercheurs ont conclu que cette langue particulière présente plein de pics prosodiques, ce qui rend sa prosodie bien plus accentuée que l'habitude. Les chercheurs croient trouver là son potentiel invoquant.

Visiblement, lorsque le nourrisson entend ce « chant », il y est irrésistiblement attiré, produisant une première excitation pulsionnelle. C'est comme un coup de foudre. Ainsi, si la mère réalise ce fait, le bébé, en réponse, commence à produire des sons nommés balbutiements vocalisés. Ceux-ci apparaissent dans les 6 premiers mois. Plus communément connu par *babill*, ces premières sonorisations du bébé ne se prêtent pas à la communication comme les cris ou les pleurs, mais plutôt à des expériences de satisfaction. On trouve là du S₁ sans S₂. Le babillage – l'acte de produire le babill – peut être compris comme un jeu de jouissance vocale que le bébé entretient avec l'autre maternel. Celui-ci suit le rythme de la voix maternelle, démarrant la dyade mère-bébé et témoignant d'une prise du sujet dans le rapport à l'Autre du langage, comme le décrit la psycholinguiste Bénédicte de Boysson-Bardies dans son livre intitulé *Comment la parole vient aux enfants* :

*Dès le huitième mois, le type de phonation, constatent les linguistes, l'organisation rythmique, et les contours d'intonation des babillages reflètent des caractéristiques de la langue de l'environnement. Le babillage marque déjà une grande variabilité entre les enfants. Ce n'est pas encore le langage, mais il est un langage qui fournit un cadre pour le développement de la parole.*³⁵⁴

Maleval nous rappelle que pour que l'énonciation puisse s'ancrer dans le langage, il faut que le sujet ait accepté de céder sur la jouissance vocale : c'est la condition de l'incorporation de la voix de l'Autre, par laquelle s'opère l'identification primordiale. Ceci configure le moment de l'aliénation.³⁵⁵ Résultant d'un jeu de jouissance qui découle du *motherese*, le

³⁵³ Bentata, La voix de sirène, *Essaim*, 2011, vol.1, n° 26, p. 63-73

³⁵⁴ Boysson-Bardies, B. *Comment la parole vient aux enfants*, Paris : Odile Jacob, 2005.

³⁵⁵ Maleval, J-C, *L'autiste et sa voix*, p. 90-91

babillage, en revanche, prépare « le lit » pour l'installation du langage, c'est-à-dire, il façonne le bébé à la coupure du signifiant et ensuite à la séparation de la dyade. Dans les mots de Bentata, « le détachement des mots que la mère met dans sa chanson maternelle est déjà le revers de la médaille : ça prépare à la coupure, c'est comme des pointillés, il n'y a plus qu'à les suivre après pour couper [...] »³⁵⁶ C'est pourquoi Lacan associe la voix à une fonction castratrice, à la loi du père. En effet, la voix en tant que matière sonore vient remplir un vide, représentant ainsi le premier tiers immatériel entre l'enfant et son monde environnant. Dans le passage suivant, Baieto décrit la voix sous sa double fonction, invocatrice et castratrice :

Le sujet est sollicité en permanence par l'excitation sonore contre laquelle il ne peut se défendre. Mais dans sa dimension d'invocation, d'appel, la pulsion ne pourra s'exprimer que parce qu'il y a la voix de l'Autre, voix qui montre le chemin vers une certaine satisfaction, pas tout à fait obtenue pour que la pulsion se maintienne, voix aussi qui est incorporée. Il va s'agir que l'infans sorte de la jouissance du cri pour accéder à une voix modulée. Cette pulsion d'appel se dirige donc vers le désir de l'Autre, le « se faire entendre » qui est aussi appel au nom du père, va permettre la construction de l'identité du sujet.³⁵⁷

Résumons brièvement le chemin parcouru par le bébé pour intégrer le champ du langage afin de devenir un « parlêtre ». Initialement, nous avons les cris qui apparaissent comme les premières manifestations sonores émises par le nouveau-né. Une fois interprétés par la mère et reconnus comme expression d'un désir (supposition de sujet), les cris conjoignent la demande et la pulsion. L'enfant cède à la jouissance vocale et commence à prononcer ses premiers babillages qui, à leur tour, vont préparer l'incorporation définitive du langage, l'inscription de la loi. D'ores et déjà, l'enfant pourra parler, en assumant la place du « Je » dans le discours. Ce sont là les étapes qui révèlent de la rencontre avec l'Autre, où un cri est induit à devenir parole.

L'étude méticuleuse sur le rôle de la voix dans l'incorporation du langage trouve toute son importance dans la clinique, car elle nous permet d'accéder à l'un des moments les plus archaïques de la constitution de la subjectivité. De cela découle la possibilité d'établir des diagnostics et mettre en œuvre des interventions précoces lorsqu'on perçoit que des entraves s'établissent à ces premières formes de contact mère-bébé. En sachant que la voix joue un rôle

³⁵⁶ Bentata, H., Une férocité impossible ou rencontre avec une langue maternelle inhospitalière, in *Che Vuoi ? : Rencontrer le réel*, n°14, p. 77-83

³⁵⁷ Baieto, M-C. La voix incorporée, in *Analyse freudienne presse*, 2001, vol. 1, n°17, p. 57-68

dans la structuration du fantasme, nous pouvons croire en la contribution élargie de cette étude aussi au maniement de la cure. Celle-ci s'applique non seulement à la clinique typique, mais également à celle avec des bébés à risque d'autisme, ou de ceux où l'autisme semble déjà installé, ainsi que ceux qui révèlent d'une psychose.

3. LES EFFETS DU LANGAGE DANS L'AUTISME

La question du langage se pose systématiquement lorsqu'on parle d'autisme. Apparaissant presque indissocié l'un de l'autre, les troubles du langage représentent un élément essentiel dans l'établissement du diagnostic. D'ailleurs, la représentation sociale la plus répandue de l'enfant autiste est celle de l'enfant qui ne parle guère, le muet. Cette idée est pourtant fautive. La plupart des enfants diagnostiqués autistes ont accès à la parole, bien qu'elle soit opérée plus tardivement par rapport aux enfants neurotypiques, et qu'elle garde toute une particularité.

Cette constatation a initialement amené quelques chercheurs à suggérer l'hypothèse d'un dysfonctionnement physiologique au niveau de l'appareil phonique de ces enfants. Cette idée s'avère d'autant plus fautive que la première. Même les autistes mutiques qui n'ont jamais prononcé un mot, font preuve qu'il ne s'agit pas d'un trouble organique qui les empêchent de parler, puisqu'ils peuvent s'y mettre du jour au lendemain, ou encore face à certaines situations, prononcer des mots pour ensuite retomber dans leur mutisme.³⁵⁸

Lorsqu'ils accèdent au langage, les autistes présentent un type de verbalisation originale, comme la répétition sans cesse d'un même mot ou phrase. C'est ce que Kanner a signalé comme le « langage de perroquet », avec la présence d'écholalies, ou encore un langage automatique semblant à la parole d'un robot, d'une machine programmée. Certains prouvent une aisance admirable dans leur langue, acquérant de nouveaux mots et numéros avec une telle facilité que, associé à leur énorme capacité de rétention mémorielle, ils peuvent

³⁵⁸ L'hypothèse d'une surdité congénitale comme la cause explicative du mutisme a été soulevée par Itard dans la prise en charge de l'enfant sauvage. Malgré l'insensibilité auditive de Victor aux bruits les plus forts et aux demandes humaines, le médecin observe que celui-ci peut être vite attiré par le bruit d'une noix écrasée ou de tout autre aliment qui lui semble plaire. Victor a fait preuve aussi d'émettre des sons pour demander des aliments, sous forme de conditionnement. Itard conclut donc que son mutisme n'était nullement li e à un trouble physiologique. L'hypothèse de la surdité précède toujours le diagnostic d'autisme infantile pr ecoc e. Les recherches réalisées à partir des films familiaux révèlent d'une méfiance des parents concernant une possible surdité chez leurs bébés, vu que ceux-ci ne répondaient pas aux appels de la voix. Cette idée chute lorsqu'ils aperçoivent que leurs bébés peuvent être vite attirés par des sons, telle que la sonnette de la porte, par exemple.

connaître par cœur des immenses listes de téléphone, textes poétiques, etc. Il est évident la présence d'étrangetés syntaxiques et rythmiques, particularités tonales, prosodiques et émotionnelles dans leur parole, ainsi que l'emploi singulier du pronom personnel.

Dans son article princeps, Kanner affirme que le langage chez les autistes ne servait pas à la communication et il ne trouvait aucune différence entre ceux qui parlent et ceux qui ne parlent pas. Kanner définissait le parler autistique comme « un exercice de mémoire se suffisant à lui-même, sans valeur sémantique ni communicative, avec de graves distortions », et il précisait à propos des histoires cliniques présentées : « en ce qui concerne la fonction de communication du langage, il n'y a aucune différence fondamentale entre les huit enfants qui parlent et les trois enfants mutiques. »³⁵⁹ Voici son commentaire à ce propos :

*Ainsi, depuis le début, le langage – que les enfants n'utilisent pas dans un sens de communication – était dévié dans une considérable mesure vers une autosuffisance sans valeur sémantique ou de conversation, ou alors vers des exercices de mémoire grossièrement déformés. Pour un enfant âgé de deux ou trois ans, tous ces mots, nombres et poèmes (« les questions et les réponses du catéchisme presbytérien », « le concerto pour violon de Medelssohn », « les vingt-trois psaumes », une berceuse française, un index encyclopédique) pouvaient difficilement avoir plus de sens qu'une série de syllabes sans sens pour un adulte.*³⁶⁰

Dans les Conférences nord-américaines, Lacan nous définit l'autisme : « Il y en a pour qui dire quelques mots ce n'est pas facile. On appelle ça autisme. C'est vite dit. Ce n'est pas du tout forcément ça. C'est simplement des gens pour qui le poids des mots est très sérieux et qui ne sont pas facilement disposés à en prendre à leur aise avec ces mots. »³⁶¹ Revenons rapidement sur la conférence de Genève où Lacan a discoursé sur le transfert avec les personnes autistes dans laquelle il prononce à ses disciples la consigne suivante : « Que vous ayez de la peine à entendre, à donner sa portée à ce qu'ils disent, n'empêche pas que ce sont des personnes plutôt verbaux »³⁶² Cela revient à dire que les autistes ne sont pas complètement hors-langage comme on imaginait auparavant. Ils partagent le champ du langage à leur manière, et c'est cette particularité langagière qui renforce l'idée de certains

³⁵⁹ Kanner, *op. cit.* p. 217-230

³⁶⁰ *Ibid.*

³⁶¹ Lacan, Conférences nord-américaines, *Scilicet*, Paris : Seuil, 1976, 6/7, p. 46

³⁶² Conférence de Genève sur le « Symptôme » du 4 octobre 1975, *Bloc-notes de la psychanalyse*, Genève : 1985, 5, p.20

psychanalystes à considérer l'autisme comme une position subjective, à part de celle de la psychose, névrose et perversion.

Lacan invite à nouveau les psychanalystes à porter une attention plus épurée sur la spécificité de leur énonciation, afin de dévoiler le fonctionnement autistique. Face à cette tâche, les questions s'imposent aussitôt : comment pensent les autistes ? Quels sont les rapports de la pensée et du langage dans cette affection ? Quelle nature aurait-elle ?

Mutisme et verbiage autistique

La rencontre avec de nombreux autistes nous montrent que le langage peut apparaître chez eux dans plusieurs niveaux de maîtrise. Associée à la variation de leur capacité de socialisation, cette variabilité du langage amène certains chercheurs à parler d'autismes, plutôt que d'autisme, vu qu'il est presque impossible de trouver deux autistes dont les symptômes soient complètement identiques. Là est toute la difficulté des psychiatres de saisir l'autisme comme un cadre nosologique précis ; Ceci parce qu'ils se concentrent sur le repérage phénoménologique du trouble.

Par ailleurs, il y a ceux qui croient qu'il est possible de décrire une forme de fonctionnement commune à tous, malgré toute cette diversité phénoménologique qui s'associe à l'autisme. Incités par les déclarations de Lacan et favorisés surtout par les biographies des autistes savants sorties depuis les années 90, certains psychanalystes se sont largement penchés sur l'analyse des traits différentiels du langage présentés par les autistes. Ils déclarent qu'il existe là une forme de communication à part où l'acquisition des mots se donne autrement que celle décrite chez les psychotiques et névrotiques. C'est donc l'analyse structurale psychanalytique qui apporte sa contribution pour penser cette question.

Nous avons déjà vu, dans le chapitre précédent, que l'autiste, n'ayant pas inscrit le S_1 de l'identification primordiale, ira développer un rapport particulier avec l'Autre. Sachant que l'Autre représente surtout le lieu du langage, nous comprenons que sa particularité langagière dévoile, d'emblée, son organisation psychique. Certains cognitivistes pointent un « manque de cohérence centrale » du langage autistique, comme ce qui vient le caractériser. Le psychanalyste Jean-Claude Maleval reconnaît cette caractéristique chez les autistes, mais il affirme que ce signe tout seul n'est pas en mesure de définir la spécificité du langage autistique, puisqu'il peut être aussi trouvé dans le langage psychotique.

Dans son livre *L'autisme et sa voix*,³⁶³ Maleval propose une analyse structurale sur le sujet et déclare que la particularité des troubles du langage trouvée chez les autistes est une évidence que ceux-ci n'ont pas accédé au signifiant et ne sont pas en mesure de le faire par la suite. Selon lui, l'autiste présente une carence énonciative, c'est-à-dire que lorsqu'il parle, il ne met pas en jeu ni sa jouissance vocale, ni sa présence, ni ses affects. Ceux-ci apparaissent dissociés des mots. « S'il y a une constance discernable à tous les niveaux du spectre de l'autisme, affirme-t-il, elle réside dans les difficultés du sujet à prendre une position d'énonciateur. Il parle volontiers, mais à la condition de ne pas dire. » Afin de mieux comprendre comment se constitue ce trouble du langage chez les autistes, nous devons reprendre la notion de forclusion totale, citée dans le chapitre 5, et l'imbriquer au processus d'acquisition du langage, développé ci-dessus.

Les plus divers domaines dédiés à ce propos se mettent déjà d'accord pour affirmer un dysfonctionnement de l'interaction mère-bébé, dès les premiers mois de vie du sujet autiste infantile précoce. Chacun de leur côté constate la présence des troubles précoces de la perception de la voix de la mère chez les bébés devenus postérieurement autistes. Du côté scientifique, un groupe de chercheurs nord-américains a démontré que la perception de la voix humaine n'entraînait pas, chez les sujets autistes, l'activation d'une région très spécifique du cerveau qui traite la voix humaine. Selon eux, l'autiste traite la voix humaine comme n'importe quel autre son, celui d'une voiture ou d'une cloche, par exemple. Ils déclarent que :

*L'être humain naît avec une attirance particulière pour les stimuli humains, du coup, il se spécialise, il devient un expert pour la voix humaine et le visage. Il y a probablement chez les autistes quelque chose d'inné, ils ne naissent pas avec cette attirance [...]. Du coup, ils ne deviennent pas experts, et le développement de la région corticale ne se fait pas de la même façon.*³⁶⁴

Nous considérons que la psychanalyse est en mesure de se mettre d'accord avec ces recherches (et d'ailleurs, beaucoup de ces recherches sont emparées des analyses psychanalytiques) pour affirmer que cette carence énonciative qui caractérise l'autisme est le résultat d'une défaillance précoce du lien affectif avec l'autre primordial. La capacité de répondre à l'appel et se faire appeler – révélant une implication dans la jouissance de l'Autre – semble être absente chez ces enfants. C'est ce qui révèle l'analyse des films familiaux

³⁶³ L'une des plus grandes contributions psychanalytiques à ce propos, souligne-t-on.

³⁶⁴ Gervais, H., at.al., Abnormal cortical voice processing in autism, *Nature Neuroscience*, 2004, vol.8, n° 7, p. 801-802.

réalisée par M-C Laznik et Muratori.³⁶⁵ Cette recherche signale des singularités précoces des échanges vocaux et du dialogue prosodique des bébés à risques autistiques et montrent que le babillage de bébés autistes n'est pas assez riche comme celui d'un bébé ayant un développement adéquat.

Comme nous l'avons décrit, le babillage représente, en même temps, la marque d'une identification primordiale et la préparation pour la deuxième. Maleval souligne que « rien n'est plus important pour comprendre l'autisme que de souligner que c'est un sujet qui ne s'est pas introduit au langage en passant par le babil. »³⁶⁶ Quand le nouage du sujet au champ de l'Autre ne s'opère pas, « le signifiant ne chiffre pas la jouissance, de sorte que le signifiant unaire propre à représenter le sujet auprès des autres signifiants n'est pas en fonction »³⁶⁷ Or, si l'autiste ne cède pas à la jouissance vocale, il n'incorpore pas l'Autre du langage.

Lacan avait déjà signalé ce fait, lorsqu'il affirme que Dick n'est pas arrivé à la « première forme d'identification, qui serait déjà une ébauche de symbolisme. »³⁶⁸ Cela revient à dire que l'autiste n'est pas hors-langage, mais dû à son refus d'engager la voix dans la parole, celle-ci reste hors-sens. Autrement expliqué, l'autiste n'a donc pas de difficulté à acquérir le langage mais à assumer la place d'énonciateur. Ceci explique le fait que le sujet autiste peut apprendre à maîtriser les mots « sans apprendre pour autant à parler, au sens où la parole témoigne d'une expressivité de la subjectivité, d'une marque du manque ». En témoignage, Donna Williams affirme que ces mots sont émis plutôt que parlés, provenant d'un répertoire mental mémorisé et où l'expression personnelle est très difficile.

Bref, l'autiste peut parler mais il est incapable de s'engager dans une conversation en tant que sujet énonciateur de son discours. Ceci parce qu'il ne supporte pas l'ambiguïté et imprévisibilité de la langue réglée par le symbolique. Les termes abstraits, par exemple, leur sont difficile d'appréhension. Maleval comprend que « l'idéal de l'autiste serait un code qui parviendrait à connecter les mots de manière constante et rigide à des objets ou à des situations clairement déterminés. »³⁶⁹ C'est d'ailleurs ce qu'ils essayent de faire à tout prix. Pour s'insérer dans le langage, les autistes créent des stratégies pour éviter une angoisse lorsqu'ils sont confrontés à la jouissance de la voix de l'Autre. Maleval affirme ainsi que la particularité du rapport au langage chez l'autiste lui sert comme une protection contre l'émergence angoissante de l'objet voix. Cette défense peut se manifester soit par le mutisme,

³⁶⁵ Laznik, Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents, in *Dans mon berceau il y a un cactus*, Paris : Eres, 2006, p.83-98.

³⁶⁶ Maleval, *Ibid.* p. 89

³⁶⁷ *Ibid.* p. 83

³⁶⁸ Lacan, Séminaire I : Les écrits techniques de Freud, *op.cit.* p. 82

³⁶⁹ *Ibid.* p. 180

soit par le verbiage. Le psychanalyste définit le dernier comme « un exercice rassurant de parole dans laquelle la voix est gommée, non placée au lieu de l'Autre, de sorte qu'elle ne divise pas le sujet, et qu'il peut en garder la maîtrise. »³⁷⁰

Son verbiage est basé sur un codage qui lui assure une certaine rigidité entre le mot et la chose, du signe à l'image du référent. Il s'agit là d'un traitement spécifique du langage fondé sur des principes absolus qui annulent le symbolique et trouvent les repères dans l'imaginaire. Pour en faire usage, l'autiste a besoin de chosifier le langage, c'est-à-dire, utiliser des signes rigides dissociés de la voix. Dès lors, l'autiste pense avec des signes et le mot ne représente pas une chose, mais il la correspond catégoriquement. « Pour l'autiste, affirme Maleval, le langage ne fait pas inexister ce dont il parle, le mot n'est pas le meurtre de la chose. »³⁷¹ Autrement dit, il y a, dans le système langagier autistique, une adéquation totale entre le signe et la chose, n'ayant pas d'espace pour la représentation de la dernière. Cette découverte a été propulsée par la biographie de Temple Grandin, où elle témoigne son fonctionnement psychique :

*Je pense en images. Pour moi, les mots sont comme une seconde langue. Je traduis tous les mots, dits ou écrits, en films colorés et sonorisés : ils défilent dans ma tête comme des cassettes vidéo. Lorsque quelqu'un me parle, ses paroles se transforment immédiatement en images.*³⁷²

Maleval, qui s'est beaucoup servi des écrits d'autistes savants pour développer ses idées à ce propos, porte ici une explication à ce fait :

*L'autiste préfère s'appuyer sur des images mentales pour penser, afin de tenir à distance les signes sonores transmis par l'inquiétante énonciation de l'Autre, de sorte qu'il donne une préférence aux incarnations iconiques et scripturales du signe. C'est une des raisons pour lesquelles leur acquisition de la compréhension du langage s'opère fréquemment en passant par l'écrit.*³⁷³

Sous l'éclairage de la théorie freudienne ainsi que des études de Mélanie Klein, l'autisme se présente selon Rey-Flaud comme « les enfants arrêtés au seuil du langage au stade de l'inscription des premiers marquages sensitifs qui s'effectuent aux temps primordiaux de la

³⁷⁰ *Ibid.* p. 78

³⁷¹ *Ibid.* p. 217

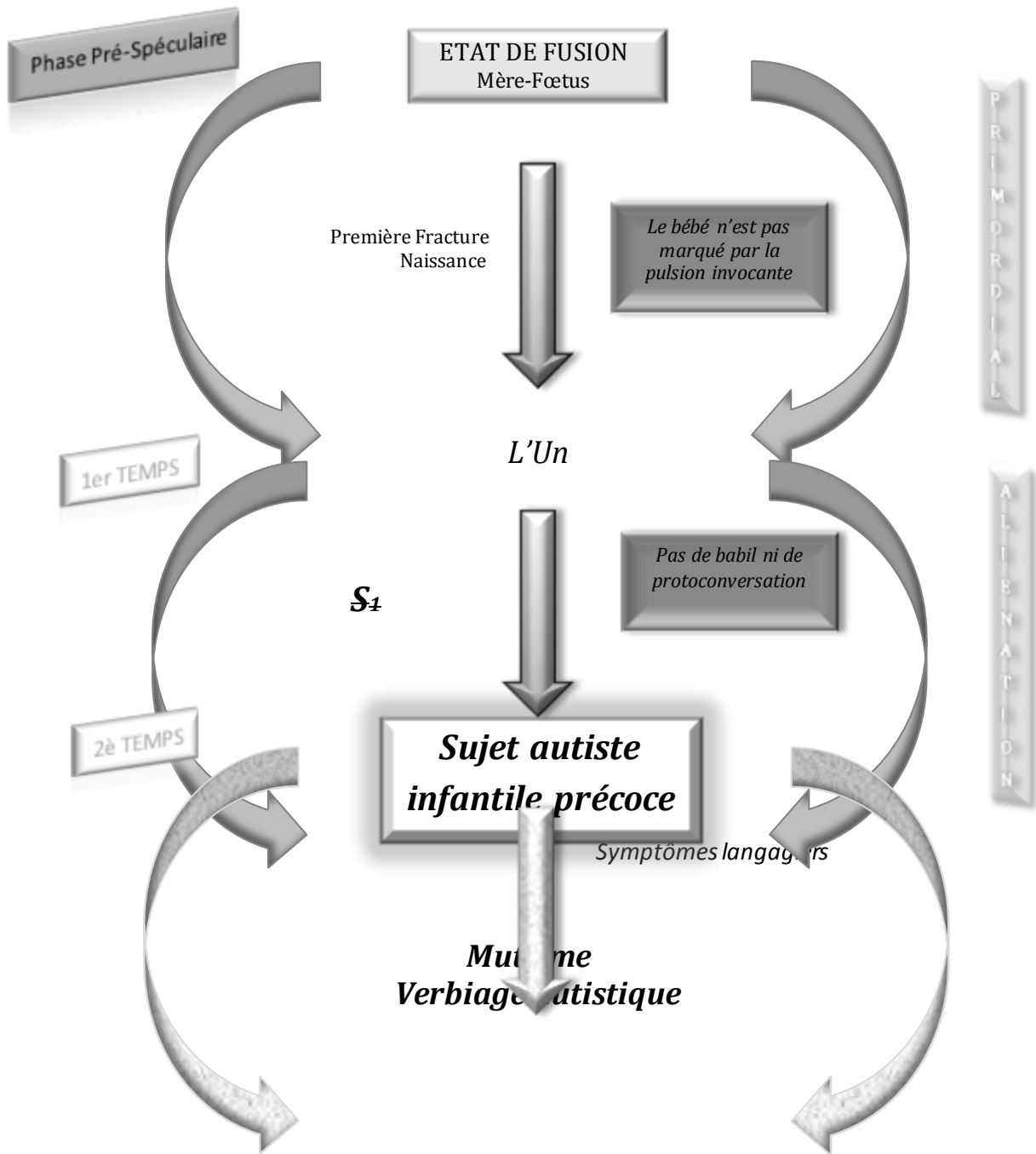
³⁷² Grandin, T. *Penser en images*, Paris : Odile Jacob, 1997, p. 19

³⁷³ *Ibid.* p. 185

vie. »³⁷⁴ Avec la mise à jour de ce premier stade scriptural apparaît un mode primitif d'organisation de l'appareil psychique, antérieur et préparatoire à celui où se constituent les phénomènes perceptifs identifiés par Freud, mode que les thérapeutiques kleinien ont reconnu mais sans déterminer clairement sa nature de socle archaïque de la psyché. L'autisme exprime leur refus primordial que le sujet du langage peut être amené à opposer à la nécessité de la vie quand celle-ci vient lui signifier la première emprise de l'Autre symbolique. L'auteur conclut donc que toutes ces découvertes à propos de l'autisme éclairent le premier temps de l'introduction ordinaire de l'homme au langage dans la mesure où les phénomènes qu'il présente, mettent à découvert les processus qui président la naissance de la subjectivité.

³⁷⁴ Rey-Flaud, H, *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage*, Paris : Aubier, 2008, p. 31-32

LE RAPPORT AU LANGAGE DANS L'AUTISME



4. LES EFFETS DU LANGAGE DANS LA PSYCHOSE

Lorsque l'enfant commence à parler, il ne se trouve pas immédiatement bien situé au niveau du système langagier qu'il rejoint. Il va s'intéresser au fur et à mesure au sens des mots, des phrases. Des fois, il les utilise dans un sens particulier, produisant des liaisons de signifiants et signifiés peu probables, mais qui font plutôt rire les adultes. Ce jeune enfant a le droit de faire des erreurs au départ, jusqu'à ce qu'il arrive à maîtriser le langage, tel que le font ceux de son entourage.

L'enfant psychotique ne semble pas trouver cette aisance postérieure. Ou il semble la trouver jusqu'à ce qu'un événement chargé de signification (la naissance d'un frère ou sœur, divorce des parents, violence conjugale, etc.) vienne déclencher ses symptômes, ce qui équivaut à une première période de latence. L'enfant semble dérailler dans le langage, parlant une langue tordue. C'est d'ailleurs ce qui frappe le plus, lorsqu'on est face à eux. Les troubles du langage peuvent apparaître chez l'enfant psychotique, dans les plus diverses formes : mutisme, écholalie ou encore un alignement de mots incompréhensible à l'interlocuteur, des déraillements sémantiques. On peine à croire que, derrière ces troubles, il peut y avoir un discours délirant. Déjà plus grand, cet enfant présentera des difficultés quant à l'utilisation métaphorique du langage.

Cherchons à comprendre le fonctionnement structurel qui est à l'origine de ces troubles langagiers. Si la loi de l'homme est la loi du langage, une défaillance dans le processus d'inscription de la fonction signifiante produit des marques sur le fonctionnement du langage chez le sujet. Comme le psychotique ne se fait pas marquer par le signifiant Nom-du-Père, il reste en dehors de la logique phallique. En d'autres termes, si chez le névrotique ce signifiant lui inscrit un axe, une direction, chez le psychotique, son manque le laisse à la dérive et il erre dans la chaîne symbolique sans rien avoir pour le guider.

En effet, cette carence de la signification phallique implique chez le sujet une rupture de la chaîne signifiante qui libère dans le réel, des lettres sur lesquelles se trouve fixée une jouissance dérégulée. Les signifiants glissent de façon désordonnée, hors chaîne. Il n'y a pas de point de capiton qui fait nouer les signifiants aux signifiés. Enfin, si le signifiant Nom-du-Père n'advient pas, les distorsions du discours se font évidentes. Partant de ce principe, Lacan affirme, dans le Séminaire *Les psychoses*, que le repérage des troubles langagiers présents dans le discours du patient consiste dans l'élément central pour l'établissement du diagnostic de psychose.

Ces distorsions langagières présentes chez le psychotique avaient déjà été remarquées par Freud. Celui-ci proposait qu'une telle désorganisation des phrases caractérise une sorte de « *langue d'organe* », y indiquant la prévalence des relations des mots sur la relation de choses.

*Dans la schizophrénie, les mots sont soumis au même processus qui, à partir des pensées latentes du rêve, produit les images du rêve et que nous avons appelé le processus psychique primaire. Les mots sont condensés et transfèrent, sans reste, les uns aux autres, leurs investissements, par déplacement ; le processus peut aller si loin qu'un seul mot, apte à cela du fait de multiples relations, assume la fonction de toute une chaîne de pensées.*³⁷⁵

Freud remarque ainsi que l'inconscient refoulé du névrotique, qu'il essayait à tout prix d'accéder par un déchiffrement particulier, apparaissait complètement étalé dans la psychose, d'où l'expression « l'inconscient à ciel ouvert » associée à cette affection. Il est important de rappeler que le psychotique est marqué par le trait unitaire qui lui permet d'élaborer une identification primordiale, où il se met à la place de phallus. De ce fait, le langage psychotique n'est pas complètement étrange à l'ordre symbolique, mais plutôt il ne se présente pas ordonné. On observe une sorte de décalage entre signifiant et signifié, une coupure, où les deux semblent fonctionner sous leur propre emprise.

La question n'est pas que le sujet psychotique n'a pas d'accès au symbolique mais que celui-ci a sur lui un effet de réel, et ceci parce que la case est vide, parce qu'il n'a pas l'inscription du signifiant qui vient mettre de l'ordre dans la chaîne symbolique. Pour lui tout symbolique est en fait du réel, le langage ayant un effet réel sur le corps puisque chez lui, « la chose fait irruption par la langue elle-même et avec des effets de réel », comme l'explique Holvoet.³⁷⁶ Il n'y a donc pas d'intervalle, d'espace vide entre deux signifiants qui permette la circulation signifiante. Les signifiants apparaissent comme liés, collés, (S₁-S₂). Ceci produit comme effet une pétrification du symbolique, résultant un sujet, qui au lieu de s'identifier à l'Autre, sera médusé par celui-ci, restant dans la place du phallus dans l'essai éternel à combler son manque.

C'est la fonction phallique la responsable pour démarquer les espaces et inscrire le sujet dans une logique temporelle. Le mot gagne un rapport de liaison avec la chose. Mais au milieu d'une confusion sémantique, le psychotique voit les choses autrement. Dans son cas, le

³⁷⁵ Freud, S., *L'inconscient* in *Métapsychologie* (1915), trad. J. P. Briand, J. P. Grossein, J. Laplanche, J. B. Pontalis & M. Tort, Paris: Gallimard, 2006, p. 113, p. 65-121.

³⁷⁶ Holvoet, D. Les autismes et les conditions du lien. *Les Feuillettes du Courtil*, 2008, n° 29, p. 77-93

mot gagne en substance, texture et le poids de vérité absolue, étant complètement exposé et rien ne peut se dissimuler derrière lui. Ceci parce que la chose ne gagne jamais de sens, de représentation. Rien ne vient substituer le réel. Il n'y a donc pas de démarcation entre le mot et la chose, de la même manière que le psychotique ne trouve pas de frontière entre lui et l'Autre. Ces deux paires, mot/chose et sujet/Autre, semblent confondues. Restant dans la place de non-moi, le sujet psychotique est parlé par l'Autre, ne pouvant jamais assumer la place de sujet barré, autonome dans son discours. C'est donc d'une carence du signifiant phallique que souffre le sujet psychotique. Et c'est de là également que découlent tous les phénomènes linguistiques propres à cette affection : délire, hallucination, phrases ininterrompues, néologismes, certains cas d'écrits inspirés³⁷⁷, etc., lesquels seront mieux détaillés par la suite.

Délire et Hallucination

Les linguistes et psychanalystes se mettent d'accord sur la prémisse suivante : lorsqu'on parle, on parle à un autre. Donc, l'acte de parler suivrait forcément l'axe de l'énonciation *je-tu*. Pour rejoindre cet axe, le sujet aurait besoin de se voir séparé de l'autre, de connaître son existence et de se mettre à sa place, pour ensuite pouvoir se faire une opinion sur lui-même. Or, le psychotique n'opère pas cette distinction entre lui et l'Autre du langage, donc il ne peut pas s'assumer en tant qu'être à part, énonciateur de son propre discours.

La psychose provient ainsi d'un défaut de la reconnaissance de la place intrinsèque de l'autre dans le discours. Selon Lacan, la forclusion du Nom-du-Père provoque une rupture de la chaîne signifiante libératrice d'une énonciation et méconnaît l'origine de son propre discours. En dérive dans la chaîne signifiante, le psychotique prendra la place à la fois d'émetteur et auditeur de son discours, ne pouvant plus identifier sa parole comme sienne. De surcroît, il l'attribuera à un tiers.

Dans son cas, la voix, en tant que matière sonore, ne s'enlace pas au signifiant. Elle se fait donc entendre dans le réel, en tant qu'objet non perdu, produisant les phénomènes

³⁷⁷ Dans ses études sur la psychose à partir d'une approche linguistique, Lacan s'est beaucoup penché sur les « écrits inspirés » des patients. Il les appelle « inspirés » du fait que ces patients alléguaient avoir été obligés ou reçu une inspiration divine. Cependant, Lacan n'arrive pas à dégager un style propre à l'écrit inspiré qui révèle clairement la spécificité de cette pathologie. Pour qu'ils servent d'élément au diagnostic de psychose, il faut que le patient déclare en plus que ces écrits ont été dictés par Dieu, par exemple. Cf. Tereza Pinto, op.cit.

d'hallucinations verbales.³⁷⁸ Tereza Pinto, dans sa thèse dédiée à l'analyse des fondements de la psychanalyse lacanienne sous une approche sémiotique affirme que :

*Les voix entendues par les hallucinés seraient comme une multiplication des personnes dans le discours, quand en réalité c'est le sujet qui parle à soi-même. On pourrait dire que, selon cette interprétation, les hallucinations sonnent comme telles car il y aurait un démembrement d'un seul acteur occupant plusieurs rôles actantiels en plusieurs acteurs distincts.*³⁷⁹

L'hallucination ne peut être réduite ni à un trouble de la perception, ni à une erreur de jugement. Ce phénomène ne vient pas de l'extérieur : il se situe en continuité avec la pensée et le discours intérieur du sujet. L'hallucination verbale est une manifestation d'une « voix » qui témoigne d'une présence énonciative affirmée, humaine ou divine, étant souvent porteuse d'impératifs contraignants contre lesquels le sujet doit dépenser beaucoup d'énergie pour résister à leur accomplissement. Selon Daniel Lagache, ce défaut de langage serait le résultat d'une indissociation du sujet psychotique de l'Autre du langage, partie intégrante de tout discours. En d'autres termes, le psychotique n'aurait pas appris à différencier le « je » du « tu » avant de différencier le « je » du « moi ». De cette façon, il s'avère impossible pour lui de se situer dans l'axe *je-tu* et d'assumer son propre discours. Maleval porte son explication sur le phénomène :

*L'hallucination verbale repose sur un préalable : l'inscription du signifiant unaire sur la substance jouissante. Quand celle-ci s'est opérée, le S_1 peut se faire entendre sous la forme des commandements du surmoi féroce. Sa propension aux injures et aux obscénités manifeste le déchaînement dans le réel d'une jouissance débridée, néanmoins déjà pris au langage, à laquelle les S_2 ne font pas halte.*³⁸⁰

Une autre manifestation commune à la psychose est le délire, bien qu'il garde toute sa particularité face aux autres manifestations. Pendant tout le XIX^e siècle jusqu'à la première moitié du XX^e siècle, la psychiatrie a considéré le psychotique comme un sujet hors-langage, l'escamotant aux pathologies purement biologiques. Il était considéré vain de prendre des patients psychotiques délirants en traitement, le délire étant déjà un signe phénoménologique de dégénérescence.

³⁷⁸ Lacan a montré que l'hallucination n'est pas auditive mais verbale.

³⁷⁹ Pinto, T, *op.cit.* p. 424

³⁸⁰ L'autiste et sa voix, *Op.cit.* p.

En 1911, Freud fait une analyse du texte autobiographique de Schreber et conclut que l'investissement de mots que l'on perçoit chez le psychotique ne doit pas être considéré comme une manifestation pathologique déficitaire, mais plutôt comme une tentative de guérison³⁸¹, car « ces efforts tendent à récupérer les objets perdus et il se peut bien que dans cette intention ils prennent le chemin de l'objet en passant par l'élément mot de celui-ci, ce qui les amène alors à devoir se contenter des mots à la place des choses »³⁸². Ceci étant, pour Freud, l'investissement des mots est, chez le psychotique, une tentative de guérison, une tentative d'établir un rapport avec son monde environnant, le reconstruisant à sa façon. Malgré sa résistance à prendre en charge des patients psychotiques, Freud reconnaît le potentiel créatif du délire et le prône comme moyen de traitement.

Suivant cette même perspective, Lacan comprend que le délire doit être considéré comme une construction de caractère positif si sa présence se traduit par un essai du patient d'élaborer, autrement que par la castration, une organisation symbolique, c'est-à-dire, un lien logique. « Ainsi que tout discours, déclare-t-il, un délire est à juger d'abord comme un champ de signification ayant organisé un certain signifiant. »³⁸³ Le délire dévoile sa fonction d'identification qui donne au sujet les béquilles imaginaires qui lui permettent d'accéder l'univers social. C'est la notion de métaphore délirante qui viendrait donner un sens aux phénomènes qui envahissent le sujet en épinglant un signifiant de l'Autre, ce qui attribuerait une valeur au sujet. Le délire aurait ainsi un effet de suppléance dans la structure psychotique.

Comme nous l'avons déjà commenté ici, le délire tout seul n'est pas un signe prédictif de la psychose. Bien qu'il apparaisse comme la manifestation qui remplit le plus les hôpitaux psychiatriques, nous alertons sur le danger de le prendre en compte dans une analyse purement phénoménologique et non structurale, car celui-ci peut bien apparaître comme un symptôme d'une névrose hystérique, comme nous l'a indiqué Maleval. C'est donc l'approche structurale qui nous permet de cerner la particularité du délire de caractère psychotique, comme le propose Christophe Chaperot « Ainsi, en toute rigueur, l'abord structural de la clinique obligera à cette discipline de ne pas se contenter de la présence d'un « délire sémiologique » pour conclure à la psychose. Là encore, seule l'organisation interne du discours permettra de trancher. »³⁸⁴ Il est tout de même important de rappeler que la structure psychotique se trouve dans toutes les sortes de manifestations subjectives, et rien

³⁸¹ Freud, S., Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa. In Cinq psychanalyses, Paris : PUF,

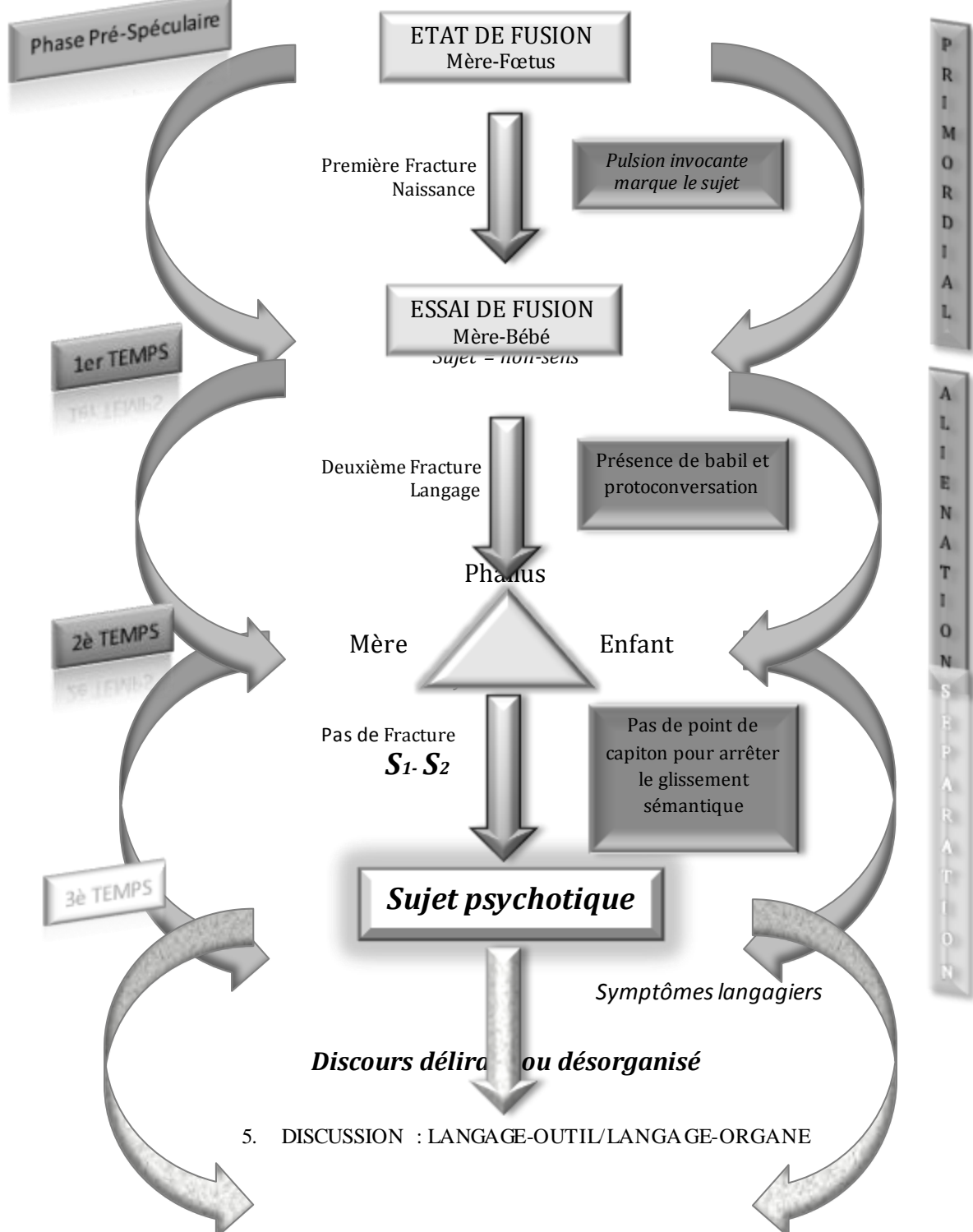
³⁸² Freud, S., L'inconscient. In Freud, S. *Métapsychologie*. (1915) Paris: Gallimard, 2006, p. 120.

³⁸³ Lacan, Séminaire III : Les psychoses, *op.cit.*, p.137.

³⁸⁴ Chaperot, C. Structuralisme, Clinique structurale, diagnostic différentiel névrose-psychose, Paris : Harmattan, 2003, p. 308

n'empêcherait qu'une telle manifestation passe inaperçue, sans aucune manifestation dérangeante à l'intégration du sujet à la société.

LE RAPPORT AU LANGAGE DANS LA PSYCHOSE



Selon la clinique psychanalytique, les troubles du langage doivent être mis au premier plan dans l'identification et dans le traitement psychanalytique lacanien de la psychose. Ceux-ci apparaissent également, depuis toujours, au centre des descriptions princeps de l'autisme infantile précoce. Certains de ces troubles langagiers peuvent même figurer, sur un plan

descriptif, tantôt chez les autistes tantôt chez les psychotiques. Il est donc risqué de parler là de signes pathognomiques, comme l'on faisait auparavant. La question qui s'impose est de savoir comment les discerner de manière cohérente ?

L'étude structurale élaborée ci-dessus nous a permis de cerner les particularités de ces symptômes, dans la mesure du possible, nous faisant croire qu'un éclairage sur la nature des troubles langagiers reste essentiel pour établir une démarcation claire entre ces deux cadres cliniques. Cependant, nous décidons de démarrer notre discussion sur l'analyse d'un symptôme qui n'est guère commun à ces deux affections psychopathologiques : le délire. Dans le cas d'un diagnostic différentiel entre autisme-psychose, le délire figure comme signe indicatif d'une désorganisation de nature psychotique – voire névrotique –, mais jamais autistique. Maleval nous rappelle que cela est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles les psychiatres anglo-saxons se refusent aujourd'hui à considérer l'autisme comme une psychose, car selon eux, chez l'autiste infantile précoce, il ne s'y rencontre ni hallucination ni délire. Ainsi, pour ces chercheurs, la présence de ses symptômes vient jouer un rôle élémentaire dans l'établissement entre l'autisme et la schizophrénie. Maleval suit son propos :

N'identifiant pas la psychose à partir des critères descriptifs et sommaires des DSM, mais à partir de signes parfois discrets (phénomènes de langage, délocalisation de la jouissance, troubles de l'image du corps, etc.), on sait que la plupart de cliniciens français et des psychanalystes lacaniens sont plus hésitants sur cette question : la structure psychotique peut être indépendante de troubles psychiatriques manifestes. Il n'en reste pas moins important, pour cerner la spécificité du sujet autiste, de savoir si son mode de fonctionnement favorise le surgissement de phénomènes hallucinatoires.

385

Cette remarque avait déjà été faite par ceux qui sont à la base de la description de l'autisme infantile précoce et du syndrome d'Asperger. Aucun des onze enfants présentés par Kanner ne présentait ni des délires ni des hallucinations. Asperger également n'a jamais constaté la présence de ses symptômes le faisant croire que ses patients ne sont et ne deviennent jamais hallucinés ni délirants. Francis Tustin, quant à elle, affirme que « les hallucinations sont une caractéristique des enfants schizophréniques et pas des enfants

³⁸⁵ Maleval, *Ibid*, p.223

autistes. »³⁸⁶ Le couple Lefort affirmait que « le double [autistique] ne laisse aucune possibilité d'hallucination. »³⁸⁷

En ce qui concerne particulièrement le phénomène de l'hallucination, il nous semble utile de rappeler le rapport établi avec la voix en tant qu'objet pulsionnel par les autistes et psychotiques. Nous avons vu que l'autiste, n'ayant pas incorporé la voix de l'Autre, ne parvient pas à constituer une voix permettant l'articulation de la fonction de signification de la parole, la laissant emprisonnée dans sa dimension sonore, tandis que le psychotique l'incorpore mais ne s'en sépare pas, d'où découle la sensation d'entendre toujours des voix qui apparaissent dans le réel et qui restent collées contre lui.

A partir de son étude sur la voix, Catão nous explique les nuances de la voix appréhendées par les autistes et psychotiques : « Si dans la psychose la voix se rompt, ce qui a pour effet la confusion entre corps et discours, dans l'autisme elle ne parvient pas à se constituer en tant que telle, objet pulsionnel, voilà pourquoi nous la nommons voix non-constituée. »³⁸⁸ Cette voix, qui dans les deux cas apparaît dans le réel, n'a donc pas le même effet symptomatologique dans les deux côtés. A son tour, Maleval apporte une explication plus approfondie sur la question :

*La castration symbolique efface la présence de la voix dans le réel, elle rend le sujet sourd à celle-ci, tandis qu'il devient apte à la connecter au dire. En revanche, pour le sujet psychotique, la voix peut parfois se faire entendre, en particulier dans les hallucinations ; on sait qu'elle s'exprime alors essentiellement sur les insultes. L'autiste n'est guère halluciné, mais rien ne l'angoisse plus que l'objet vocal, d'où son horreur quand il entend se manifester dans un impératif qui lui échappe, ou quand l'autre lui parle en affirmant sa présence énonciative.*³⁸⁹

Maleval poursuit sa recherche sur le sujet et, encore dans le même livre, établit de différences entre hallucinations visuelles et sonores de celles verbales, au sens où l'entend Lacan. Il affirme que si le préalable d'une hallucination verbale repose sur une aliénation sans séparation, « il est au principe de la structure autistique que le sujet y fasse obstacle. »³⁹⁰ La stratégie trouvée par l'autiste de penser avec des signes lui sert à tenir distance de la jouissance vocale, à ne pas prendre la position d'énonciateur, donc de ne pas avoir besoin d'avoir recours au signifiant. « La carence du signifiant-maître ancre dans la structure

³⁸⁶ Tustin, F, *Autisme et protection*, Paris : Seuil, 1992, p. 22

³⁸⁷ Lefort, R. et R., *op.cit.* p. 230

³⁸⁸ Catão, I., *Ibid.*

³⁸⁹ *Ibid.* p. 82

³⁹⁰ *Ibid.* p. 250

autistique un obstacle à la construction même de l'hallucination verbale [...] Dès lors, pas de « voix » sans *Bejahung* primordiale. »³⁹¹ Ceci explique l'extrême rareté des hallucinations verbales et des certitudes délirantes chez les autistes et d'emblée nous permet d'établir la présence de délire et d'hallucinations comme un signe indicatif de la psychose, dans l'établissement d'un diagnostic différentiel avec l'autisme :

*Dès lors, en première analyse, le syndrome autistique apparaît compatible avec de rares hallucinations visuelles, sans doute même avec quelques hallucinations sonores (bourdonnements, cloches, musiques, bruits violents, etc.) mais non avec d'authentiques hallucinations verbales. S'il en est bien ainsi, l'approfondissement de la logique du phénomène devrait pouvoir nous orienter pour saisir ce qui différencie structurellement l'autisme des psychoses.*³⁹²

Si le délire a fonction de suppléance pour la structure psychotique, cela n'est donc pas le cas pour la structure autistique. Les inventions des autistes apparaissent dans un autre registre, ce qui leur permet « de se faire représenter auprès des signes de l'Autre de suppléance »³⁹³, comme une façon de compenser leur impossibilité de se représenter dans le champ de leur propre langage. Le Rhun suggère la désignation d'un « S₁ de synthèse » créé à partir de *l'Autre de synthèse*, ce S₁ n'étant pas une identification, mais un savoir qui peut se construire, à partir d'un autre rapport au langage que celui de l'énonciation, puisque l'inscription symbolique n'est pas possible pour l'autiste.³⁹⁴ Maleval souligne qu'il est possible de nouer accessoirement les instances *RSI* chez l'autiste, néanmoins ce nouage n'aura jamais le statut borroméen. Malgré cela, il aura un caractère articulé qui permettra à l'autiste, initialement trouvé dans la condition d'a-structuré, de construire cette suppléance à partir d'un Autre de signes, mais qui permet une mise en ordre du symbolique et de la jouissance et l'affirmation d'une image du corps.

C'est donc au niveau du langage que les autistes et psychotiques élaborent leurs suppléances. Dans le cas du premier qui n'a été nullement marqué par l'Autre, il s'agit d'un langage de signes qui lui permet d'organiser « artificiellement » sa place dans le champ symbolique dans le but de contrôler la jouissance de l'Autre, tandis que le deuxième,

³⁹¹ *Ibid.* p. 232

³⁹² *Ibid.* p. 229

³⁹³ Maleval, J-C, De l'objet autistique à la machine. Les suppléances du signe. In Hulak, F. (dir.). *Pensée psychotique et création de systèmes. La machine mise à nu.* (pp.197-217) Ramonville Saint – Agne : Éditions Érès. 2003, p. 216

³⁹⁴ Le Rhun, L, La communication facilitée : quels enjeux dans la clinique de l'autisme. In Maleval, J-C. (dir.) *L'Autiste, son double et son objet.* Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2009, p. 122

transpercé par cette jouissance sans aucune possibilité de réaction, va s'y situer à travers le délire en vue d'organiser le chaos sensori-intellectuel qui l'entoure.

Nous comprenons que les autistes se montrent encore plus près d'un langage cru, « calculé », mécanisé, si l'on peut dire, que les psychotiques qui auraient leur corps traversé par cette chaîne symbolique déraillée, dont le délire montre son effort de situer son corps dans la loi du langage. C'est ainsi que, faisant un parallèle avec l'expression freudienne de *langage-organe* appliquée aux psychotiques, nous rajoutons le terme de *langage-outil* pour représenter le fonctionnement langagier des autistes, encore plus archaïque que le premier, mais tout autant élaboré, dans l'essai d'éviter la séparation du réel.

CHAPITRE 8

Les spécificités du rapport au corps chez l'enfant autiste et psychotique

Le corps est en évidence lorsqu'on parle des troubles psychiques infantiles. Très souvent, ces enfants manifestent des troubles ou déficits moteurs qui ne sont guère identifiés par les examens neurologiques, mais qui ne les empêchent pas pour autant de porter un diagnostic correspondant à une maladie purement organique. Pour que le diagnostic posé ne soit pas réduit à une analyse du corps-organisme, il paraît nécessaire que ces troubles corporels soient aussi compris sous un angle symbolique puisqu'ils sont, très souvent, révélateurs d'un lien étroit entre le psychique et le physique. Face à l'enfant autiste ou psychotique, pour lequel l'accès à cette parole signifiante semble nouée ou, lorsque elle est apparente, semble vide de signification, le corps joue un rôle central dans l'analyse, la description et la classification des comportements observables, prenant dans plusieurs cas le lieu du discours.

L'acceptation de cette possibilité d'énonciation par le corps nous mène à comprendre qu'il est défaillant de soigner la souffrance psychique sans prendre en considération les manifestations corporelles, et vice-versa. Il s'impose donc une façon autre de traitement faisant défit à certaines théories qui trouvent leurs bases sur des référentiels soit purement psychiques (comme certaines psychothérapies) soit purement physiques (comme pour la médecine en générale, et notamment la pédopsychiatrie actuelle, avec ses repères descriptifs indiqués dans les manuels de classifications). Ce genre de repérage de symptômes centré uniquement sur l'analyse des manifestations corporelles rend encore plus difficile l'établissement d'une distinction nette entre l'autisme et la psychose infantile. La complexité de ces deux psychopathologies et les limites qui s'y manifestent rendent nécessaire l'élaboration d'une réflexion approfondie sur la pertinence des techniques descriptives et thérapeutiques qui s'y prêtent.

Nous comprenons que ces deux positions subjectives manifesteraient des particularités dans leurs rapports au corps. C'est pourquoi, dans ce chapitre, nous allons nous tenir à une analyse des phénomènes corporels, suivant la perspective structuraliste développée au sixième chapitre de cette étude selon laquelle l'autisme infantile précoce souffre d'un ratage de sa rencontre avec l'autre primordial tandis que le psychotique n'aurait pas subi, dans un temps second, l'inscription du signifiant du Nom-du-Père qui l'introduirait définitivement dans le champ symbolique. Pour mettre en relief maintenant le rôle du corps dans le processus de subjectivation, nous allons nous appuyer sur les notions de stade du miroir et du regard comme objet pulsionnel.

1. LA PLACE DU CORPS DANS LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE

Freud et le corps pulsionnel

Les rapports qui s'entraînent entre corps et pensée suscitent l'intérêt des savants depuis longtemps. Bien avant l'apparition de la psychanalyse, quelques philosophes s'interrogeaient déjà à propos du rôle du corps et son rapport à la psyché, comme Aristote, Platon, Descartes, entre autres. Parmi eux, nous trouvons l'exemple remarquable de la pensée kantienne qui a beaucoup influencé de nombreuses théories à venir.

Dans son ouvrage *Critique de la raison pure*, Kant établit la thèse qu'il existe un cadre *a priori*, dans lequel les objets nous sont originellement donnés sans avoir eu l'intervention des expériences extérieures et parle d'une « intuition pure ». L'espace et le temps constitueraient des formes *a priori* qui tiennent à la constitution subjective de notre esprit. En établissant la distinction entre ces notions, il affirme que l'espace est une intuition externe, source de la distinction soi/objet, tandis que la temporalité est la possibilité de penser la discontinuité/continuité à partir de la perception interne de soi. Ainsi, l'activité de la pensée est associée à un vécu corporel grâce à une sensibilité qui est inhérente à tous les hommes. L'intuition de l'espace et du temps nous rend aptes à appréhender le monde des phénomènes en même temps qu'elle nous met à distance de l'objet qui est devenu inaccessible dans sa réalité propre. Le corps jouerait un rôle d'intermédiaire entre ces deux réalités dans lequel les sensations vont s'établir et s'instaurer comme une subjectivité propre de chacun.³⁹⁵

Tout en se dégageant de la médecine traditionnelle de l'époque, qui creusait un écart entre le corps et l'esprit, et emballé par un certain référentiel philosophique, Freud refusera l'idée que tout trouble psychique est le simple résultat d'une dysharmonie neurologique, et sera l'un des premiers théoriciens à voir dans les troubles corporels de possibles signes d'une manifestation inconsciente. D'ailleurs, c'est basé sur cette idée qu'il conçoit la psychanalyse. Ce fut en observant les symptômes enracinés dans les corps des hystériques que Freud décida de leur donner valeur de vérité. Il conclut, à partir de ces expériences, que les représentations de mots qui seraient associées à un incident traumatique infantile, étant refoulées, pouvaient s'exprimer autrement que par la parole. Le symptôme hystérique serait donc l'expression de représentations de mots sur le corps. Quelques années plus tard, Freud créa le concept de pulsion qui sera considéré comme l'un des concepts fondamentaux de la Psychanalyse et le définit comme un vecteur d'articulation entre la psyché et le processus somatique, concept limite entre le biologique et le psychique, entre le corps et l'âme.

³⁹⁵ Kant, E. *Critique de la raison pure*. (1781) Paris : Flammarion, 2006.

En 1905, Freud définit la notion d'étayage dans laquelle il affirme que la vie psychique ou pulsionnelle émerge en s'étayant sur ces fonctions essentielles à la vie corporelle et postule les trois temps du circuit pulsionnel : le premier temps où le bébé va de forme active, vers l'objet de satisfaction ; le deuxième temps, où le bébé ira prendre une partie de son corps comme objet de satisfaction, constituant une phase auto-érotique ; dans le troisième temps, on trouve une passivité pulsionnelle où le bébé se fait l'objet de satisfaction pulsionnelle à l'autre qui lui donne des soins (la mère ou un substitut).³⁹⁶ Ensuite, en 1923, il définit le *moi* comme étant un moi corporel puisqu'il relie directement l'instance organisationnelle du psychisme au corps. C'est à partir de ce moment, qu'on est amené à comprendre que le psychique et le soma établissent un rapport d'interaction si étroit, dans une communication quasi directe, au tout début de la vie de l'être humain : « [Le *moi*] n'est pas seulement un être de surface ; mais il est lui-même la projection d'une surface. »³⁹⁷ On voit ainsi s'organiser, dans un plan clinique freudien, le dévoilement du corps organique par un corps pulsionnel.

Lacan et le corps-jouissance

A l'instar de Freud, Lacan s'est aussi intéressé au corps et ses manifestations apparentes comme lien plus complexe pour accéder aux manifestations latentes psychiques. C'est dans son séminaire *Encore* que Lacan introduit pour la première fois la notion de corps comme « substance jouissante », faisant allusion au corps comme le support de la condition de jouissance de l'être humain. En face de l'interrogation Qu'est-ce que le corps ?, dans son séminaire inédit *Les non-dupes errent*, Lacan y répond clairement en disant que :

*La définition même d'un corps c'est que c'est une substance jouissante. Un corps jouit de lui-même, il en jouit bien ou mal, mais il est clair que cette jouissance l'introduit dans une dialectique où il faut incontestablement d'autres termes pour que ça tienne debout, à savoir rien moins que le nœud.*³⁹⁸

Tous les efforts des psychanalystes se concentrent à identifier ce corps relié à la psyché, traversé par le langage, ce qui résulte dans le concept de corps jouissance. Celui-ci a une place

³⁹⁶ Freud, S. Trois essais sur la théorie sexuelle. (1905) Paris : Gallimard, 1987, Collection Traductions nouvelles.

³⁹⁷ Freud, S. (1923) Le moi et le ça, in Œuvres complètes XVI, Paris : PUF, 1991, p.270.

³⁹⁸ Lacan, J. Séminaire inédit *Les non-dupes errent*, séance du 12 mars 1974.

centrale dans la théorie psychanalytique, comme nous l'explique Tereza Pinto, dans une thèse réalisée sur la théorie lacanienne du discours sous une approche sémiotique :

*La clinique psychanalytique, par son statut de clinique du discours, serait incapable de « toucher » au réel biologique ou autre du sujet. Quoiqu'on admette que le symptôme touche le réel du corps, toute intervention de la clinique psychanalytique sur le symptôme, ne pourra se faire que par l'intermédiaire du discours puisque l'intervention première, celle qui créa le symptôme, était, elle aussi issue d'un discours. Le corps psychanalytique ne peut ainsi être compris que comme un corps fondamentalement traversé par le langage.*³⁹⁹

Ceci étant, les manifestations corporelles sont considérées par la psychanalyse comme des effets du langage et sont prises en compte dans le travail dynamique auprès du patient, moyen à travers lequel celui-ci peut exprimer ses sentiments les plus profonds qui, pour diverses raisons, ne peuvent se convertir en mots. Le sujet raconte son histoire à travers ses manifestations corporelles. En effet, le corps est le dépositaire de la mémoire la plus profonde et ce n'est qu'à travers lui que certaines représentations archaïques peuvent émerger : c'est par le biais des métaphores que le corps reflète notre état interne. Le vécu du sujet y reste imprimé et ce que la pensée refoule, le corps ne l'oublie jamais. Convaincus par les évidences de ce « corps parlant »⁴⁰⁰, les psychanalystes réaffirment l'importance de l'« écoute du corps » en lui donnant une place privilégiée dans leur clinique.

Lors d'une « conférence au collège de médecine »⁴⁰¹, Lacan attire l'attention des jeunes médecins aux aspects éthiques de cette discipline en ce qui concerne la prise en compte du corps dans les examens cliniques. Il leur rappelle une « faille épistémologique » qui empêche la médecine d'avoir affaire à un corps qui jouit. Selon lui, le corps de la médecine se présente dans son « registre purifié », suivant la pensée dichotomique cartésienne. Ceci n'est pas du tout le même corps qui interroge les psychanalystes et philosophes avec ses manifestations subjectives. S'inscrivant dans la même inquiétude que Lacan, Didier Castanet dénonce les effets pervers de cet écart sur la notion de corps et affirme que « si la science moderne continue à ignorer « l'effet sujet », se creusera de plus en plus un « écart épistémologique » entre le savoir scientifique sur le corps et, le corps d'un sujet désirant. »⁴⁰²

³⁹⁹ Pinto, T., *op.cit.* p.181

⁴⁰⁰ Terme utilisé par Françoise Dolto. *L'image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil, 1984

⁴⁰¹ Lacan, J. (1966). « Conférence au collège de médecine », *Lettres de l'école freudienne*, 1967, n°1.

⁴⁰² Castanet, D, Le réel du corps : phénomènes psychosomatiques et symptôme, *L'en-je lacanien*, 2004 n° 3 p. 107-123

Pour utiliser des manifestations corporelles en tant que démarche diagnostique en psychanalyse, il reste indispensable de comprendre la fonction du corps dans la constitution de la sphère psychique dès ses origines, d'où l'intérêt pour les années précoces de l'enfant. Nous allons retracer ici le moment structurant du sujet face à l'Autre, mettant en exergue les transformations subies par le corps, au fur et à mesure que celui-ci rencontre le regard de l'Autre et se laisse traverser par le langage.

2. « LE CORPS SE FAIT VERBE »⁴⁰³

Le sujet n'est pas conçu comme tel depuis sa naissance et le nouage entre le signifiant et le corps ne se fait pas naturellement. Il est l'œuvre finale d'une construction symbolique organisatrice, longue et raffinée, résultat de l'incorporation d'une structure langagière, raison pour laquelle les chercheurs du développement, et aussi ceux de la psychopathologie infantile, donnent autant d'importance aux observations des comportements du nouveau-né, dès sa naissance, afin d'avoir une meilleure compréhension de la formation du psychisme humain. Comme à cet âge le langage est encore loin de se faire apparaître, c'est le corps qui joue un rôle charnière dans ces observations. C'est ce que nous apprend Bernard Golse :

*L'étude du bébé nous amène à accorder au corps une place centrale, et de la même manière que S. Freud avait pu dire que le rêve représentait la voie royale d'accès à l'inconscient, on peut dire aujourd'hui que le corps du bébé représente la voie royale d'accès aux processus de symbolisation, de subjectivation, de sémantisation et de sémiotisation dans l'espèce humaine.*⁴⁰⁴

La théorie psychanalytique considère que le bébé, lors de la naissance, n'a pas encore le statut de sujet et son corps n'est autre chose que l'ensemble des organes en situation d'équilibre somatique. Pour que le bébé atteigne le statut d'être et que son corps devienne comme une « substance jouissante », il faut forcément qu'il soit supposé comme un sujet par quelqu'un d'autre, normalement son autre maternel. Ceci implique que le bébé soit imaginé, reconnu, parlé par un autre devenu signifiant à travers l'expression de son désir. Cela rejoint la

⁴⁰³ Morceau extrait de la citation suivante « De ce que le symbolique ayant pris corps s'incorpore, le corps se fait verbe. », Lacan, Radiophonie. in *Autres Écrits*, Paris : Seuil, 2001 p. 403-447

⁴⁰⁴ Golse, B. *L'être-bébé*, Paris : PUF, 2006, Coll. Le fil rouge, p.6-7

notion de corporéité, employée par les phénoménologues français pour désigner le fait d'exister en tant qu'être-corps. Cette notion a été reprise par Eliane Allouch qui l'a décrit comme le moment où le nourrisson sent que la réaction de l'Autre à son corps rend la relation possible, autrement dit, la « capacité de l'Autre d'entrer en relation avec ce que le nourrisson ne connaît pas encore comme son propre corps ».⁴⁰⁵

Pierre Delion affirme également que « le corps est un lieu pour y être », mais il ne préjuge pas entièrement de comment on y sera. L'histoire d'un sujet se construit de la rencontre entre le corps et les représentations qui vont progressivement l'habiter et contribuer à en écrire la mémoire et peupler son monde interne.⁴⁰⁶ C'est donc à travers le désir de l'Autre que le corps du bébé devient un objet doté d'une existence individuelle. Cette rencontre entre le corps et les représentations s'initie dès la naissance, lorsque le bébé éprouve des échanges avec celui qui lui offre des soins, habituellement, la mère.

Au cours de la première année de la vie, le bébé montre un vif intérêt à regarder et être regardé, appeler et se faire appeler et pour les jeux à manger et être mangé. C'est la médiation de la mère qui suscite ces sensations fondatrices à travers les soins du corps et de l'investissement qui les accompagne et qui éveille les sensations de plaisir. Ainsi, l'organisation libidinale et psychique fondamentale prend sa source dans des stimuli corporels, fantasmes œdipiens de séduction par la mère. Cela vient confirmer l'affirmation de Freud sur l'enracinement du psychisme à l'être dans les sensations corporelles.

Selon Lacan, c'est ce corps-organisme traversé par le langage qui crée le corps sujet auquel se réfèrent les psychanalystes : « Le premier corps fait le second de s'y incorporer. D'où l'incorporel qui reste marqué le premier, du temps d'après son incorporation. »⁴⁰⁷ Lacan nous explique que tout le travail exercé par le symbolique est de se faire incorporer afin de gagner forme et expression, puisqu'il n'a initialement pas de corps à proprement parler. C'est ainsi que le symbolique, une fois inscrit dans le corps du sujet, ira vectoriser tout son développement et organiser les liens structurels que celui-ci constituera avec son entourage. Dans ce processus, le corps a la fonction de se faire « le lit de l'Autre », servant comme la métaphore de la jouissance de l'Autre.

La psychanalyste Joelle Hallet décrit la jouissance comme ce qui « chatouille » le sujet et le porte vers le partenaire. Elle parle de ce processus de nouage corps-langage en termes de « maladie humaine » : « Le corps dans le symbolique, affirme-t-elle, c'est le corps qui est

⁴⁰⁵ Allouch, E. *Au seuil du figurable : autisme, psychose infantile et techniques du corps*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999.

⁴⁰⁶ Delion, P. (dir.). *Corps, psychose et institution*. Paris : Eres, 2007.

⁴⁰⁷ Lacan, « De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité » *Scilicet*, n° 2, p.60

marqué, découpé par l'articulation signifiante et ce marquage a des conséquences sur l'organisation du corps vivant, mortification donc mais aussi animation du vivant. »⁴⁰⁸

Miroir : un lieu sans lieu

Dans son texte *Des espaces autres*, Michel Foucault discourt sur le caractère utopique de l'expérience de se voir face au miroir, car celui-ci serait, selon lui, « un lieu sans lieu » : « Dans le miroir, dit-il, je me vois là où je ne suis pas, dans un espace irréel qui s'ouvre virtuellement derrière la surface, je suis là-bas, là où je ne suis pas, une sorte d'ombre qui me donne à moi-même ma propre visibilité, qui me permet de me regarder là où je suis absent : utopie du miroir. » En revanche, le corps qui s'y voit n'est pas une utopie. Il est là où est le sujet, marque de l'union entre chair et âme. Il est un lieu absolu qui découle de cette rencontre avec une image qui donne au sujet sa propre visibilité.⁴⁰⁹

La conception de stade du miroir a été introduite par Jacques Lacan en 1936 dans une conférence prononcée à Marienbad, sous l'influence de l'œuvre du psychologue Henri Wallon. Ce texte est basé donc sur un moment structurant et génétique. Treize ans plus tard, en conférence à Zurich, il reprend ce thème sous une vision structuraliste. Le texte souffre plusieurs remaniements et y apparaît sous le titre « *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du « Je » telle qu'elle est révélée dans l'expérience psychanalytique* ». ⁴¹⁰ Ici, le stade du miroir porte le rôle de formateur de la « fonction du Je » et représente une métaphore, l'autre d'un premier lien affectif et social. Lacan prétend démontrer, par cette observation, le rapport particulier qu'un nourrisson humain âgé entre six et dix-huit mois soutient avec son image spéculaire, comme le décrit Lacan :

Un nourrisson devant le miroir, qui n'a pas encore la maîtrise de la marche, voire de la station debout, mais qui, tout embarrassé qu'il est par quelque soutien humain ou artificiel [...], surmonte en un affairement jubilatoire les entraves de cet appui, pour suspendre son attitude en une position plus ou moins penchée, et ramener, pour le fixer, un aspect instantané de l'image.

⁴¹¹

Ceci se passe dans le moment le plus primitif de la construction du psychisme humain. De là, Lacan démarque bien trois temps. L'enfant vit son corps initialement de forme morcelée. Ce fait est

⁴⁰⁸ Hallet, J., Les mots et le corps dans la névrose et les psychoses. *Quarto*, 2000, n° 69, p. 80-83.

⁴⁰⁹ Foucault, M., *Dis et écrits* (1984). Paris : Gallimard, 2001

⁴¹⁰ Lacan, J. Le stade du miroir comme formateur du Je telle qu'elle est révélée dans l'expérience psychanalytique in *Écrits*, 1966

⁴¹¹ *Ibid.* p.94

facilement observable lorsqu'on regarde un bébé dans ses premiers mois de vie. Il essaye d'attraper ses mains et pieds comme s'il s'agissait d'objets extérieurs à son corps, dont il cherche à les mordre et à regarder leurs mouvements. Dans un premier moment, l'autre, n'étant pas reconnu dans son altérité, apparaîtra comme une partie de ce corps éclaté.⁴¹² N'étant pas capable de distinguer l'autre de lui-même, le sujet se trouve perdu dans son rapport à l'autre. Le premier temps du stade du miroir est donc caractérisé par ce moment où le bébé ne reconnaît pas encore son corps comme une totalité unifiante, mais comme une profusion de sensations dispersées.

Dans un deuxième temps, toujours sous le regard de l'autre, le bébé anticipe sa propre unité qui est ressentie par sa motricité. Il y a là une esquisse de frontière entre soi et l'autre, bien que cela ne soit pas encore réalisé comme complètement séparé de l'autre, Autrement dit, le bébé n'est pas encore en mesure de réaliser une synthèse de soi et l'autre apparaît comme l'ombre de sa différence.

Le troisième temps est caractérisé par la complète réalisation de l'enfant comme un être séparé de l'autre, porteur d'un corps unaire. Il met fin à l'expérience de morcellement corporel. Cependant, le sujet vit mal l'expérience de voir cette fracture entre lui et l'autre, ne pouvant pas supporter l'autonomie de l'objet. C'est à ce moment-là qu'il revit l'angoisse de ne plus jamais vivre l'état antérieur de présence. Dans le but de soulager une telle sensation, le sujet créerait de nouveaux mécanismes pour contourner cette fracture. Freud déclare que la stratégie par excellence est celle de l'identification, voie par laquelle le sujet échangerait l'objet perdu contre l'introjection d'une représentation (ou dans un trait) du même objet.

Ce trait serait donc l'image miroitée de soi dans l'autre, raison pour laquelle on porte éternellement la sensation que l'autre est attaché à nous. Nous pouvons affirmer donc que c'est à ce moment-là que se joue l'identification primordiale, parce qu'il y a forcément une identification à l'image de l'autre, sur des bases imaginaires. Bref, l'unité corporelle du sujet s'appuie sur une image, accomplissant son destin d'aliénation dans l'imaginaire. Avec ses propres mots, Lacan résume cet événement : « Le sujet s'identifie dans son sentiment de Soi à l'image de l'autre, et l'image de l'autre vient à captiver en lui ce sentiment (du corps propre). »⁴¹³

Dans le texte *Au-delà du principe de réalité*, Lacan souligne que l'identification chez l'humain n'est pas une imitation, mais l'assimilation de traits lesquels déterminent le psychisme constituant une image désassimilée du réel, permettant la représentation du réel.⁴¹⁴ L'identification de l'enfant à une image extérieure lui permet de se référer à cette unité imaginaire qui n'est qu'une image

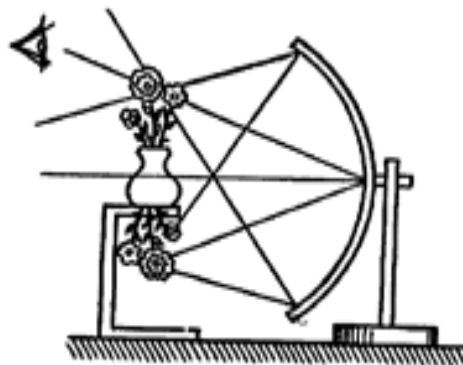
⁴¹² On peut considérer cette phase comme une relecture de ce que Freud appela le stade du pervers polymorphe, caractérisant l'expérience des sensations de la sexualité enfantine. En fait, le corps morcelé lacanien sera différent du polymorphe freudien en ceci que Lacan identifiera cette expérience non à l'expérience perverse, mais à l'expérience psychotique. Cf. Pinto, T., *op.cit.*

⁴¹³ Lacan, J., *Écrits*, p.181

⁴¹⁴ Lacan, J., *Au-delà du « Principe de réalité »*. (1936) In Lacan, J. *Écrits I*. (2ed.) Paris: Seuil, 1999.

virtuelle de lui-même, une anticipation d'unité mais dont l'existence permet la maîtrise du corps propre à partir de cette image. En outre, dans ce texte, l'identification à l'image de l'autre et la reconnaissance de son image dans le miroir sont liées non seulement à la naissance du moi mais à la construction de la réalité du sujet. L'identification est donc l'opération par laquelle le sujet se constitue en rapport à l'autre, et ce processus se répétera de nombreuses fois au long de la vie du sujet. Le *moi* serait ainsi constitué de la superposition de couches successives d'identifications imaginaires, raison pour laquelle Freud le considérerait structuré en forme de « pelures d'oignons ».

Lors du séminaire *Les écrits techniques de Freud*, Lacan essaiera de mieux illustrer la présentation spéculaire du stade du miroir et « l'intrication étroite du monde imaginaire et du monde réel dans l'économie psychique »⁴¹⁵, à travers l'anticipation de la mère à voir chez son bébé un sujet alors qu'il n'est pas encore inscrit dans le champ symbolique. Pour ce faire, Lacan utilise l'expérience du Bouquet renversé.⁴¹⁶



Dans cette expérience, une position spécifique d'observation ne permet pas à l'observateur de voir le bouquet réel, placé sous la table. Cependant, grâce à la surface courbe du miroir, l'observateur peut voir l'image reflétée du bouquet sur le vase « réel », ce qui crée l'illusion de réalité d'un bouquet qui, en fait, n'est qu'une image miroitée d'un autre. Selon Lacan, la boîte représente le corps propre et le bouquet, « l'objet du désir qui se promène ». Le bouquet imaginaire donne l'image d'une unité imaginaire. Cette unité dans l'image permet, chez l'humain, la maîtrise d'une gestalt du corps. Cette relation vase-fleurs représente la constitution de l'image du corps propre chez l'humain.

Expliquons cette expérience maintenant, non plus en termes de vase-fleurs, mais en corps réel-objet du désir. Tout le travail élaboré au long du stade du miroir dépend du positionnement de

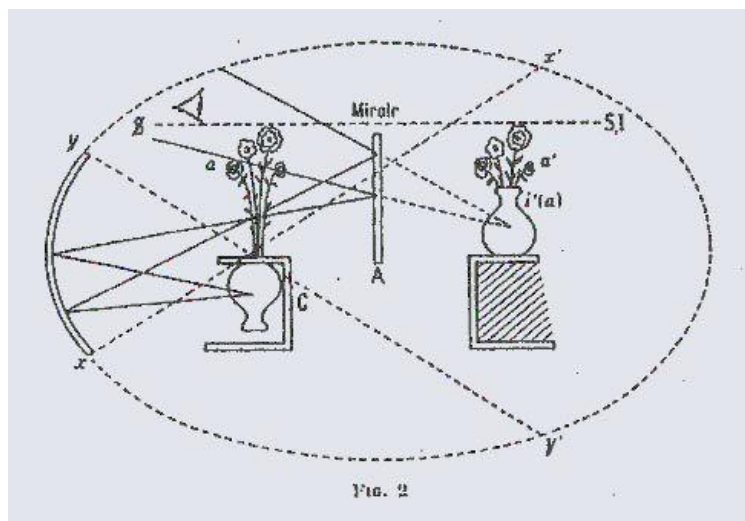
⁴¹⁵ Lacan, *Les écrits techniques de Freud*, *op.cit.* p. 127.

⁴¹⁶ Il s'agit de la figuration d'une expérience d'optique telle la décrit H. Bouasse, laquelle consiste à utiliser un miroir sphérique concave pour démontrer la constitution de l'image. Lacan, *Ibid.* p. 126

la mère, l'observatrice, l'œil extérieur. Un deuxième facteur essentiel se trouve dans sa capacité à se laisser illusionner, à voir plus que du réel, plus que des morceaux du réel chez le corps du bébé. C'est donc la mère qui, sous ces deux conditions, va pouvoir inscrire un investissement pulsionnel chez cet autre anticipé, des fleurs inexistantes dans le réel, écartant ainsi le réel corporel.

Quelques pages plus loin, toujours dans le même séminaire, Lacan propose une petite modification dans ce schéma du bouquet renversé, situant le bouquet de fleurs au-dessus et le vase au-dessous. Ce fait transforme le schéma en une expérience du vase renversé et non plus de bouquet renversé. En associant le vase à l'unité du corps, ce qui n'existe que dans l'image, Lacan met en exergue l'idée que le corps réel est inaccessible au regard et que l'accès du sujet à ce corps ne sera possible que par la voie de l'image du corps propre. Cette expérience marque non seulement la distinction entre le sujet et le *moi*, mais elle souligne la séparation du réel, du réel primitif et l'intermédiation imaginaire dans le rapport du sujet à son objet qui en découle.

Un peu plus loin, Lacan complexifie l'illustration du bouquet renversé et imagine cette même expérience se passant entre deux miroirs, un concave et un plan, comme nous le montre l'image ci-dessous.



L'introduction de ce miroir plan partage la partie de gauche où nous pouvons observer des objets réels et celle du côté droit où il y a des objets virtuels. A condition que l'œil soit dans la position adéquate, le miroir sphérique fournit l'unité vase + fleurs, alors que le miroir plan introduit dans l'espace virtuel, l'image virtuelle de l'image réelle de l'objet réel vase. Au moment où le sujet voit cette image virtuelle qui est l'illusion du vase renversé reflété dans le miroir plan, cet œil

symbolisant le sujet est situé en un point où il ne peut plus voir l'image réelle. Il faut que l'image du sujet lui vienne de l'image virtuelle créée par le miroir / Autre et non d'une pure réflexivité.

Le dernier ajout de Lacan à sa théorisation du stade du miroir est le fait que l'enfant se retourne vers l'adulte, cherchant son regard, après s'être fait reconnaître dans l'image spéculaire. Celui constitue un point essentiel du stade du miroir, que Lacan décrit de la manière suivante dans son séminaire *L'angoisse* :

*Dans la petite image exemplaire d'où part la démonstration du stade du miroir, dans ce moment dit jubilatoire où l'enfant s'assume comme totalité fonctionnant comme telle, dans son image spéculaire [...] le rapport essentiel à ce moment de ce mouvement qui fait le petit enfant, qui vient de se saisir dans cette expérience inaugurale de la reconnaissance dans le miroir, se retourne vers celui qui le porte, qui le supporte, qui le soutient, qui est là derrière lui, vers l'adulte [...] et se retourne vers celui, donc, qui le porte, vers l'adulte, vers celui qui, là représente le grand Autre, comme pour appeler, en quelque sorte, son assentiment.*⁴¹⁷

Dans cette nouvelle formulation, Lacan montre que le sujet se regarde d'un point d'identification non plus à une image mais à l'Autre, notamment à un trait de l'Autre. Le sujet ne s'inscrit pas par un réflexe dans le miroir mais par une inscription à partir d'un trait d'identification, qui n'est pas un signifiant. Ce qui caractérise ce trait, c'est le fait d'être un, un trait de l'Autre, qui se liera à un signifiant, acquérant ainsi le caractère d'être signifiant. C'est de là que provient l'identification au trait unaire, que Lacan inscrit résolument hors miroir, comme une identification non plus à l'image, non plus aux identifications imaginaires mais aux identifications symboliques, en rapport avec l'Autre.⁴¹⁸

Visage et regard

Dès la naissance, le nouveau-né est confronté au regard de la mère chargé d'émotions et désirs inconscients dirigés vers lui. Depuis les premières heures de vie, il se montre déjà visiblement capable de diriger son regard vers ce visage maternel, de le distinguer et de s'y accrocher. Son intérêt spécifique par le visage humain plutôt qu'aux objets inanimés qui se trouvent autour de lui est aussi remarquablement observable. Dans les mois qui suivent la naissance, ceci évolue vers un vif intérêt à

⁴¹⁷ Lacan, *Le séminaire. Livre X. L'angoisse*, Paris : Michel Roussan Publisher. p.31.

⁴¹⁸ Lacan, J. *Le séminaire. Livre VIII. Le transfert*. Paris: Seuil, 2001.

regarder l'autre et à se faire regarder par l'autre. Les échanges de regards entre mère et nourrisson constituent l'une des premières formes de contact entre eux et la reconnaissance d'une altérité primaire tantôt du côté de la mère qui suppose trouver chez son bébé un sujet déjà constitué tantôt du côté du bébé qui, encore dans une phase instinctuelle, voit chez la mère l'endroit où il trouve toutes les conditions favorables à son développement. On peut constater que les premiers échanges mère-bébé se passent par une jubilation du visage des deux parties à partir de laquelle ils auront la confirmation, chacun de sa part, qu'un lien affectif avec l'autre s'y constitue.

Ce regard dont nous nous référons ici trouve sa représentation au-delà de la notion de vision qui est normalement indiquée dans les travaux neuroscientifiques. Il est un *regard* au sens psychanalytique du terme, représentant le désir de l'Autre. Lacan nous explique que ce regard « est non point un regard vu, mais un regard imaginé dans le champs de l'Autre »⁴¹⁹, affirmant qu'il existe, même pour les personnes aveugles de naissance qui peuvent se sentir gênées par les regards des autres. Autrement dit, le regard est ce qui est imaginé et qui représente le désir supposé d'autrui que le bébé essaiera de satisfaire. Le regard est considéré comme objet pulsionnel, porteur de la pulsion scopique, l'objet *a*.

Suivant cette perspective, Henri Rey-Flaud nous rappelle qu'au temps initial, le regard du nouveau-né ne révèle pas de vue, puisqu'il ne dispose pas en effet de l'appareillage neurologique et cérébral nécessaire, constituant encore un regard brut : « Son regard vitreux, dit-il, est le regard vide de l'aveugle qui présente la forme brute du regard. Il est le vecteur du premier contact entre le petit humain et l'Autre. »⁴²⁰ Celui-ci est donc un regard sans vision, mais qui est déjà capable de se diriger vers celui qui est le référentiel de soins dès les premiers moments de sa vie.

Les études psychanalytiques sont nombreuses en ce qui concerne l'étude du visage dans la constitution de la subjectivité faisant référence à la phase spéculaire où nous pouvons constater un échange au niveau de l'image.⁴²¹ Une rencontre entre les visages (en tant que ce qui représente une altérité) de la mère et de son bébé représente un premier moment d'essai de réunion entre ces deux éléments de la dyade : le bébé qui, de son côté, doit faire recours à cette mère, et celle-ci qui doit répondre positivement à leurs demandes. La mère apparaît à son bébé sous la forme d'un visage virtuel, préforme humaine reconnu par l'odorat et la voix, moment dans lequel le *Proto-Autre* trace le champ de l'Autre dans un temps pré-spéculaire, anticipant l'entrée effective du sujet dans le symbolique.

⁴¹⁹ Lacan, J. *Le Séminaire. Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris : Seuil, 1977

⁴²⁰ Rey-Flaud, Henri. *Les enfants de l'indicible peur*. Paris : Auber, 2010, p. 201

⁴²¹ Voir Bidaud, E., *Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique*. Dans E. Allouch & coll. *Psychopathologie et altérité*, Paris : Editions Nolin, 2011, (pp. 51-60) et Bidaud, E., et Fourment, M-C., *Visages, Cahiers de l'infantile*, Paris : Harmattant, 2005

Ainsi, nous déconstruisons l'idée que le rapport au visage ne se passe que dans un champ du visible, c'est-à-dire, d'un espace de partage avec l'autre. On constate ainsi que le temps pré-spéculaire est déjà marqué par l'expérience du visage avant d'introduire le moment où s'établissent les échanges de regards miroités entre la mère et son enfant. Dans cette perspective, nous devons élargir la notion de Visage comme tout ce qui inscrit une trace chez l'enfant émanant du champ de l'Autre. Le visage a donc la fonction d'amener le sujet à un monde tissé de sens qui se caractérise par sa tridimensionnalité, où la réalité gagne des représentations et est traversée par la temporalité.

Dans cette rencontre de visages entre mère et nouveau-né, nous pouvons décrire la confrontation entre deux types de regards distincts : celui de la mère qui se trouve déjà chargé de représentations symboliques, apparaissant comme représentatif du champ de l'Autre, et celui du bébé qui ne représente qu'une ébauche symbolique de reconnaissance de l'autre comme porteur, initialement, de soins et de secours (altérité primaire). Rey-Flaud, quant à lui, distingue deux temps de cet échange de regards entre mère et bébé. Dans un premier temps, il définit le *regard invoquant* comme étant constitutif d'un temps préliminaire, hors temps, qui prépare le second moment de l'échange des regards. Ce deuxième temps, celui d'un échange de *regard voyant*, est consécutif à une mutation du regard de l'enfant et établit les premiers liens affectifs et sociaux, marquant son entrée dans le champ social.

La psychanalyse considère donc que les échanges complexes et répétés des regards entre la mère et l'enfant sont envisagés comme l'un des premiers traits structurants et organisateurs du psychisme. Elle constate d'emblée que les distorsions de ces échanges de regards provoquent ou traduisent des difficultés relationnelles déjà apparentes dans les premiers mois de vie du bébé, dont l'exemple le plus commun est l'autisme. Le regard en tant qu'objet pulsionnel continuera à accompagner le sujet au long de tout son processus d'identification à l'Autre. C'est donc ces deux temps d'échange de regard qui iront nous guider pour comprendre, cette fois-ci, les particularités du rapport au corps chez les autistes et psychotiques.

3. LE CORPS DE L'ENFANT AUTISTE

Le corps de l'enfant autiste dénonce sa souffrance. Dans son impossibilité d'assumer la place d'énonciateur, c'est son corps qui parle à sa place, d'une manière propre à lui. Ce corps, qui s'éloigne pour garder une zone limite de médiation avec le prochain, est souvent décrit comme un corps amorphe. Il est en marge de l'Autre. Ces automatismes de gestes et paroles programmés et prévisibles l'envoient à la notion de corps-machine. Ses yeux se cachent, sa main se ferme à tout

contact. Face à l'autiste, nous sommes face à un corps réfractaire, dont son visage représente particulièrement l'emblème d'une énigme.

Pauvre en expressions, ne transmettant pas d'émotions, porteur d'un regard vide et fuyant et d'une bouche qui se refuse à énoncer une parole intime, ce visage ressemble plus à une face plate, pétrifiée et glacée qui, comme un bouclier, protège l'autiste de ce rapport aliénant à l'Autre et, du même coup, l'empêche de se lancer dans un rapport d'altérité. Son visage manifeste de la non-reconnaissance de l'Autre, ce qui le met hors de tout le rapport social. Que cacherait l'autiste derrière ce « masque » ? Ou mieux, y cacherait-il quelque chose ? Face à ce mystère, que pourrait-on avouer de plus à propos du rapport de l'autiste au visage en tant que lieu d'une première reconnaissance de l'Autre ? L'analyse de son rapport au regard serait-elle la voie royale qui nous conduirait à déchiffrer cette énigme ?

A travers les analyses de films familiaux présentant des bébés devenus postérieurement autistes, nous observons, de forme assez claire, que l'un des principaux signes identifié précocement est la difficulté d'accrochage du regard du bébé au visage maternel, voire même, un refus du regard de la mère et à toute forme de visage humain. Cette étrangeté, présentée dans le regard des bébés, apparaît, d'une manière assez générale, dans les récits rétrospectifs de parents d'enfants autistes. Elaborant un discours a posteriori à propos de l'histoire du bébé, ces parents racontent leur difficulté à capter le regard de leur bébé, à s'y accrocher et interagir. Selon eux, leurs enfants ont toujours présenté plus d'intérêt visuel aux objets inanimés qu'aux humains. Cependant, ceux-ci ne constituent pas un signe alarmant et la plupart des parents ne s'inquiètent vraiment à propos de l'apparition des symptômes chez leurs enfants qu'à partir de l'âge de 2 à 4 ans, lorsqu'un refus clair du regard apparaît associé au retard du langage et de l'interaction sociale et, déjà dans certains cas plus évolués, à la présence de comportements stéréotypés.

Les distorsions du regard se présentent donc comme un indice existant dès les premiers essais d'interaction de l'autre avec le bébé devenu autiste, se confirmant, dans un deuxième moment, associées aux troubles du langage et persistant au long de sa vie.⁴²² La psychanalyse considère que les troubles d'échange de regard entre mère et bébé représentent un facteur important à prendre en compte dans l'étiologie de l'autisme. La position de la Psychanalyse n'est absolument pas de nier toutes les découvertes génétiques et cognitivistes sur les troubles autistiques. Néanmoins, elle

⁴²² Il est très important de signaler que les distorsions de regards, toutes seules, ne sont pas prédictives du syndrome autistique. Elles peuvent se présenter aussi comme un symptôme de dépression du bébé, ou même, d'une dysfonction purement organique qui se confirme ultérieurement comme cécité. C'est la raison pour laquelle un diagnostic d'autisme ne peut être établi avant l'âge de 3 ans, moment où il est possible de vérifier si ces distorsions du regard sont renforcées par les distorsions du langage et de l'interaction sociale. Ceci n'empêche pas qu'une intervention précoce soit opérée encore dans les premiers mois de vie du bébé.

considère que ce ne sont pas les mutations génétiques ou les dysfonctions biologiques qui provoqueraient directement l'autisme mais plutôt le fait que ces troubles – qu'ils soient visuels, tactiles ou auditifs – empêcheraient le bébé de se mettre en relation avec sa mère. Ce qui porte préjudice – en plus grande partie – au développement du bébé est donc le fait d'avoir un ratage de ce rapport princeps et essentiel avec cet autre à partir duquel le bébé doit être introduit dans l'ordre symbolique.

Les études psychanalytiques sont nombreuses en ce qui concerne l'étude de la fonction du visage dans la constitution de la subjectivité, faisant plus souvent référence à la phase spéculaire où nous pouvons constater un échange au niveau de l'image associé au langage. Certains auteurs considèrent que le temps de constitution de l'autisme se trouve en-deçà du temps spéculaire, c'est le cas de Siksou, par exemple, qui affirme que « c'est bien, en effet, avant la relation spéculaire que se fait un « ratage » sur lequel se développera l'autisme. »⁴²³ Lorsque nous parlons d'autisme, nous sommes donc obligés d'opérer un retour à la phase pré-spéculaire, moment où l'accès à l'imaginaire et au symbolique apparaîtra de façon très esquissée.

Ce refus du regard encore dans un temps si archaïque de la rencontre avec l'autre primordial peut entraîner de lourdes conséquences pour le développement du bébé. Dans certains cas, ce refus peut être momentané, dénonçant une dépression chez le bébé, sans graves conséquences pour son avenir. Mais lorsqu'il y perdure, cela risque de briser ce premier moment de rencontre primordiale. L'autre maternel est empêché d'exercer le rôle en tant qu'Autre symbolique, l'œil anticipateur de l'image unifiante de l'enfant dans le stade du miroir. Rappelons que sans l'illusion des fleurs, la construction de l'image du corps propre est atteinte. N'ayant pas l'unité du vase + fleurs, l'illusion construite à partir du regard de l'Autre n'existe pas.

Laznik souligne qu'on peut comprendre la clinique de l'autisme à partir des schémas optiques du fait qu'ils prennent en compte la phase antérieure du stade du miroir. Si c'est le regard de l'Autre le responsable d'engendrer corps et image du corps dans la construction du *moi*, chez l'autiste, le défaut de la présence de l'Autre a « comme conséquence l'impossibilité de mise en place du temps constitutif de l'imaginaire, et donc du *moi*, au travers du rapport spéculaire à l'Autre ». ⁴²⁴ La psychanalyste propose comme hypothèse l'existence d'une impossibilité de l'instauration du stade du miroir qui entraîne la non-assomption jubilatoire face à la propre image et la non demande de reconnaissance, la non existence du retournement vers l'adulte du regard tourné vers l'Autre. Pour

⁴²³ Siksou, J., Discussion de l'exposé « L'autisme serait-il une réponse à un type particulier de mélancolie parentale ? » In Fondation européenne pour la psychanalyse. *La clinique de l'autisme – son enseignement psychanalytique*, Paris: Point Hors Ligne, 1992, p. 66.

⁴²⁴ Laznik-Penot, M-C., Du ratage de la mise en place de l'image du corps au ratage de la mise en place du circuit pulsionnel. Quand l'aliénation fait défaut. In Fondation Européenne pour la psychanalyse. *La clinique de l'autisme – son enseignement psychanalytique*. Paris: Point Hors Ligne, 1992, p. 109

Laznik, l'autiste se retrouve dans un niveau non-pulsionnel, où son corps représente l'opposé au corps, introduit à la conclusion du stade du miroir, d'un corps construit à partir de l'Autre.⁴²⁵

Ainsi, l'autiste souffre du manque de la présence de l'Autre. N'ayant pas incorporé la marque de l'Eros, le corps de l'autiste ne se laisse pas mordre par la pulsion scopique, et par conséquent, il ne peut pas vivre l'expérience d'une identification primordiale. C'est sur le manque de ce trait unitaire que viendra organiser le fonctionnement autistique, empêchant la construction de ce que l'on observe comme la conclusion du stade du miroir et la formation du *moi* et de l'image du corps propre, encore dans un état d'ébauche.

Le bord autistique

Entré en crèche à l'âge de 2 ans et demi, Luc se montrait différent des autres enfants. Alors que tous les autres intégraient déjà un système langagier et social, il ne disait un seul mot et avait des intérêts restreints pour certains objets, qu'il manipulait répétitivement, s'intéressant plutôt aux objets inanimés qu'aux êtres humains. Dérangé par le bruit et l'agitation corporelle des autres, il se balançait le corps et émettait de forts cris et pleurs, en se bouchant les oreilles, comme s'il sentait de fortes douleurs. Un partage si proche avec d'autres enfants le dérangeait et il cherchait toujours un refuge dans la salle vide à côté de sa classe où il pouvait être tout seul. Dans un rituel quotidien, Luc cherchait un matelas dans l'armoire de la classe, le posait par terre et sautait sur celui-ci comme s'il « plongeait » dans une couche de plumes. Comme ça, il pouvait y rester des heures, en se frottant le visage contre le matelas, balbutiant des sons incompréhensibles au rythme d'une chanson infantile avec un grand sourire, comme s'il reproduisait un moment de fort plaisir. Il alternait cette stéréotypie à une autre qui consistait à faire tourner le couvercle du dépôt de linge pendant des heures, avec un regard fixe, toujours accompagné d'un sourire. Porteur d'un corps intouchable, ce garçon semblait se « démanteler » lors de moments d'interventions plus directs des auxiliaires de crèche qui l'inséraient dans les activités en groupe. Face à la frustration de ne pas pouvoir continuer son « jeu » interminable, il se frappait lui-même les mains contre sa tête, émettant de forts cris. Son jeu était rapidement substitué par d'autres comportements stéréotypés, comme agiter un crayon devant ses yeux, regarder le ventilateur attaché au plafond de la classe ou, lorsqu'il était privé des objets, il se balançait le corps dans des mouvements frénétiques.

⁴²⁵ *Ibid.*

Nous voilà face à un enfant qui présente, sans doute, tous les symptômes du syndrome autistique tel qu'il a été décrit par Kanner. Chez Luc, on dirait trouver un corps pur, sans la moindre esquisse d'un rapport jouissant à l'Autre et protégé par un bord qui repousse tout l'envahissement du réel et la jouissance de l'Autre : il évite les contacts visuels et physiques et se bouche les oreilles dès qu'il entend des bruits qui, pour lui, semblent insupportables. Le corps de Luc semblait être constamment en alternance des moments de contention et ruinement, ces manifestations correspondant, respectivement, à la présence et l'absence des objets.

Laznik reprend les trois temps du circuit pulsionnel présentés par Freud, dans l'étude sur les trois essais sur la théorie sexuelle, pour développer sa thèse sur l'avènement de l'autisme. Selon la psychanalyste, l'autisme peut être considéré comme le défaut du troisième temps du circuit pulsionnel. Ceci étant, le circuit qui démarre la mise en place pulsionnelle échoue à faire circuler l'objet *a* sur le bord du corps du bébé, empêchant la libido de se concentrer sur les zones érogènes. Résultat : chez l'autiste, il n'y a pas une réversion pulsionnelle et ses zones ne constituent jamais un bord.⁴²⁶

Étant coupé du circuit pulsionnel, l'autiste garde une perception chaotique du monde extérieur. Les autres lui paraissent imprévisibles, la réalité dans laquelle ils se meuvent est un chaos épouvantable et le codage linguistique incompréhensible, raison pour laquelle l'autiste a besoin de se retirer dans un monde à part, mystérieux et non-partagé. Dû à son intolérance aux changements, c'est la prévisibilité qui y fait loi. Il a donc besoin de construire cette barrière qui lui permette de garder son espace intérieur qui soit complètement maîtrisé par lui-même.

N'ayant pas une « peau de protection », l'autiste a besoin de construire un bord « artificiel », un bord autistique, qui lui permette de créer une surface qui tient lieu d'un Moi. Maleval définit le bord autistique comme « une formation protectrice contre l'Autre réel menaçant. »⁴²⁷ Il nous explique encore que lorsque ce bord s'avère défaillant, trop peu formé ou détruit par l'entourage, le sujet a le sentiment d'être l'objet d'une jouissance maligne, qui pousse à l'automutilation, au morcellement et aux hurlements.

On sait combien il se protège de la voix, en se bouchant les oreilles, et du regard, en se cachant, tandis que les troubles alimentaires montrent leurs inquiétudes attachées à l'objet oral, et sa difficile acquisition de la propriété

⁴²⁶ Laznik, M-C., Godente ma non troppo: le minimum de jouissance de l'Autre nécessaire à la constitution du sujet. In Association Lacanienne Internationale. *Cahiers de l'Association lacanienne internationale. Journées de l'ALI des 10, 11 et 12 mars 2006*. Paris : Éditions de l'Association Lacanienne Internationale, 2007

⁴²⁷ Maleval, *op.cit.* p.108

*révèlent les craintes suscitées par la cession de l'objet anal. Tous ces objets sont pour lui angoissants, leur présence éveille le risque d'une perte insupportable. C'est pourquoi la construction d'une réalité compatible avec celle des autres passe par leur intégration à son bord autistique.*⁴²⁸

Eric Laurent parle du bord autistique en termes d' « effets d'encapsulation ». Cela consiste dans une stratégie défensive, dans laquelle l'autiste se protège avec des barrières corporelles (capsules), qui viennent combler l'absence de l'image du corps et lui donner la sensation d'« avoir un corps ». Laurent précise cette localisation de la jouissance possible chez l'autiste : « l'autiste encapsulé c'est ce qui permet à ce sujet de faire tenir quelque chose comme corps. Ce n'est pas une image qui puisse donner une limite à ce corps, ni une âme qui pourrait lui donner une forme, ce qu'il y a, c'est la capsule. »⁴²⁹ Selon lui, c'est à partir de la construction de cette capsule que l'autiste arrive à déplacer ses bords vers les autres, vers le monde.

Le bord autistique aurait ainsi deux fonctions primordiales : maintenir l'autiste dans un cadre d'immutabilité, établissant une barrière qui le protège de l'envahissement de l'Autre et lui permet de créer des canaux d'échanges d'une façon sécurisée avec le monde social. Maleval décrit trois composants essentiels dont l'autiste peut se servir pour faire fonction de bord qui iront ainsi intercéder son rapport à l'Autre : l'image du double, l'îlot de compétence et l'objet autistique. Le bord de l'enfant autiste peut ainsi apparaître de diverses manières, évoluant selon le degré de maîtrise du sujet.

Chez les plus touchés par l'autisme, nous trouvons une barrière auto-sensuelle générée par des stimulations corporelles intenses, telles que mouvements rythmiques, balancements, pression sur les yeux, etc. Ceux-ci servent comme des moyens radicaux à couper sa réalité perceptive du monde extérieur quand celui-ci se fait trop insistant. Maleval explique que, malgré sa coupure du circuit pulsionnel, l'autiste est cependant capable d'investir pulsionnellement des objets élus par lui et qui restent dans le réel. Ceux-ci exercent la même fonction, mais d'une façon déjà plus élaborée. Le double et les îlots de compétence seraient le moyen à travers lequel les autistes auraient le plus de « succès » d'intégration en société.

Nous constatons, dans la plupart des cas, un choix préférentiel des autistes pour les objets qui font bord avec le corps tels que chaussures, gants, vêtements, objets. L'autiste maintient une recherche persévérante à se tenir fermement à ces objets de clôture qui l'aident à construire et maintenir ce bord. Eric Laurent nous explique que ceux-ci deviennent comme leur propre peau de

⁴²⁸ *Ibid.* p.107

⁴²⁹ Laurent, E., Les futurs des spectres de l'autisme. In Halleux, B. (dir.). *Quelque chose à dire à l'enfant autiste. Pratique à plusieurs à l'Antenne 110*. Paris : Éditions Michèle, 2010, p. 226.

protection, un objet pris de l'extérieur mais qui sera pris dans un « tracé qui entoure réellement le corps du sujet. Cet objet, d'abord « hors corps », vient à être pris, à être enserré à l'intérieur d'un montage du corps plus un objet hors corps ». ⁴³⁰ Les objets autistiques ont donc une fonction de prothèse pour l'autiste, venant remplacer sa peau psychique jamais constituée. C'est par ce biais qu'il conserve une maîtrise du sujet, à travers laquelle il constituera les éléments de base pour ordonner la réalité.

Dans l'autisme, ce qui s'observe est l'altération entre un état automate et un état dynamique lorsque l'autiste accouple à son corps un objet/bord, un autre/double à partir duquel il acquiert un dynamisme libidinal, sans incorporer, toutefois, la jouissance de l'Autre dans les circuits. Laurent s'oppose à la formulation de l'autiste comme enfant-machine car, en effet, il n'a pas affaire à un objet déshumanisé, il ne s'agit pas d'un rapport à une machine mais à un Autre extériorisé. L'auteur désigne l'enfant autiste comme « enfant-organe » et son Autre « *comme* extériorité, comme organe sans fonction ». Les efforts de l'autiste d'extraire ou d'introduire un objet ayant la fonction d'« organe supplémentaire » est, d'après l'auteur, une tentative d'introduire l'organe au langage dans son corps, du langage qui chez l'autiste est « nettoyé de la jouissance ». ⁴³¹

Le rapport de l'autiste à son corps nous présente un corps nettoyé de tous les organes d'échange possibles. Le corps-autiste serait le vrai « corps sans organes ». Le morcellement du corps par ses organes est surmonté au prix de l'enfermement dans une « carapace » comme certains ont pu l'appeler. Le sujet « se jouit » sans le trajet de la pulsion qui pourrait articuler le corps du sujet à l'Autre. Cette distinction est présente dans la schizophrénie où le retour de la jouissance se fait dans le corps du sujet. Elle est présente dans la paranoïa où la jouissance mauvaise est « de l'Autre » ; Elle s'abolit dans l'autisme par inexistence du trajet pulsionnel. Ou encore, on peut dire que le corps-carapace est ce qui advient d'un corps dont tous les orifices sont bouchés. ⁴³²

La première clinicienne à isoler l'objet autistique et à théoriser sur le rôle des objets autistiques dans le fonctionnement autistique fut Francis Tustin. Selon elle, ces objets « portent en eux la destruction et le désespoir », lui donnant ainsi un caractère pathologique. Ressentis comme une partie du corps de l'autiste, ces objets apparaissent non comme des substituts temporaires de la mère, mais comme une forme de remplacement permanente. Tustin établit au départ une différence entre objets transitionnels et autistiques, puisque les derniers fonctionnent comme protection

⁴³⁰ Laurent, E., Autisme et psychose : poursuite d'un dialogue avec Robert et Rosine Lefort. *La cause freudienne*, 2007, n° 66, p. 114.

⁴³¹ *Ibid.*, p. 114-115

⁴³² *Ibid.*, p. 115

contre la perte et non comme son acceptation à celle-ci, comme c'est le cas dans les premiers. Selon Tustin, leur fonction est « d'empêcher le développement du degré de conscience de la séparation corporelle » et de « supprimer les menaces d'attaque corporelle et d'annihilation définitive. »⁴³³ Maleval prend le relais et cite quelques différences explicites entre les deux objets : la persistance tardive de l'objet autistique alors que l'objet transitionnel est peu à peu désinvesti par l'enfant ; le premier est une création du sujet et non un objet déjà existant ; alors que les deux servent comme des sédatifs pour l'angoisse vécue par l'enfant, le premier sert à animer le sujet alors que le deuxième vient juste tempérer la perte.⁴³⁴

En ce qui concerne le double autistique, les Lefort affirment que celui-ci vient colmater « l'absence corrélative d'un reste, le (a) », résultat de l'absence de division du sujet qui n'entre pas dans le signifiant séquentiel du langage ni ne se représente par un S_1 . Le double apparaît dans le réel, n'étant jamais symbolisé. Cependant, selon le couple de psychanalystes, « le double peut faire fonction de suppléance beaucoup plus efficace que celle que peut trouver le psychotique qu'une dépendance rive à son Autre et à l'objet qu'il lui doit dans le réel. Le double est bien aussi dans le réel, mais peut faire séparation de l'Autre. »⁴³⁵

Ainsi, comme les objets autistiques, Maleval affirme que le double « n'est pas un objet étrange et maléfique qui témoigne d'une délocalisation de la jouissance ; c'est un objet familier, toujours maîtrisé ou considéré comme un ami inhérent au monde sécurisé, et dont le sujet se sert volontiers pour traiter la jouissance pulsionnelle. »⁴³⁶ Il est le plus souvent utilisé comme un support à une énonciation artificielle de la part de l'autiste qui, malgré ses limites peut démontrer une capacité d'expressivité appréciable. « Le double s'impose en effet à l'autiste comme une structure privilégiée pour sortir de sa solitude, rassurante par sa conformité à lui-même, et apte à recevoir une jouissance cadrée, sur laquelle il peut prendre appui. »⁴³⁷

⁴³³ Tustin, F., *Autisme et protection*, (1990), Paris : Seuil, 1992

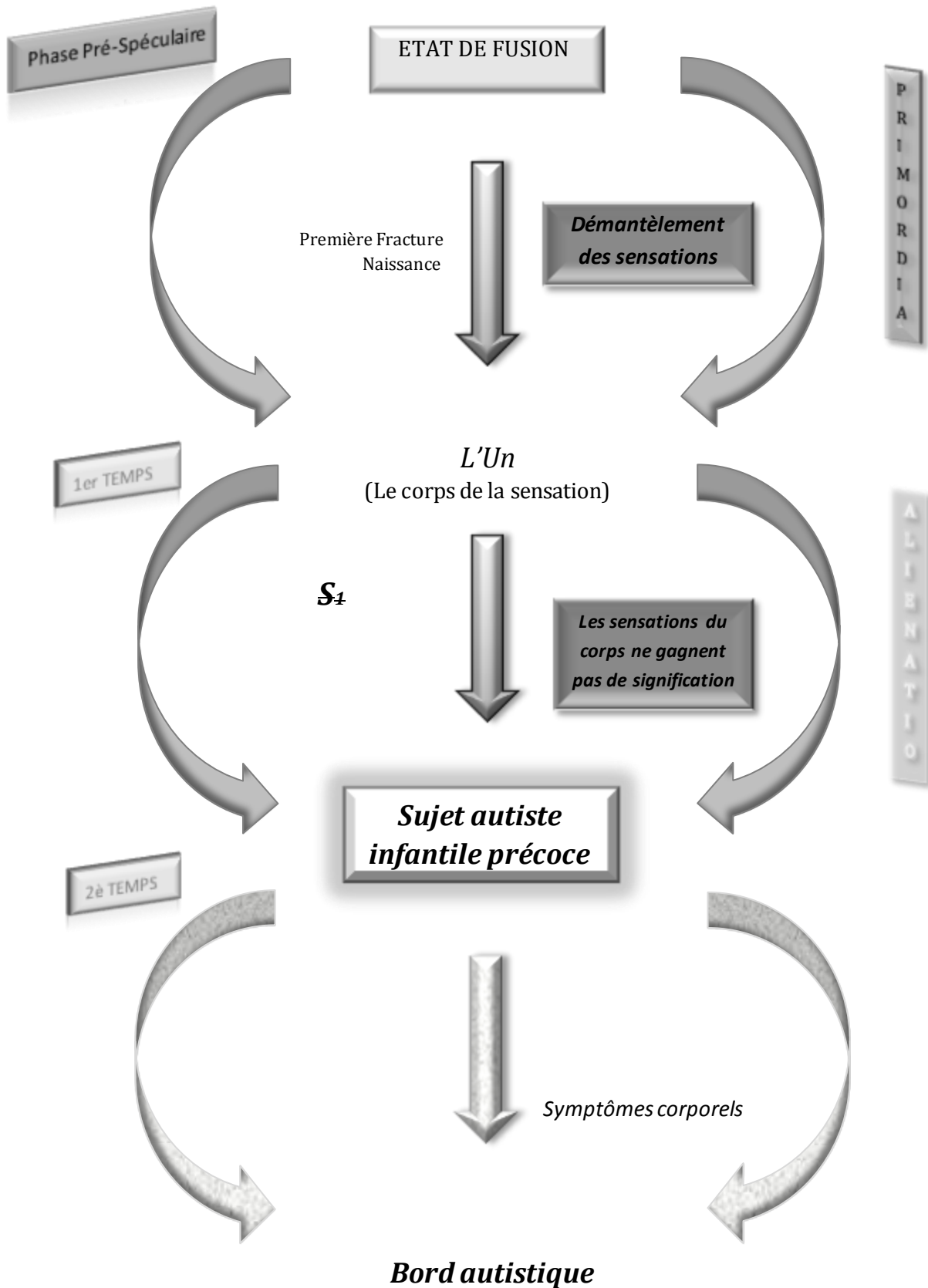
⁴³⁴ Maleval, *Ibid*,

⁴³⁵ Lefort, *La distinction de l'autisme, op.cit.* p. 62

⁴³⁶ *Ibid.* p. 110

⁴³⁷ *Ibid.* p. 110

RAPPORT AU CORPS DANS L'AUTISME



4. LE CORPS DE L'ENFANT PSYCHOTIQUE

Nous savons que Lacan prône la Forclusion du Nom-du-Père comme le mécanisme spécifique des psychoses et affirme que lorsque ce signifiant ne parvient pas à s'inscrire chez le sujet, toute la structure du réel subit une modification significative. Cette absence d'inscription atteste l'impossibilité où se trouve l'enfant de pouvoir se repérer par rapport au phallus imaginaire. Soumis à une relation d'immédiateté à la mère, l'enfant ne fait jamais référence à l'instance paternelle, ne pouvant pas devenir un sujet barré par le signifiant de la castration. Dans ce cas, il y a un manque du manque dans la relation imaginaire, dans la relation à sa propre image qui ne permet pas la disjonction de l'objet regard du champ scopique. L'image réelle du corps ne joue pas sa fonction de rassembler les morceaux du corps originel d'avant le stade du miroir.

Marina Bialer considère que la non-extraction de l'objet a du champ scopique peut être à l'origine de l'instauration d'une zone de grande instabilité dans le rapport du psychotique à l'image, à la sienne et à celle des autres. Pour mieux comprendre sa déclaration, elle nous propose d'utiliser le schéma du miroir de Lacan pour illustrer une hypothèse d'un schéma optique chez le schizophrène. Elle suggère deux versions : « dans la première, il n'y a pas de pot mais les fleurs sont un peu rassemblées, tandis que dans la deuxième version, il n'y a pas de pot et les fleurs sont totalement dispersées. En aucun cas, il n'y a la mise en place de la fonction illusoire de l'image qui a un rôle stabilisant. »⁴³⁸ Faute d'une unicité de son image corporelle, l'enfant psychotique vit les expériences psychiques de désorganisation corporelle où son corps reste dans la forme du corps morcelé, expérience vécue par le bébé avant le passage par le stade du miroir.

Geneviève Haag nous rappelle que « le corps ne peut se tenir et acquérir une gestuelle expressive et relationnelle que s'il est fondamentalement « moi » ». ⁴³⁹ Quinet souligne que l'unité orthopédique ne suffit pas à construire l'un du corps. Celui-ci dépend de l'inscription des signifiants et de se faire appréhender par un discours qui permet au sujet de trouver les fonctions des organes. Dans le cas contraire, le corps risque de se disperser dans le réel. ⁴⁴⁰ C'est-à-dire que dans le cas du psychotique, le langage ne mord pas le corps et la localisation de la jouissance n'est pas gouvernée par la signification phallique. Sans la construction d'un corps symbolique, les mots ont une incidence directe sur le réel du corps et la jouissance vient habiter le corps du psychotique sous différentes formes de phénomènes.

⁴³⁸ Bialer, M., *op.cit.* p.

⁴³⁹ Haag, G., Le moi corps et son expression dans les états de psychose infantile. In Théories et thérapies des états de psychose infantile, sous la dir. D'Eliane Allouch, Presse Universitaire de Franche-Comté, 2000.

⁴⁴⁰ Quinet, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

Le débordement psychotique

Accompagné depuis ses premières années de vie dans des institutions spécialisées de pédopsychiatrie, Nicolas, âgé de 11 ans, montre une agitation corporelle constante, avec des comportements très débordants et envahissants envers ceux qui l'entourent. Nicolas détient une libido « sans frein » qui déborde de son corps. Tenant un intérêt spécial envers les femmes, il essaye rapidement de leur caresser la peau et les appelle par des mots intimes comme « ma belle », « ma fleur », « mon bébé », etc. Le corps de l'autre l'attire. Dans le groupe de copains, Nicolas s'amuse, d'un ton assez moqueur, à imiter les mouvements stéréotypés de certains. Ceci avec une telle précision, étant capable de changer le ton de sa voix pour reproduire au plus près possible les cris et les phrases typiques venues des autres. Ce garçon éprouve une fixation spéciale pour une jeune fille dont les traits autistiques très intenses l'amènent à opérer un fort refus de l'autre (pas de regard, pas de mots, pas de toucher), étant considéré l'enfant le plus atteint par l'autisme de toute l'institution. Nicolas, dans sa place de « toute-puissance », s'approprie alors de ce corps normalement « intouchable ». Il prétend être son maître, le seul porteur du droit de la toucher, de la caresser et de prendre la parole pour parler à sa place. Eloigné de cette fille, lorsqu'il pense à elle, il reproduit ses stéréotypies corporelles. Sa capacité d'imitation et d'identification va au-delà des traits et comportements humains. Dans les activités de classe, normalement difficile à le maintenir assis, Nicolas démontre un intérêt spécial par certains contes dont les protagonistes sont des animaux. Comme dans le jour où, écoutant un conte sur la baleine échouée sur la plage, Nicolas glisse de son banc, s'allonge par terre et incorpore la souffrance de l'animal, telle que l'histoire le décrit.

Voyons que le cas clinique de Nicolas illustre parfaitement ce dont nous essayons d'éclaircir par la théorie. N'ayant pas eu accès à la loi du père, Nicolas vit une relation débordante avec les autres, difficile à opérer la limite qui les sépare. Pour lui, penser à l'autre est synonyme de vivre dans le corps de l'autre, c'est-à-dire, de l'incorporer, de vivre à sa place. Ceci parce que le psychotique se trouverait en dehors d'un encadrement spatio-temporel, résultat d'une confusion primordiale entre ce qui est à soi de ce qui est à l'Autre. Le psychotique voit dans l'Autre sa propre image et tient son corps comme un complément du corps de l'Autre. Le sujet psychotique aurait ainsi, selon Jean-Luc

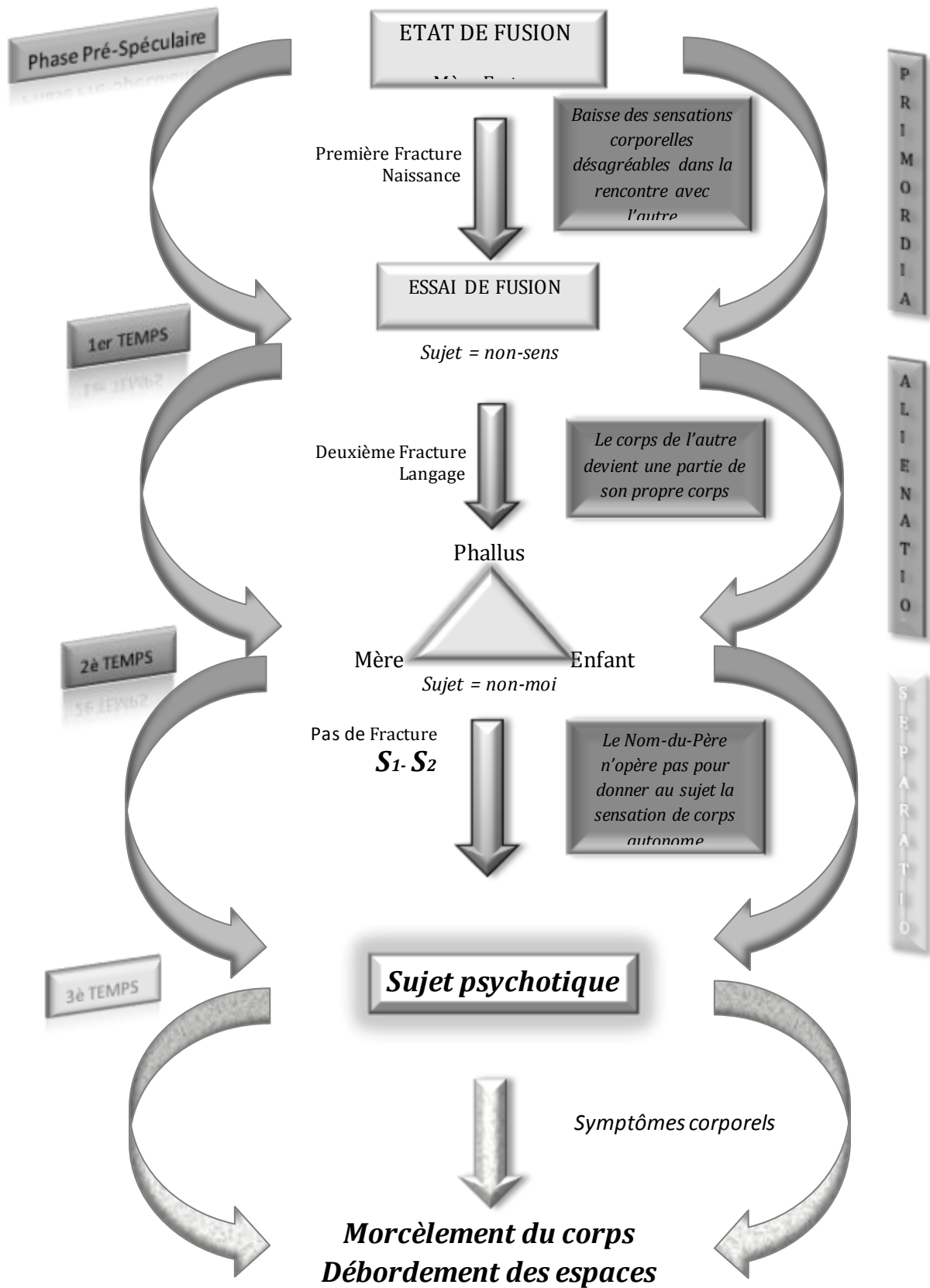
Bougereau, un effacement des limites entre le soi et l'Autre, ce qui créerait un espace délirant qu'il appelle « Dedans-Dehors-Un »⁴⁴¹.

C'est donc la raison pour laquelle nous pouvons observer des comportements fréquents d'imitation chez l'enfant psychotique. Celui-ci cherche à élaborer un collage à ses semblables, dont il imite un trait. Là, il s'agit d'une imitation extérieure, une identification à un cliché et non une identification symbolique. Cette identification clichée provoque l'apparition de phénomènes d'exacerbation observés quand le psychotique répète en écho ou en miroir tout ce que dit ou fait son interlocuteur, ou des phénomènes d'automatisme corporel. Outre les phénomènes d'imitation, l'absence de la prise du corps par le symbolique et la construction d'une image du corps fondée dans l'Autre sont bien manifestés par les hallucinations corporelles et les vécus de fragmentations du corps chez le psychotique. Ces phénomènes mettent en lumière un corps qui n'a pas d'étiquetage des discours et dont les organes restent dispersés. Son corps reste morcelé et guidé par les pulsions.

Quinet considère que les phénomènes corporels psychotiques représentent l'utilisation de la langue de l'organe comme une tentative de guérison. Selon lui, ces phénomènes d'automatisme corporel marquants chez le psychotique sont, en fait, une tentative de récupérer l'organe par le mot. Cet essai de guérison peut aussi se manifester à travers la lettre et l'art, des tentatives pour faire en sorte que son corps soit mordu par le langage. Dans cette perspective, nous comprenons que la création d'un sinthome peut être pour le psychotique une solution pour réaliser le nœud RSI. Toutefois, l'incidence du signifiant étant prise dans le réel, il y a le risque de tentatives de coupures réelles sur le corps, ainsi que le risque de défaillance du sujet en état de catatonie et de cadavérisation.

⁴⁴¹ Bougereau, J-L. Les folies du discours et les folies corporelles, thèse de doctorat réalisée sous la direction de Jean-Claude Coquet, Université de Paris VIII, Saint-Denis, 1995.

LE RAPPORT AU CORPS DANS LA PSYCHOSE



5. DISCUSSION : BORD AUTISTIQUE/DEBORDEMENT PSYCHOTIQUE

Nous avons vu que la Psychanalyse prône le corps comme composant essentiel pour la constitution de la subjectivité et voit les affections de la surface corporelle comme étant inséparables des affections psychiques. Dans ce cas, l'attention du psychanalyste doit se tourner également vers les processus primaires exprimés corporellement et non plus uniquement vers la parole du patient. Allouch théorise à propos de l'accueil psychothérapeutique appuyé sur les techniques du corps et explique que :

*Cette appréhension différente des patients saisis à partir de leur corporéité peut conduire à un affinement, ou même à une remise en cause du diagnostic. Elle peut aussi modifier les modalités de la prise en charge psychothérapeutique pour prendre en compte le niveau psychique primaire du patient.*⁴⁴²

Le corps sert ainsi comme outil de travail autre que celui de la parole directe, fonctionnant comme indicateur diagnostique d'une forme spécifique de souffrance psychique, notamment en ce qui concerne les troubles psychiques de l'autisme et de la psychose, comme nous l'indique Allouch :

*Le corps dysfonctionnel du sujet psychotique ou autistique, autant que tout autre, est d'emblée psychique. Le thérapeute ou l'observateur n'est pas en présence du corps du psychotique, mais du déficit tragique de sa corporéité, c'est-à-dire de son corps psychisé ou manqué par l'échec du processus de psychisation.*⁴⁴³

Les symptômes corporels manifestés par les autistes et psychotiques sont ainsi révélateurs d'un ratage du processus de subjectivation, moment dans lequel le corps n'arrive pas à fusionner avec le symbolique ni à fonder le sujet. Selon elle, ce regard plus épuré du clinicien sur le rapport que le patient tient avec son propre corps joue un rôle important dans l'établissement du diagnostic de l'autisme et de la psychose. Les psychanalystes ont constaté ainsi que, dans ces deux affections où l'Autre ne vient pas marquer le corps de l'enfant, celui-ci peine à ressentir les limites de son corps, sur lequel les symptômes iront s'avérer. Allouch affirme encore que le corps des autistes et psychotiques n'ont pas atteint le statut d'être car ils portent en eux un échec des liaisons entre le psychique et le corporel. Ceci l'amène à la conclusion que les troubles de psychose infantile et

⁴⁴² *Ibid*, p. 202

⁴⁴³ *Ibid*, p. 9-10

d'autisme seraient liés à la mise en place insuffisante du moi-corps, c'est-à-dire, du processus d'étaillage libidinal sur les fonctions corporelles en relation avec le monde extérieur.

Comme nous l'enseignent les Lefort, l'Autre pour l'autiste est complètement absent tandis que dans la psychose, l'Autre n'est que présence. C'est-à-dire que, dans l'alternance présence-absence, l'autisme serait celui où il y a eu le manque de présence de l'Autre, de ses marques pulsionnelles, tandis que dans la psychose ce qui lui manque, c'est le moment d'absence. Dans le premier cas, la peur de l'envahissement de l'Autre amène l'autiste à construire ses bords de protection corporels alors que dans le second, c'est le complet envahissement par l'Autre qui empêche le sujet psychotique de connaître les limites entre soi et l'Autre et de s'approprier de son corps de forme singulière telle que celle trouvée chez les névrotiques.

En ce qui concerne le double, nous pouvons également en établir des spécificités. Suivant une perspective structurale, les Lefort sont les premiers à proposer un double chez l'autiste qui, malgré sa présence dans le réel, pourrait faire séparation d'avec l'Autre, contrairement à celui du psychotique qui apparaît toujours collé à lui, produisant chez lui des sensations terrifiantes de poursuite. Emballé par cette déclaration, Maleval laisse sa contribution sur la question et affirme trouver là un important élément de la clinique différentielle de l'autisme et de la psychose : « A l'encontre de ce que l'on observe dans les psychoses, le double autistique n'est pas fondamentalement persécuteur, bien au contraire : le sujet trouve souvent en lui un élément propre à apaiser ses troubles. »⁴⁴⁴ Un peu plus loin, il rajoute : « L'autisme est bien un type clinique caractérisé par des permanences structurales parmi lesquelles la prévalence d'un double pacifiant occupe une place majeure. »⁴⁴⁵

*Pour l'autiste, il est essentiel de garder une totale maîtrise du branchement sur le double qu'il s'est choisi, et auquel il peut faire appel à volonté. Il arrive que des schizophrènes, de manière semblable, tentent de tempérer leurs troubles en incarnant un personnage d'exception. A la différence de l'autiste, il semble qu'ils ne conservent pas toujours la capacité de s'en distancier. Le double autistique est pacifiant : le sujet accepte de se brancher sur cette image protectrice, dont il tire des bénéfices immédiats ; il ne s'impose pas à lui : il n'a rien d'une machine à influencer.*⁴⁴⁶

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 110

⁴⁴⁵ *Ibid.*, p. 126

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 113

Jean-Pierre Rouillon élabore aussi une réflexion sur les spécificités du rapport au corps chez les autistes et psychotiques et déclare que :

*Dans l'autisme, contrairement à la psychose, ce n'est plus le mental, mais le corps qui est au premier plan. Le corps est en effet l'objet de prédilection dès qu'il s'agit de l'autisme : le corps génétique, le corps de la sensation, de la perception, le corps lésé. Il ne s'agit plus d'une économie du mental, d'une économie de l'automatisme, de l'aliénation ; mais d'une économie du corps, de l'excès, du débordement.*⁴⁴⁷

Il considère que ce qui est spécifique de la pathologie autistique, « ce n'est pas la relation à l'Autre, mais le retrait sur soi, ce n'est pas l'Autre, mais l'Un. » Le manque d'inscription de la jouissance de l'Autre atteint la structuration du narcissisme par rapport à l'investissement de l'image du corps propre. Eric Laurent nous explique que le rapport à la jouissance montre sa particularité, tantôt dans le fonctionnement autistique, tantôt dans la psychose. Dans le cas d'autisme, la jouissance fait retour sur le bord, alors que dans la psychose, elle retourne sur le corps ; le contraire se passe aussi pour le cas de paranoïa, où le retour vient dans l'Autre.⁴⁴⁸ Bialer établit également une distinction entre le rapport au corps dans ces deux affections : « dans l'autisme, il y a un organisme qui peut fonctionner, un corps-organisme fonctionnant coupé d'un investissement pulsionnel, tandis que dans la schizophrénie, l'accent est mis sur le corps comme des morceaux du réel.⁴⁴⁹

Partant de la dialectique du maître et de l'esclave de Hegel, Bernard Nominé fait une intéressante analyse du rapport que le sujet entretient avec l'Autre par l'intermédiaire du corps, ce qui lui permet d'analyser également les distinctions de rapports au corps établis par les enfants autistes et schizophrènes. Le maître, étant celui qui renonce à la jouissance, s'oppose à l'esclave qui se décide pour jouir de la vie et, par conséquent, reste privé de la liberté de son corps. Ainsi, le corps de l'esclave métaphorise la jouissance du maître, puisqu'on ne jouit que du corps de l'autre, raison pour laquelle la jouissance doit être toujours orientée vers l'extérieur du corps. Lorsque cette jouissance se retire sur le corps, cela produit des effets néfastes au sujet. C'est cette défaillance qu'on trouve chez les autistes et les psychotiques.

Dans le cas de l'autisme, le sujet échappe à cet assujettissement, c'est-à-dire qu'il ne se fait pas esclave de l'Autre, et jouit entièrement de son propre corps. Ceci nous permet de comprendre ses conduites corporelles paradoxales des autistes. Comme s'ils n'avaient pas de corps, les autistes manifestent une énorme tolérance à la douleur physique. « Si l'enfant autiste

⁴⁴⁷ Rouillon, J-P. De la psychose à l'autisme. *Feuillets psychanalytiques du Courtil*, 2004, n° 5, p. 73-86.

⁴⁴⁸ Laurent, E. Réflexions sur l'autisme. *Bulletin Groupe Petite Enfance*, 1997, n° 10.

⁴⁴⁹ Bialer, M. *Le corps dans l'autisme et dans la schizophrénie*. Thèse de doctorat en Psychopathologie et psychanalyse. Université Paris 7 – Diderot, sous la direction d'Alain Vanier, 2012

peut s'automutiler, c'est parce qu'il ne connaît pas la douleur du corps. » Dans le cas de l'enfant schizophrène, la différence se fait évidente lorsque celui-ci signale être porteur d'un corps qui souffre. « L'enfant schizophrène souffre, il a un corps douloureux, mais il a un corps. »⁴⁵⁰ Cette souffrance « sans-sens » est le résultat d'un processus échoué d'incorporation du signifiant Nom-du-Père chez le schizophrène, tandis que la non-souffrance présentée par l'autiste est issue du refus total de cette incorporation.

Si l'on peut identifier un point en commun entre l'autisme et la psychose, celui-ci serait que tous les deux n'ont pas constitué une image de corps intégré au moi tandis que le point divergent serait les limites du corps : le premier, ce non-sens, n'ayant pas de peau comme effet contenant, construirait des bords artificiels pour protéger son « socle subjectif », tandis que le deuxième, dans la condition de non-moi n'ayant pas non plus une peau contenant, déborderait dans une indifférenciation avec l'Autre. Bref, l'autiste qui, dans l'impossibilité de se mettre en rapport avec l'Autre, bloque son corps à toute manifestation venue de l'extérieur, créant une forme de défense à travers ses objets autistiques et son double ; le psychotique, dans son rapport voluptueux avec l'Autre, vit dans un corps sans bords et sans limites, établissant dans une relation de continuité entre lui et le monde extérieur. En ce qui concerne les objets et le double, Eric Laurent nous explique que ceux-ci peuvent être aussi présents dans la clinique de la psychose, toutefois, la différence est que leur fonction est toujours subordonnée à des thèmes délirants.

Cet exposé nous amène à la conclusion que, comme nous l'apprend la psychanalyse depuis plus d'un siècle, une analyse plus raffinée du rapport du sujet à son propre corps est viable dans la description et le traitement des troubles mentaux. Par ailleurs, nous pouvons concevoir que le corps joue un rôle très spécifique pour chaque entité psychopathologique. Nous avons essayé ainsi d'élucider qu'une meilleure compréhension de ces manifestations corporelles trouvées chez les autistes et psychotiques accompagnées d'une prise en compte de l'approche dynamique produit un important outil qui favorise tantôt le diagnostic différentiel tantôt le repérage de troubles psychiques de façon plus épurée. L'analyse de manifestations du corps devient donc l'élément central de tout le traitement possible auprès des enfants, qui ne savent pas ou qui ne peuvent pas se servir du langage pour exprimer ses angoisses, relevant pour une meilleure prise en charge de ces enfants, voire une mise en place des interventions précoces déjà dans les premiers mois de vie.

⁴⁵⁰ Nominé, B. Quand le corps souffre du langage. Etude comparée de l'autisme et de la schizophrénie in *La lettre de l'enfant et de l'adolescent*, 2004, n° 58, p. 19-26.

TROISIEME PARTIE

Approche Clinique

*La nouvelle nosographie pédopsychiatrique
mise en cause par la clinique du sujet*

*Ne pouvez-vous traiter un esprit malade,
Arracher à la mémoire un chagrin enraciné,
Effacer les soucis inscrits dans le cerveau,
Et, grâce à quelque antidote de doux oubli,
Soulager la poitrine oppressée du poids périlleux
Qui pèse sur le cœur ?*

Shakespeare, Macbeth

L'étude structurale d'orientation psychanalytique réalisée dans la partie précédente de ce travail de recherche nous a donné des repères précis pour mieux comprendre la spécificité de la nature des symptômes présentés par les enfants en souffrance psychique. Nous avons donc compris que la différence structurale entre l'autisme infantile précoce et la psychose infantile se joue par l'inscription ou pas de l'autre primordiale se confirmant après par la non-inscription du Nom-du-Père dans le cas de la psychose, ce qui fait que la demande venue de l'Autre ne peut pas être prise de la même manière, par un enfant autiste infantile précoce et un enfant psychotique. Comme nous l'avons décrit, ce passage qui révèle d'un premier moment structurant avant la castration provoque les particularités trouvées également dans leur rapport au corps et au langage, ce qui nous a permis de délimiter la spécificité de certains symptômes correspondant à chaque affection. Ceci vient clarifier l'élaboration d'un diagnostic, facteur essentiel pour l'établissement d'une prise en charge plus adaptée à chacune de ces deux positions subjectives.

Toutefois, il reste tout de même étonnant de penser que le concept de psychose infantile (et ses variations) soit en voie de disparition dans le vocabulaire pédopsychiatrique, lorsqu'on trouve, face à nos yeux, un tableau clinique si bien défini. Selon les éléments apportés par la recherche historique réalisée dans la première partie de cette étude, ce phénomène porte sans doute sur le dénie de la société actuelle à reconnaître la maladie mentale chez l'enfant et à devoir impliquer des facteurs environnementaux dans l'avènement de la maladie. Mais cela n'est pas la seule raison.

Malgré cette distinction bien définie entre l'autisme infantile précoce et la psychose infantile, nous savons que ces symptômes ne se présentent pas toujours de façon si claire et tranchée et que, dans certains cas, on peut témoigner une confusion symptomatologique dans lesquelles il reste difficile d'opérer une imposition diagnostique et pronostique claire. Et cela se fait encore plus remarquable dans une population infantile, où les changements symptomatologiques sont assez fréquents dû à la phase de développement dans laquelle ils se

trouvent. Cette confusion touche très fréquemment des professionnels qui s'occupent des enfants autistes et psychotiques, et même ceux qui travaillent sous la guidance des référentiels psychanalytiques. Ceux-ci s'interpellent face à l'authenticité de quelques diagnostics et surtout de la façon dont on mène leur prise en charge.

Avançons donc sur nos observations personnelles afin de pouvoir illustrer ce danger dont nous faisons référence ci-dessus. Voici quatre descriptions d'enfants et adolescents étant diagnostiqués TED qui serviront d'exemple à nos questionnements :

Cas 1 : Pierre, 15 ans, pas de langage, émission des cris agonisants, regard vide, activité masturbatoire intense, automutilation, attiré par l'eau pouvant en jouer des heures sans cesse, seule activité thérapeutique capable de contenir ses impulsions autodestructrices.

Cas 2 : Arnaud, 14 ans, langage restreint et servant sporadiquement à la communication avec son entourage, regard et comportement fuyants, présence de balancement du corps, stéréotypies et activités masturbatoires fréquentes mais pouvant être contrôlées.

Cas 3 : Robert, 13 ans, bilingue, très attiré par les livres de contes et jeux vidéo, doué pour le calcul, incroyable capacité de mémorisation, bon niveau de socialisation, comportement maniaque, pouvant présenter activités masturbatoires discrètes, moments d'isolement où il semble discuter avec lui-même et d'autres où il se répète par cœur des histoires apprises dans la journée.

Cas 4 : Gabriel, 8 ans, bon niveau de langage servant de façon restreinte à la communication (présentant un vocabulaire d'adulte), présence des stéréotypies corporelles comme le balancement du corps, tapement de mains, regard et comportement fuyants, intolérance au toucher et présence des stéréotypies verbales (répétition constante des phrases, quelques-unes issues des télépublicités et téléromans, ainsi que d'autres de nature assez fantasmagoriques comme par exemple le fait qu'il se présente souvent comme étant un homme de quarante ans, marié et père de famille).

Quel rapport nosologique peut-on établir entre ces quatre enfants ? A l'égard de la psychiatrie actuelle qui obéit les critères prônés par les manuels de classifications américains et internationales, tous les quatre cas font partie de l'ensemble plus large des troubles envahissants du développement (TED), et tous présentent des caractéristiques du large spectre autistique.⁴⁵¹ La notion de *Troubles du spectre autistique*⁴⁵² permet d'inclure dans ce groupe

⁴⁵¹ Selon le DSM, l'autisme se caractérise donc par trois évidences objectives : 1) troubles de la communication;

les autres troubles dont ces trois critères se font présents sans pour autant les confondre avec l'autisme infantile, entraînant une posture quantitative du syndrome, c'est-à-dire que le sujet peut être touché par l'autisme à des niveaux différents. C'est le cas par exemple du syndrome d'Asperger, dont l'autisme de « haut niveau » est la nomenclature plus vulgarisée et plus souple. C'est ce que remarque Hochmann :

De nombreux enfants atteints d'arriération mentale sont aujourd'hui, faute de mieux, diagnostiqués autistes. A l'autre extrémité, le syndrome d'asperger permet d'inclure dans le dénombrement des sujets autistes, des personnes bizarres, jusque-là considérées comme plus ou moins proches de la schizophrénie (personnalités schizoïdes ou borderline).

Malgré la différence quantitative de ces symptômes cliniques, une proximité nosologique reste évidente, car il est plutôt arrangeant pour les psychiatres de les définir comme étant des autistes de différents niveaux, les rassemblant tous sous le même signe. Revenons sur la question posée ci-dessus. Sa réponse reste assez logique lorsqu'on pense aux nouvelles classifications nosologiques et au large concept de spectre autistique qui y figure : le premier étant diagnostiqué comme autiste infantile se présente lourdement touché par le syndrome ; le deuxième est aussi décrit comme un cas d'autisme infantile mais se montrant, pourtant, capable d'accepter de moments d'interaction avec son entourage ; le troisième est rapidement associé à l'autiste d'asperger, ou autisme de « haut niveau » ; et le quatrième, voici l'un qui nous pose question.

Certes, ce garçon présente des signes cliniques observables tout à fait correspondants aux trois évidences décrites pour établir un diagnostic d'autisme (isolement, stéréotypies, difficulté d'interaction sociale et communication restreinte). Cependant, si nous voulons bien accepter d'aller au-delà de ce que prône la clinique psychiatrique actuellement – de ne plus donner des « sens » au discours du sujet –, nous serons frappés par ce qui tient le discours de ce garçon, à savoir un discours délirant. Or, s'il y a une précision ferme du syndrome autistique ainsi comme dans tout le groupe de TED, c'est que ces enfants ne présentent jamais de délires et des hallucinations.⁴⁵³ Cette observation avait déjà été mentionnée par Kanner qui prenait ce facteur comme l'un des marqueurs entre l'autisme infantile précoce et la schizophrénie infantile.

2) interactions sociales déficientes 3) comportements restreints et stéréotypés. Néanmoins, cette triade reste représentative d'un spectre plus large que le propre concept d'autisme décrit par Kanner, en 1943.

⁴⁵² Créé récemment pour figurer dans la prochaine édition du DSM.

⁴⁵³ Nous soulignons vivement : il n'y a aucun passage de la description de l'autisme qui affirme la présence de traits délirants ou hallucinatoires.

Nous arrivons par là à une impasse courante face à laquelle sont mis les pédopsychiatres. Ne pouvant plus faire recours aux termes qui évoquent une psychose infantile, c'est-à-dire, une dysharmonie d'ordre essentiellement psychique, des cas comme celui que nous venons de citer doivent être forcément associés à l'autisme. Dans le doute, ce garçon doit rejoindre le groupe de TED non-spécifié et il n'est pas question que son discours soit interprété et surtout moins qu'une psychose soit mentionnée comme la vraie source de sa souffrance. Sa parole, seul moyen d'opérer une cure selon la pensée psychanalytique, « tombe à l'eau ».

Analysons un peu plus ce qui se trouve caché derrière ce terme de TED non-spécifié. Cette catégorie est définie par les manuels de classification DSM-IV et CIM-10, comme une catégorie approximative de l'autisme infantile, englobant presque les mêmes signes symptomatologiques que les autres catégories TED, mais elle n'est posée que lorsque l'examen de diagnostic clinique ne permet pas d'identifier de forme claire les signes précis correspondant aux « cases » d'autres catégories. Dès lors, cette catégorie, qui présente une haute prévalence dans les études épidémiologiques, peut rassembler aussi bien des enfants très touchés par le handicap ainsi que ceux qui présentent des troubles de la communication et l'interaction sociale légers. Dans tous les cas, cette catégorie ne fait jamais référence à la psychose. Bien au contraire, elle rejoint le groupe majeur d'autisme, apparaissant comme un « autisme atypique ».

Nous faisons donc un bilan de la clinique diagnostique en pédopsychiatrie : tous les enfants présentant de signes de désordre du développement sont inclus dans le groupe des troubles envahissants du développement. Celui-ci est partagé entre ceux qui présentent tous les signes symptomatologiques précis de l'autisme, intégrant sans doute la catégorie d'« autisme infantile » ; ceux qui présentent tous ces signes, mais de forme plus souple et, qui en plus, présentent des intérêts spécifiques. Ceux-ci intégreront le groupe des Asperger, ou « autisme de haut niveau » ; et encore ceux qui apparaissent comme des « autistes atypiques », car ils ne présentent pas tous les signes nécessaires pour figurer dans d'autres catégories.

Le résultat plus alarmant d'une ampliation démesurée de ce concept est l'augmentation massive du nombre de diagnostics établis pour la symptomatologie autistique. Cette augmentation de chiffres avait depuis longtemps surpris le propre créateur du concept d'autisme qui se disait étonné de voir son pays « peuplé » d'une multitude d'enfants autistes, pratiquement du jour au lendemain.⁴⁵⁴ Déjà, en 1968, il s'inquiétait de l'extension de son

⁴⁵⁴ Kanner, *op.cit.*

concept, attirant l'attention sur les dangers d'étendre ce concept en le diagnostiquant dans de nombreuses affections disparates qui présentaient l'un ou l'autre symptôme isolé considéré comme une caractéristique du syndrome tout entier. Kanner note que parmi les enfants qui lui sont adressés comme « autistes », seulement 10% correspondent vraiment au tableau clinique tel qu'il a décrit en 1943.⁴⁵⁵ Intrigués par cette même question, Helen Tager-Flusberg, Simon Baron-Cohen et Donald Cohen reconnaissent l'amplitude du concept d'autisme et se déclarent étonnés de voir la diversité de cas qui peuvent être associés à ce terme, laissant la remarque suivante :

*Si l'on rassemblait tous les individus auxquels le diagnostic d'autisme est actuellement attribué, on serait probablement plus frappé par leurs différences que par leurs similitudes : se trouveraient en effet réunis des sujets mutiques, présentant un retard mental profond, et d'autres disposant d'un langage élaboré et ayant éventuellement obtenu des diplômes universitaires.*⁴⁵⁶

En sachant que, très souvent, les enfants que l'on diagnostiquait auparavant comme psychotiques ou schizophrènes (présentant des discours délirants, hallucinations, etc.) peuvent présenter des symptômes de la triade autistique – l'autisme, depuis le départ, était associé à la psychose comme l'un de ses symptômes – il nous semble important de discuter sur les risques qui se présentent lors de la généralisation de cette affection où le signe d'autisme est rapidement associé au handicap neurodéveloppemental, ayant uniquement besoin d'une prise en charge destinées aux adaptations éducatives et pédagogiques. Cependant, celui qui a des yeux pour observer mieux les symptômes et des oreilles pour écouter ce qui est sous-jacent à un discours stéréotypé, se dira que la clinique psychiatrique actuelle, avec son désir de fiabilité et précision, néglige l'essence même de l'être humain : la subjectivité.

Devant cette problématique, nous sommes conduits à mettre en cause l'élargissement du concept d'autisme ainsi que les études qui soutiennent une étiologie purement organique et tout autant la superficialité de la clinique psychiatrique. C'est donc la limite floue qui se présente entre ces deux entités qui nous interpelle et nous amène au besoin de réfléchir à une meilleure définition de ces concepts.

⁴⁵⁵ Kanner, *op.cit.*

⁴⁵⁶ Tager-Flusberg, H., (at.al), p.10

La mort du sujet dans la clinique psychiatrique

Dans son évolution, la clinique psychiatrique a beaucoup perdu de sa souplesse à l'écoute du sujet et de ce que celui-ci apporte dans sa condition de malade. Pire que cela puisse paraître, cette vérité se résume à des classifications nosologiques regroupées dans de manuels diagnostiques qui fonctionnent comme seule référentiel pour ces professionnels, car ils doivent trouver là-dedans le sigle correspondant à la maladie présentée par le sujet. Alors, lorsque nous nous trouvons face à des cas où les symptômes observés ne s'accordent pas à ce qui est préétabli et que, du coup, les classifications ne semblent pas correspondre, nous sommes vite rappelés que nous ne sommes là pour mettre en question cette vérité établie.

Cherchant à installer une approche unique et objective, consistant en une description artificielle et superficielle des pathologies mentales, la clinique psychiatrique ne se soucie plus de ce qui concerne le psychisme humain. L'a-théorisme qui y est proposé, plus particulièrement dans le DSM, apparaît comme une façon de faire la psychiatrie se débarrasser de l'approche psychodynamique et de toute une réflexion psychopathologique qui la suivit pendant des siècles. Et force est de reconnaître que ces transformations au sein de l'épistème psychiatrique engendrent une tentative d'objectiver la souffrance humaine à partir de sémiologies superficielles dont se cache un objectif : l'éradication de la clinique du sujet. Jacques Hochmann mène une réflexion à ce propos, en exposant la raison pour laquelle une visée psychopathologique est actuellement incompatible avec les besoins scientifiques de la psychiatrie. Il déclare que :

Une démarche tridimensionnelle, associant une observation prolongée et répétée, pendant une longue période, une réflexion sur le sens des symptômes et enfin la prise en compte, à la manière d'un peintre impressionniste, des émotions suscitées par l'enfant chez son thérapeute, observateur-participant, exige plus d'efforts et de temps. Beaucoup plus complexe, ce type d'évaluation engendre inévitablement des désaccords, par exemple sur le degré d'intelligence de l'enfant, sur son niveau d'angoisse [...] Elle oblige à multiplier les sous-groupes et, au bout du compte, à conclure qu'en dépit de points communs aucun autiste n'est semblable à l'autre.⁴⁵⁷

La clinique psychiatrique actuelle cherche à réduire le sujet au fonctionnement de son corps, plus précisément de son cerveau, le déssubjectivant. La résistance des parents à accepter

⁴⁵⁷ Hochmann, J., *Histoire de l'autisme*, op.cit. p.350

que l'enfant peut être aussi bien atteint de troubles psychiques et la convalescence de la communauté médicale sont à la base de ce glissement « handicapant » de l'enfant, qui passe de la place de sujets en devenir à celle des arriérés congénitaux. Selon Maud Mannoni, nous expérimentons déjà une « clinique sans sujet » dont le pari se fait uniquement sur le phénotype, pour éviter l'embarras. Et tout cela, selon elle, se fait en nom de l'efficacité de la science qui « n'advient qu'au prix considérable d'une suture de la subjectivité. »⁴⁵⁸ Nous comprenons maintenant pourquoi la démarche même de la clinique psychopathologique est naturellement contestataire face au désir de la psychiatrie de cerner objectivement la maladie mentale et de sa massification. Et, hélas, nous constatons qu'entre deux savoirs incompatibles, ce n'est pas toujours celui qui prime par l'humanisation du traitement qui prend l'essor.

Pour le retour d'une clinique du sujet

Hérité de la médecine antique, le terme clinique, dont l'étymologie du mot provient du latin *clinicus*, signifie la « médecine exercée près du lit du patient ». A l'origine, la technique clinique consistait à « s'incliner » (*klinein*) sur le lit (*kliné*) du malade qui souffre. L'analyse étymologique du mot nous apporte aussi un sens métaphorique : « dans l'acte clinique, il s'agit de s'incliner du haut de son savoir et de son pouvoir, au chevet du souffrant, pour d'abord le rencontrer ». Ce passage décrit le moment de la rencontre du savant avec le patient, inscrit dans une retrouvaille sans cesse de la spécificité humaine, comme la condition essentielle pour que la technique clinique et la théorie s'enlacent.

La rencontre est donc condition essentielle pour qu'un travail clinique ait lieu. Néanmoins, la rencontre porte des conditions pour qu'elle aussi ait sa légitimité, à savoir avoir non seulement les yeux bien ouverts pour observer les phénomènes présentés par le sujet malade, mais également les oreilles sensibles pour pouvoir extraire des éléments importants de son discours qui dévoilent le sens de sa maladie. Ces deux sens doivent jouer un rôle charnière, cette double sensibilité étant à la base de toute rencontre clinique véritable.

459

Dans la psychiatrie actuelle, on trouve un grand écart entre ces deux sens : on voit bien les phénomènes observables présentés par le patient, en revanche, on ne l'écoute plus. D'ailleurs, telle était la recommandation de Kraepelin, le père de la nosographie moderne, à ignorer la langue du malade comme excellente condition d'observation en « médecine

⁴⁵⁸ Mannoni, M. *L'enfant, sa maladie et les autres*. Paris : Seuil, 1967.

⁴⁵⁹ Green, A., *La pensée clinique*, Paris : Odile Jacob, 2002

mentale ». Ceci, selon le principe même de la rencontre, ne peut pas se configurer comme une technique clinique. On finit ainsi par constater que la psychiatrie actuelle s'impose très souvent comme une vérité établie en forme d'une pratique achevée.

C'est ainsi que nous concluons, qu'une technique clinique – une *tekhne* – « ne s'applique pas, n'a rien d'une recette, d'une méthode ou d'une technique (sauf peut-être à l'entendre au sens de Freud de *La technique analytique*), c'est un savoir-faire artisanal, quasiment l'action efficace de la main du sculpteur qui opère « *per via di levare* » »⁴⁶⁰. La technique clinique représente un *savoir-faire* propre à chacun, ne pouvant jamais être décrite de manière banale, superficielle et objective, car elle touche à ce qu'est essentiel à l'être humain, à savoir sa singularité face aux autres.

C'est donc l'unicité issue de chaque rencontre qui met constamment en question la théorie sur laquelle on doit s'appuyer pour la légitimer. Autrement dit, la pratique réamorce sans fin les questions théoriques et les concepts réinterrogent sans cesse la pratique. En tant que cliniciens, nous nous retrouvons face à un mouvement de constante collaboration réciproque entre la théorie et la pratique, ce qui rend nécessaire d'être conscient que ce hiatus entre eux ne pourra jamais être comblé. La clinique, en tant que rencontre avec la singularité de chacun, naît de cette surprise permanente et c'est elle qui donne de la mouvance nécessaire pour qu'un savoir ne se cristallise jamais. C'est ainsi que nous comprenons que l'observation clinique peut tantôt donner origine à une théorie tantôt la mettre en question. C'est aussi grâce à cette démarche et à ce qui apportent les patients, aussi bien de purs phénomènes visibles que par leur discours, que les théories se voient obligées constamment à opérer leurs propres révisions.

Une construction théorique ne doit se faire uniquement pour pouvoir mieux s'orienter dans l'expérience clinique et pas non plus pour servir comme un modèle à adapter aux divers cas, sans prendre en compte la nature de la pathologie et la parole du sujet. Ceci étant dit, la directive donnée aux praticiens nous apprend que ce qui s'établit d'après l'observation directe du malade doit porter plus de valeur que ce qu'on extrait de la théorie.

Nous trouvons là un reproche fait par Mannoni à propos de la pratique de certains cliniciens qui insistent à cocher des cases et à appliquer les théories « modulaires » sur des sujets et finissent pour perdre le sens de subjectivité. C'est ce que cette psychanalyste déclare, à la suite des enseignements de Freud : « la vérité d'une théorie, c'est la clinique (le patient) qui la détient [...] Le patient, loin d'être comme le voulut souvent la tradition psychiatrique

⁴⁶⁰ Royer, B et Mesquita, M. Formation et Transmission. *Institutions*, n° 48, 2001

un modèle pour illustrer la théorie, est celui grâce à qui les questions peuvent se poser : dans le déguisement du symptôme, sous forme d'énigme à déchiffrer. »⁴⁶¹ Selon elle, cette sorte de pratique – en tant que praxis, c'est-à-dire, action sous-tendue par une idée vers un résultat pratique attendu – est la responsable de provoquer dans les sciences de l'homme sa propre désobjectivation.

Porter une attention épurée sur la forme de fonctionnement de ces enfants, de ce qu'ils nous disent à travers leurs corps et leurs paroles, bien qu'ils semblent désordonnés, c'est déjà élaborer une prise en compte de leur souffrance psychique. Dès que nous prêtons notre attention à écouter et à regarder ce que l'autre a à exprimer, nous rentrons par là systématiquement et spontanément dans le champ du soin, et d'emblée, de l'humain.

Nous avons souhaité, dans cette troisième partie de l'étude, comprendre pourquoi les symptômes de l'autisme et de la psychose chez l'enfant sont encore si difficiles à être tranchés dans cette phase du développement, et ensuite démontrer les conséquences – ou même les dangers – de la disparition du terme de psychose infantile. Il faut laisser claire que ce n'est pas tout simplement le maintien du terme de psychose pour lequel nous plaidons ici, mais pour la possibilité de reconnaître chez l'enfant, quoique soit son diagnostic, une souffrance d'ordre psychique et de lui apporter la possibilité d'avoir une prise en charge adéquate à son cas, dans laquelle sa parole puisse être prise en compte et utilisée dans l'aménagement de sa cure.

⁴⁶¹ Mannoni, *Education Impossible*, Paris : Seuil, 1973, p.165

CHAPITRE 9

Autisme et psychose infantile : confusions symptomatologiques

Bien que la psychiatrie cherche à maîtriser la situation actuelle en mettant à distance les propositions dérangeantes des approches psychopathologiques et psychodynamiques, l'embarras lui arrive, malgré tout, à chaque fois qu'elle est confrontée, dans la clinique, à des cas-incognitos, dont les signes symptomatologiques ne correspondent pas exactement aux étiquettes préalablement déterminées. Force est de constater que cet embarras atteint également le cercle psychanalytique, lorsqu'on se tient à une analyse structurale inflexible et superficielle.

C'est donc la raison pour laquelle nous avons décidé de poursuivre notre recherche à partir de la confrontation de nos savoirs avec un cas de ce genre. Nous croyons que cela nous permettra d'approfondir notre pensée et d'ouvrir une parenthèse dans l'organisation nosographique psychiatrique, mettant en question la suprématie de cette clinique. En même temps, nous rappellerons qu'un regard plus subjectif devra rester toujours une pièce essentielle dans la conceptualisation et dans la prise en charge des maladies mentales infantiles.

Revenons donc sur le cas-incognito présenté brièvement à l'introduction de cette partie de l'étude. Cet enfant, que nous surnommerons Gabriel, provoquait les plus denses questionnements à tous ceux qui essayaient de comprendre l'énigme de la maladie mentale chez l'enfant. Nous tenons spécialement à ce cas par son côté énigmatique et par sa richesse d'éléments cliniques, ce qui nous a permis de voir plus loin que ce que propose la clinique psychiatrique actuelle avec ses nomenclatures floues et douteuses. C'est donc l'expérience clinique vécue auprès de ce petit garçon qui nous guidera tout au long de cette troisième partie de l'étude.

L'analyse de ce cas si intrigant et riche a été l'objet d'une recherche qui a précédé la présente, aboutissant à l'élaboration d'un mémoire de recherche. Ce sont les conclusions issues de

cette première analyse qui nous ont incités à l’approfondissement de ces questionnements car, au fur et à mesure que cette première question se faisait plus claire et intelligible, une autre y est émergait : si elles sont distinctes, alors pourquoi ces deux positions subjectives se confondent autant dans un niveau symptomatologique ? Cette étude nous a amené à la conclusion que l’élaboration d’une clinique différentielle entre autisme et psychose infantile est possible et même nécessaire. Ce long détour nous a permis, au long des années, de confronter ce cas à d’autres observations d’enfants psychotiques et autistes. Aujourd’hui, sous un éclairage nouveau à certaines notions psy, et avec le temps de murissement et de réflexions, nous avançons dans cette réflexion.

Saisir la différence fondamentale qui les sépare et la particularité de leurs fonctionnements, nous paraît la seule démarche possible pour aborder la psychopathologie infantile et démontrer l’importance de la théorie psychanalytique dans le champ de la psychiatrie. C’est pour cette raison que nous proposons d’élaborer, dans cette partie de l’étude, une analyse clinique de ce cas – reprenant le vrai sens du mot – comme seule façon à comprendre ce qui se joue dans cette confusion symptomatologique entre autisme et psychose infantile.

1. L’ANALYSE DU CAS GABRIEL

L’accompagnement auprès de Gabriel s’est déroulé pendant toute une année scolaire, cinq jours sur sept, quatre heures par matinée. La longue durée de cette expérience nous oblige à sélectionner les événements selon le degré d’importance et de les regrouper conformément aux objectifs et intérêts de notre recherche, tout en respectant son ordre chronologique. Nous allons donc présenter le cas clinique de Gabriel en sept moments, suivis, chacun, d’une brève analyse qui tiendra surtout au référentiel psychanalytique.

1. Initialement, nous allons présenter le cadre institutionnel dans lequel s’est déroulé ce cas clinique, en exposant ses particularités face aux cadres cliniques conventionnels, ainsi que les entraves et les possibilités pour la mise en place d’un travail élaboré sous la lumière psychanalytique.
2. Ensuite, nous intégrerons le cas proprement dit qui sera analysé selon les éléments de l’analyse structurale réalisée précédemment. Nous allons y percevoir très clairement une confusion symptomatologique entre les signes d’autisme et psychose infantile. Ce moment comprend les premières semaines d’accompagnement thérapeutique.
3. En établissant déjà une écoute psychodynamique, nous creuserons les brèches psychiques laissées par Gabriel, à travers le travail réalisé avec son double. C’est par ce biais que nous

montrons le caractère superficiel et trompeur qui peut engendrer une analyse clinique purement phénoménologique et réaffirmer l'importance d'une analyse structurale.

4. Bien qu'elles soient ponctuelles au long de toute l'année, les rencontres avec les membres de la famille de Gabriel nous apportent une vision plus contextualisée de son environnement familial, ainsi que du reflet de celui-ci sur sa symptomatologie. C'est dans ce quatrième moment qu'un regard psychanalytique du cas s'avèrera plus que jamais pertinent.
5. Le cinquième moment sera dédié à l'analyse de la relation transférentielle établie par Gabriel, outil essentiel qui nous amène à l'aménagement d'une cure. Les événements qui y seront décrits ont eu lieu à partir du deuxième semestre de l'année scolaire.
6. L'avant-dernier moment montre l'évolution du développement de Gabriel, avec le dénouement de quelques nœuds psychiques qui ont permis l'éclosion de nouveaux sentiments chez lui, ainsi que la disparition de quelques symptômes et l'atténuation d'autres. Cette évolution du développement de Gabriel se fait nettement percevable tout au long des derniers mois de l'année scolaire, apparaissant concomitamment au travail établi par le transfert.
7. Enfin, nous arrivons au dernier moment qui vient clôturer le cas en même temps que l'année scolaire. Là, nous exposerons le travail de détachement des liens transférentiels qui a été fait auprès de Gabriel ainsi qu'un temps a posteriori, où nous avons pu connaître l'évolution de son cas dans les deux années suivantes. C'est l'achèvement questionnable de la prise en charge de ce garçon qui provoque chez nous une profonde réflexion et qui donne naissance au présent travail de recherche.

Le cadre clinique

Il y a bientôt une dizaine d'années, alors que j'étais encore étudiante en psychologie, en formation, j'ai entamé un long stage qui consistait à promouvoir l'insertion des enfants présentant des troubles du développement dans une école d'éducation régulière, qui soutenait cette proposition éducative.⁴⁶² Les troubles du développement présentés par les enfants qui s'y trouvaient, étaient les plus variés : paralysie cérébrale, trisomie 21, autisme, psychose, dyslexie, etc. Chaque enfant intégrait une classe différente. L'objectif du stage visait l'accompagnement de ces enfants en classe, tous les matins, pendant toute la semaine, en vue de les aider dans

⁴⁶² Il s'agit d'une école privée, qui reçoit des enfants dès la maternelle jusqu'à la primaire. Cette école est localisée à Fortaleza, au Brésil.

leurs activités quotidiennes et faciliter leur intégration dans le groupe d'enfants. Un groupe de stagiaires a été formé au début de l'année, où chacun devait prendre en charge, pendant toute l'année, un enfant choisi par l'équipe psychopédagogique, quoique l'accompagnement de tous les cas se fût en groupe de stagiaires et professionnels dans les réunions de supervision. La sélection était faite par l'école et nullement par les familles. Celles-ci étaient chargées seulement de verser un salaire aux stagiaires.

Agé de huit ans, Gabriel m'avait été présenté par la direction de l'école comme un enfant autiste atypique dont le comportement particulièrement difficile oscillait beaucoup entre des états très régressifs et, parfois, de haut niveau, ce qui mettait tout le monde en garde quant à l'usage des termes nosologiques qui pouvaient définir son trouble. Dans le doute, l'équipe préférait présenter Gabriel comme un enfant autiste à cause de la présence claire de traits caractéristiques d'un retrait autistique.

Dans une brève recherche dans les archives de l'école, j'ai pu consulter les rapports descriptifs de ses années scolaires précédentes. Parmi les documents que j'ai trouvés, la photocopie du diagnostic récent établi par son pédopsychiatre constatait le syndrome d'Asperger comme trouble envahissant du développement. En tout cas, ses traits phénoménologiques d'isolement et écholalie permettaient aux professionnels, en règle générale, moins soucieux d'un diagnostic, de se référer à lui comme un enfant autiste, simplement.

Gabriel avait intégré cette école à l'âge de 5 ans, présentant depuis toujours des traits qui compromettaient son développement et qui rendaient essentiel l'accompagnement par une stagiaire. Les registres parlent peu d'une évolution de son développement au long de ces trois ans d'intervention thérapeutique. Selon les informations de la famille reçues par l'école, Gabriel suivait aussi des séances hebdomadaires chez une psychanalyste et aussi chez un ergothérapeute. Il fréquentait également, depuis un an, un centre d'équithérapie, dont le travail consiste dans l'utilisation de chevaux pour réhabiliter et améliorer la qualité de vie des personnes avec des besoins spéciaux. L'essai d'intégrer Gabriel à une école régulière représentait un désir de la famille de le maintenir éloigné des services pédopsychiatriques.

C'est donc avec ce nombre d'informations limitées et une pratique d'intervention prédéfinie qui ne portait aucune empreinte psychanalytique que j'ai entamé mon stage. Dans ce contexte, j'ai identifié quelques entraves à l'application d'une écoute psychanalytique, mais, malgré les contraintes, j'y ai trouvé également un terrain propice pour l'élaboration d'une prise en charge avec des enfants malades mentaux.

L'insertion scolaire : un champ de possibilités et d'entraves à la psychanalyse

Observons davantage que le cas clinique auquel nous irons nous pencher au long de ce chapitre sort du cadre clinique classique, où les rencontres se passent en forme de séances, soit dans les cabinets, soit dans des institutions en santé mentale. Il est important de souligner que ce travail n'a aucunement une demande clinique préalable, encore moins en ce qui concerne la psychanalyse.

En fait, l'insertion scolaire découle du mouvement antipsychiatrique, appuyé sur un idéal philosophique qui prétendait atteindre, dans les années 70, une société égalitaire capable de valoriser ses diversités. L'insertion scolaire a donc pour but d'insérer des enfants en milieu scolaire régulier pour éviter qu'ils s'enferment, depuis très tôt, dans des institutions pour des malades, provoquant ainsi leurs exclusions du milieu social. Avec le temps, cette pratique a beaucoup perdu de ces idéaux philosophiques et apparaît, très souvent, réduite à une pratique d'adaptation de l'enfant à sa vie quotidienne. Renforcé par le contexte éducatif et par les nouvelles techniques éducatives qui utilisent très souvent des techniques basées sur le renforcement des bons comportements et la punition des mauvais afin d'obtenir des réponses plus objectives de la part de l'élève, l'accompagnement thérapeutique des enfants malades mentaux finit par ne plus trouver de place à une écoute de la souffrance du sujet, car cette dernière pratique n'obéit pas aux critères objectifs de l'apprentissage.

Il est important d'exposer que l'école ne nous imposait pas une technique précise de travail et, en ce qui concerne précisément l'accompagnement des enfants autistes, les méthodes éducatives – techniques cognitivo-comportementales – pouvaient être très bien appliquées selon l'envie du stagiaire, sans aucune résistance de l'équipe dirigeante. Ce qui n'était pas pareil pour l'application d'un regard et d'une écoute étayée sur la théorie psychanalytique. *Grosso modo*, il s'agissait là d'un travail institutionnel pédagogique dont le but ne prétendait pas atteindre une cure thérapeutique – dans le sens propre du terme soigner, du grec *therapeia* –, mais simplement une meilleure adaptation de ces enfants dans le milieu scolaire.

Pour ma part, je me demandais si, dans un tel contexte institutionnel, une analyse clinique approfondie pouvait avoir lieu car rien ici ne m'autoriserait à me mettre à la place de celle qui viendrait intervenir sur la souffrance psychique de Gabriel, encore tellement énigmatique à toute son entourage. En suivant la perspective de la pensée clinique, André Green reconnaît que la pensée clinique dépend des caractéristiques du champ dans lequel le psychanalyste est amené à travailler, et déclare qu'un travail clinique ne se réduit pas seulement à déchiffrer le code de la structuration du

monde interne du patient, mais, en se fondant sur les enseignements de la cure, de se préoccuper du rôle des échanges entre l'analyste et l'analysant sur l'issue de la cure.⁴⁶³

D'un côté, ces conditions viennent limiter l'analyse du cas, puisque je n'ai pas pu avoir accès à des éléments importants si l'on compare à une analyse clinique classique, comme ceux qui concernent l'histoire de vie de l'enfant et le rapport qui se tisse entre la maladie de l'enfant dans la toile familiale. En revanche, ce handicap peut représenter aussi une façon de se poser autrement sur le moment présent de l'enfant, sans avoir besoin d'avoir recours à d'autres moments de son histoire. Ceci peut aussi être vu comme une possibilité, un champ d'ouverture, à travailler la rencontre avec l'enfant selon ce qu'il apporte, dans le moment présent. En outre, en ce qui concerne le contexte scolaire, les enseignements du *Grupo Ponte* nous apprennent que celui-ci est un terrain plutôt favorable au bon développement de l'enfant malade qui est invité inévitablement à s'inclure dans une collectivité, dans le cadre de la loi, et cela d'une manière plus souple.⁴⁶⁴

Nous pouvons considérer également qu'une étroite brèche à ce sujet a été laissée par l'équipe psychopédagogique lorsque celle-ci a souhaité sélectionner pour le cas de Gabriel un stagiaire en psychologie plutôt qu'un en formation d'éducateur. Face à un cas si difficile à cerner dont nulle demande ne se manifestait, faisant en sorte que les échecs soient donnés davantage, l'équipe a compris que nul travail pédagogique ne pouvait être effectué auprès de ce garçon avant de voir s'élaborer une réelle demande de sa part. Il reste sous-entendu qu'un regard clinique plus épuré était un facteur indispensable à la prise en charge de ce garçon.

Premiers contacts et premières impressions

Lorsque je rencontre Gabriel pour la première fois, il se retrouve en classe, assis à une table avec les autres élèves. Je vois un garçon de haute stature par rapport aux autres enfants qui l'entourent, mais si mince qu'on pouvait compter, en un coup d'œil, les petits os de sa colonne vertébrale qui dépassaient le col de son t-shirt. A ce moment-

⁴⁶³ Green, A., *La pensée clinique. op.cit.*

⁴⁶⁴ En association avec l'institution *Lugar de Vida*, le *Grupo Ponte* a été créé en 1995, à São Paulo, afin d'aider l'éducateur dans sa difficile tâche de faire avancer les impasses qui émergent dans le processus d'insertion scolaire des enfants malades mentaux. Les professionnels se trouvent dans l'interface de la psychanalyse et l'éducation qui se montre, de plus en plus, comme un champ fécond pour penser le rapport entre thérapeutique et éducation. Dans cette perspective, l'école est vu comme un endroit essentiel pour le développement de l'enfant, car celle-ci lui offre de la culture, lui impose les règles nécessaires à la socialisation, ainsi que l'élaboration d'une production symbolique en dehors du sein de la famille. D'un autre côté, le groupe investit dans l'écoute des professionnels et des enfants qui sont suivis au *Lugar de Vida*. Ainsi, l'équipe propose une complémentarité entre ces deux champs de savoirs, résultant à ce qu'ils appellent l'Education Thérapeutique. Bartolozzi Bastos, M., *Inclusão escolar. Pensando a escuta analítica no trabalho com professores*. Anais do IV Colóquio do LEPSI, São Paulo : USP, 2004.

là, le groupe prépare une activité collective, mais Gabriel semble ne pas les accompagner, restant restreint à son monde.

Je les rejoins, invitée par les autres enfants qui se montrent euphoriques par une nouvelle présence en classe. Ce sont eux qui me présentent à Gabriel comme sa nouvelle stagiaire. Je m'assois alors à son côté, mais il ne manifeste aucune réaction à ma présence, ni bonne ni mauvaise, ni d'attraction ni de refus. Cette même réaction concerne aussi les autres. Il ne s'adresse à personne. Gabriel passe un moment entouré d'enfants (la classe comptait plus d'une vingtaine d'élèves), mais, pendant longtemps, je garde l'impression qu'il est tout seul dans son univers. La présence physique des autres ne semble pas le déranger. Au contraire, Gabriel cherche toujours à être parmi les enfants malgré son refus de bien interagir avec eux.

Ses collègues semblent bien l'accepter, et malgré ses difficultés relationnelles, essayent de l'intégrer au groupe. Certains font preuve de sagesse et affirment comprendre ses limitations et proposent leur aide dès qu'ils ressentent que Gabriel semble en avoir besoin. Un air de cordialité est instauré entre les enfants vis-à-vis de Gabriel. Cependant, ceux-ci gardent une certaine méfiance lorsqu'il donne des signes d'impatience et de retrait. « *Dans ce cas, disent-ils, il vaut mieux s'éloigner et le laisser tranquille.* » D'après eux, dans des moments d'irruption, Gabriel peut manifester des réactions subites d'agressivité surtout contre les filles, sans avoir d'événements déclencheurs. Pour cette raison, celles-ci sont plus réticentes que les garçons à établir un contact avec Gabriel, gardent une certaine distance, et affirment quelques fois en avoir peur de s'en approcher. D'autres enfants encore, prennent une posture moqueuse face aux bizarreries de Gabriel, déclarant que la raison pour laquelle Gabriel marche et parle comme un « robot » est la conséquence d'un « *cerveau abîmé, écrasé et fondu* » : « *Il n'est pas normal. Il n'est pas comme nous !* », déclare son collègue.

Contrairement aux enfants autistes typiques, Gabriel reste avec sa tête levée, sans avoir besoin de cacher son regard, ce qui m'a permis d'avoir de « possibles » contacts visuels avec lui dans la journée. Notre premier échange de regard révèle un petit garçon au regard mystérieux et tout autant déficient. Il présente un fort strabisme à l'œil gauche, ce qui me donne immédiatement la sensation qu'il me regarde et que, tout à la fois, il regarde le vide.

En revanche, il supporte assez mal le contact physique initié par l'autre, par la surprise. Il supporte aussi mal les bruits trop forts, comme les cris d'une foule d'enfants ou les bruits de sirène. Selon les enfants, il ne faut jamais contrarier Gabriel ou le forcer à faire des choses qu'il n'aimait pas. Ils racontent, que dans les deux cas, il devient

perturbé et rentre dans un état d'agitation profonde, en tapant sa tête contre le mur et en criant tellement fort que toute l'école peut l'entendre.

Gabriel n'est pas non plus mutique. Bien au contraire, il démontre avoir même une aisance dans la langue portugaise, pouvant se servir de mots bien sophistiqués par rapport aux garçons de son âge. Il parle beaucoup, tout le temps (même si c'est pour parler tout seul), et garde un vocabulaire assez riche, mais pas toujours raffiné, car les gros mots surgissent assez régulièrement. Néanmoins, l'impression d'un premier moment me renvoie à l'idée d'une parole toute aussi vide, pleine d'écholalies, où rares sont les fois où il l'utilise pour établir une communication cohérente avec les autres. Il passe son temps à répéter les slogans de quelques publicités et quelques phrases de personnages de feuilletons et peut passer longtemps à raconter des histoires « fantastiques » qu'il lui-même inventait.

Cependant, il y a une autre importante remarque qu'il faut faire par rapport à son langage. Gabriel présente une dyslalie, trouble de la communication très fréquente chez les enfants qui se caractérise par une difficulté à prononcer certains phonèmes. En l'occurrence, Gabriel remplace la lettre « R » par le « L », comme le faisait *Cebolinha*, un personnage de bande dessinée brésilienne destinée au public infantile et immortalisé par sa drôle de façon de parler. Ceci a le même effet sur la parole de Gabriel.

Ce garçon peut présenter certains comportements stéréotypés comme quand il passe longtemps à faire des dessins dans l'air. Il garde un petit sourire qui exprime une sensation de plaisir mais qui ne peut être guère partagée avec qui que ce soit. Il est dans son univers à lui et lorsqu'on lui demande ce que ses dessins dans l'air veulent dire, il l'interrompt et ne répond jamais. Au-delà de la bizarrerie, Gabriel présente très souvent des comportements aberrants et dégoûtants, comme lécher le tableau noir, les sols de la classe et aussi la semelle de ses chaussures, toujours avec un regard provocateur.

Pire que de lécher des choses dégoûtantes, parfois Gabriel se met à manger des objets non-comestibles. Il a l'habitude de manger les mines de crayons à papier et les craies qui restent au tableau noir. Souvent, on entend des cris qui disent : « *Mais non ! Maîtresse, Gabriel a mangé la mine de mon crayon !* ». Les enfants détestent voir leurs crayons détruits par Gabriel. Et cela devient encore pire quand ce sont les très beaux crayons des filles qui se font avaler. Dans ces cas, elles se mettent à pleurer. Pour cette raison, tous ses collègues font très attention quand Gabriel passe et ils cachent tous leurs crayons. Remarque : il est le seul enfant de toute la classe qui n'a pas de trousse. A chaque fois, la maîtresse doit lui prêter un crayon pour la réalisation des activités

scolaires, sous recommandation qu'il ne soit pas mangé et qu'il soit rendu à la fin de chaque activité.

Dans la cour de récréation, je peux observer Gabriel inséré dans un univers plus détendu, puisqu'il s'agit là d'un moment où tous les enfants, de toutes les classes, se retrouvent pour jouer ensemble. Comme en classe, il peut rester entouré d'enfants mais il ne cherche pas à interagir avec eux. Je remarque qu'il cherche plutôt la présence des adultes, maîtresses et stagiaires, qui se réunissent sur un banc pour surveiller les enfants en récréation. Il se met donc à répéter ses phrases dont les adultes sont « bon public ». Les maîtresses et stagiaires trouvent surtout drôle le fait de voir un enfant qui se met dans la peau d'un adulte et qui parle comme tel. Motivé par les sourires des adultes, Gabriel manifeste une certaine jouissance à leur adresser la parole, dans une conversation où le sujet est forcément imposé par lui.

J'ai observé également que Gabriel présente une forte agitation motrice et marche d'un côté à l'autre, en traînant légèrement l'une de ses jambes, dans une marche maladroite. Même quand il reste arrêté, il tape ses mains au même temps qu'il lance une de ses jambes devant, dans un mouvement synchronisé. Il a besoin d'être en mouvement. Je remarque également qu'il présente un grand déséquilibre corporel et cela me donne toujours l'impression qu'il peut tomber à n'importe quel moment. Malgré cela, très souvent, sans avoir peur de tomber, Gabriel saute comme s'il imitait un joueur de foot qui commémore un but. Cependant, au moment de descendre le petit escalier de trois marches qui se trouve devant la classe, il a besoin d'un support pour s'appuyer, car son manque d'équilibre lui donne une certaine insécurité dans ses mouvements. S'il n'en trouve pas, il n'hésitait pas à franchir le pas en me tenant la main. Dans ce cas, le contact physique se passe plutôt bien, tout en restant très ponctuel.

Pendant les premiers mois d'accompagnement, le rapport entretenu avec Gabriel semble superficiel. Tous les matins, son arrivée à l'école a l'air ritualisée. A côté de son père, il marche doucement répétant les mêmes gestes : il passe l'une de ses mains sur son visage, respire profondément et ouvre ses bras comme s'il prenait son envol. De cette façon, il traverse le couloir, croisant les gens sans exprimer aucune réaction. Il ne regarde personne. Au moment de son accueil, quoique je fasse ou dise, aucune réaction ne se produit chez lui.

Il n'ignore pas seulement ma présence mais aussi toutes mes demandes qui lui sont adressées. Si j'en demande trop, l'indifférence de Gabriel peut rapidement se transformer en hostilité vis-à-vis de moi, empêchant toute manifestation de proximité de ma part, que cela soit physique ou émotionnelle. J'essaye de me tenir en retrait afin

de ne pas envahir cet espace si surveillé et réactif, mais dès qu'il faut franchir cette limite, pour des raisons majeures, j'anticipe d'entendre des phrases « prêtes », qu'on dirait issues d'un film : « *Ne me touche pas !* », « *Comment oses-tu me toucher ?* », « *Maudite ! Éloigne-toi de moi !* », « *Enlève tes mains immondes de moi !* ». Celles-ci viennent toujours accompagnées d'un regard haineux. Si j'insiste, il peut aussi me dire les pires insultes possibles. Au pire, il peut passer à l'acte et essayer de m'atteindre avec de forts coups de poing sur la tête ou sur le ventre, ou encore, de coups de pied sur aux jambes.

Outre les risques d'agressions, il faut rester également attentif au sens trompeur que peuvent avoir ses phrases. Comme si soudain il décide de sortir de sa coquille, nous faisant croire qu'il donne des ouvertures à un possible lien, Gabriel entame de courts dialogues d'un air « normal » qui entraînent les gens dans une conversation. Cependant, celles-ci finissent souvent mal. Il s'agit là, en fait, d'une forme assez paradoxale consistant à s'approcher de personnes pour leur confirmer son envie de maintenir la distance. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il me demande :

G. : Est-ce que tu savais que j'ai de nouvelles chaussures?

M. : Cool! Tu as de nouvelles chaussures ?! Fais-moi voir.

G. : Oui, bien sûr. Regarde-les.

M : Qu'elles sont belles !

G. : Veux-tu avoir un coup de pied avec ?

Cette agressivité fait partie de son discours qui, tantôt semble préparé d'avance, bien élaborée, mais, tantôt apparaît de forme « crue » sous un autre discours où il apparaît impliqué. A ces moments-là, son caractère indifférent est dévoilé par un caractère dépressif. Souvent, lors des activités, il se laisse envahir par ses pensées et exprime son mécontentement envers la vie, et surtout le fait de devoir être à l'école. Il détourne les histoires et contes proposés dans les activités de classe, pour raconter les siennes où il commette des attentats contre l'école, soit par le feu soit par des explosifs, provoquant la mort de tous ceux qui s'y trouvent. Ces idées agressives et, parfois, dépressives l'accompagnent tout le temps. Il répète toujours : « *Je déteste cette école!* », « *Je te déteste !* », « *Je déteste ces copains!* », « *Je déteste les personnes !* ». Son langage est toujours utilisé pour exprimer ce qu'il déteste et rarement ce qu'il aime. Lorsqu'il se laisse aller par quelque chose qui attire son attention, il essaye de bien dissimuler à son

entourage ses réactions de plaisir et d'intérêt. Les moments de plaisir vécus par Gabriel, ne sont pas exprimés par des mots.

Un autre détail qu'il faut absolument connaître à propos de Gabriel c'est son aversion aux jeux. Pourtant, l'acte de jouer est la chose la plus courante lorsqu'on s'occupe d'enfants, me amenant très souvent à être confrontée à des embarras. Même en étant prévenue par les autres enfants qu'il valait mieux ne pas prononcer le mot jouer devant lui, je le laissais échapper, de temps en temps, sous d'autres formes, sans m'en rendre compte. Cela a été le cas, lorsque jouant avec les autres enfants, je l'invite à se rapprocher du groupe en disant : « *Gabriel, on joue aux jeux de dame. Viens, si tu veux nous rejoindre.* » Mon intention, à ce moment-là, n'est surtout pas de l'inviter à jouer, mais seulement qu'il s'approche du groupe. Peu importe, sa réaction est immédiate. Gabriel s'énerve et tape fortement la boîte où se trouve le jeu, faisant voler en éclats toutes les pièces. Ensuite, il répète plusieurs fois avec beaucoup de colère et un niveau de tension extrême : « *Je n'aime pas jouer ! Je n'aime pas jouer !* ». J'interviens vite pour le calmer. Ensuite, il reprend son retrait.

Outre le jeu, Gabriel présente aussi d'autres types d'aversion comme manger, par exemple. Aux heures de goûter, Gabriel ne mange rien. La maîtresse m'explique qu'il mange difficilement des aliments solides. Son goûter se résume à un jus de fruit. Si l'on insiste, il crie fort : « *Je ne veux pas manger !* » « *Je n'aime pas manger !* » « *Je veux mourir !* » « *Je veux devenir un cure-dents !* ». Cependant, j'observe qu'il peut aller chercher, des fois, discrètement, les gâteaux ou les miettes de ses collègues, mais jamais ceux qui sont préparés par ses parents.

Selon les informations de la famille, Gabriel n'a jamais été un gros mangeur et a toujours eu des difficultés pour accepter de manger. Mais les derniers temps s'avéraient particulièrement difficile, car il refusait nettement toute sorte d'aliment solide, ce qui rendait les heures de repas très difficiles et angoissantes pour ceux qui l'accompagnaient. Etant déjà un enfant très mince, la famille craignait sa perte de poids.

J'observe que, malgré son enfermement, Gabriel a quelque chose à dire sur sa résistance à se nourrir. Deux jours après être mise au courant sur les observations de la famille de Gabriel à propos de son alimentation, il choisit curieusement un livre dont le titre est *Le monde des aliments* et me demande de le lire. Ce livre raconte l'histoire d'un petit garçon qui commence à connaître le goût, les formes et l'origine des aliments. À la fin, je lui demande de me raconter l'histoire à sa façon, à partir de ce qu'il voit dans les images. Il l'accepte et le nomme *Le pays des fruits*. Il me raconte alors l'histoire de José, un petit garçon qui n'aimait pas manger et qui, parfois, jetait la tarte contre le mur et

pleurait parce que ses parents le forçaient à manger. À la fin de l'histoire, le garçon vomissait sur la table, en attristant sa mère.

Son aversion pour les aliments se montre particulièrement extrême, comme lorsque Gabriel s'énerve du simple fait écouter les enfants chanter des chansons infantiles faites pour stimuler l'appétit aux heures de goûter. Il le prend comme une incitation à manger et ordonne à tous de l'arrêter de chanter, tout en criant « *Arrêtez cette musique insupportable ! Je déteste manger !* ». En revanche, il adore boire. Il utilise n'importe quelle occasion où il boit des liquides pour dire que c'est de la bière. En classe, je reçois la recommandation de bien surveiller lorsqu'il s'approche du distributeur d'eau. Gabriel est capable de boire plusieurs verres d'eau, l'un après l'autre, voire des litres, tout en répétant à la fin de chaque verre : « *Ah ! Que c'est bon ! Vous voulez une petite bière gelée ?* ». Empêché de continuer, il dit : « *Je suis très ivre* » et part en marchant de travers.

Selon la maîtresse, il s'agit d'une de ses stratégies pour aller plusieurs fois aux toilettes et fuir ses devoirs. Une certaine fois, dans un de ses conversations arrangée qui semblaient plus à un monologues, Gabriel me révèle la raison pour laquelle il buvait énormément d'eau. Il s'approche de moi, il met son verre d'eau sur la table, me regard et dit : « *Tu savais que pour vivre, il faut boire beaucoup d'eau ?* ». Il y a là certainement une grande contradiction par rapport à son envie de vie et de mort. Il ne mangeait pas parce qu'il voulait mourir, par contre il buvait beaucoup d'eau pour vivre. En tout cas, cette révélation me laisse au fond un certain réconfort par rapport à ses manifestations dépressives.

Son allure dépressive est observée clairement dans les activités de contes et histoires. Il a l'habitude d'interrompre les activités qu'on réalise ensemble sont fréquemment interrompues et détournées par ses histoires fantastiques. Très longues, ses histoires commencent toujours avec la même délicatesse des contes de fées, d'une façon très aimable, cependant, au fur et à mesure, des tournures terrifiantes émergent du rien, faisant en sorte que l'histoire soit clôturée toujours par un désastre. Je cite l'exemple de l'histoire du petit lapin tout blanc qui habitait dans la forêt, mais qui au long de l'histoire, devenait un gros lapin méchant qui tuait les personnes, en les dépeçant leurs têtes. Alors, à la fin de l'histoire, il y avait du sang partout. Dans ces cas, je me vois obligée à interrompre l'histoire, car les autres enfants ont l'air terrifiés.

D'autres histoires, par contre, pouvaient l'attirer l'attention de telle façon où il s'y projetait. Il montrait de l'intérêt pour les histoires des livres infantiles que j'utilisais souvent dans les travaux de classe. Dans toutes les histoires, Gabriel disait que les

personnages étaient en train de pleurer parce qu'ils avaient perdu leurs parents. Ce discours se répétait même quand les personnages avaient l'air content dans les illustrations. Parmi les contes et histoires infantiles, il y en avait une qui la touchait particulièrement. C'était l'histoire du *Vilain Petit Canard*. Gabriel me demandait toujours de raconter cette histoire et même, de la relire plusieurs fois au cours de la même matinée. Il y avait une partie de l'histoire qui attirait spécialement son attention. C'était quand le vilain petit canard s'arrête dans la forêt et pleure tout seul, après avoir été rejeté par sa famille. Sur l'illustration, la larme qui tombait de ses yeux mouillait une feuille. Gabriel passait longtemps en touchant de son doigt le dessin de la larme, et il disait: « *Le vilain petit canard est triste.* » ; « *sa larme mouille la feuille.* » ; « *Tous se moquent de lui* ». J'observais que la situation d'abandon du vilain petit canard, lorsqu'il se retrouvait tout seul en plein milieu d'un champ, le touchait énormément.

Gabriel présente d'autres formes de « faux dialogues » pour se présenter aux gens. Il m'invite à venir à sa fête d'anniversaire presque tous les jours, reproduisant toujours le même discours :

G. : Demain, c'est mon anniversaire.

M. : Bien...

G. : Veux-tu y venir?

M. : Avec plaisir.

G. : Je vais fêter mon 41^{ème} anniversaire.

M. : Ah, bon...

G. : Oui, j'ai 40 ans.

Voyons qu'il n'a pas seulement un vocabulaire d'adulte, mais il se présente en tant que tel. Par ailleurs, il n'est pas seulement un homme quarantenaire, mais aussi un homme marié, comme il fait question de le répéter à tous ceux qui s'approchent de lui.

G. : Savais-tu que je suis marié ?

M. : Bah, non... ça me semble encore tellement tôt pour toi, non ?

Gabriel suivait la conversation sans faire attention à ce qui je répondais : Ma femme s'appelle Patricia Gomes.

M. :(étonnement)

G. : Patricia est enceinte et on va bientôt avoir un enfant.

G. : Regarde mon alliance. Elle est belle, non ? Elle est faite d'or et elle brille beaucoup (A ce moment-là, il regardait sa main d'un regard hallucinatoire).

Ces phrases font partie du quotidien de Gabriel. Il les répète tout le temps et tous à l'école connaissent déjà son amour pour Patricia Gomes. La fréquence de répétition de ces phrases et la conviction que Gabriel porte lorsqu'il les prononce, garde une allure délirante, d'un délire érotomane.⁴⁶⁵ La question que tout le monde se posait était d'où venait cette passion de Gabriel pour cette femme. Personne ne pouvait y répondre. En tout cas, c'était impossible de ne pas reconnaître son côté drôle, ce qui amusait normalement beaucoup les maîtresses et les stagiaires.

En fait, Patricia Gomes n'était pas simplement un personnage de son imagination, mais elle existait en vérité. Elle était une très importante femme politique de notre État. Son influence venait de son mariage avec l'un de plus importants hommes politiques du pays. Comme première dame, elle a été bien appréciée par le peuple, par son dévouement aux travaux sociaux et par sa préoccupation avec les problèmes de la population. Après quelques années, elle a lancé sa candidature comme Sénatrice de l'État. Elle a été élue avec une énorme quantité de votes ce qui l'a transformée, sans doute, en une femme de remarque dans le scénario politique brésilien.

Dans son discours énigmatique, je remarque que Gabriel se projette souvent dans la fiction mélangeant ses fantaisies avec les *télenovelas*. Il dit souvent que l'un des personnages d'un feuilleton qui était diffusé à ce moment-là était son père. Celui-ci était Lineu Vasconcelos. Il s'agissait là d'un drame autour d'un personnage qui avait été assassiné et dont le mystère de la trame policière était de savoir qui l'avait tué. Ceci faisait l'objet d'un grand mystère qui passionnait tout le pays, (les feuilletons faisant partie des habitudes quotidiennes des brésiliens) dont les radios et la télé incitait au mystère « *Qui a tué Lineu Vasconcelos?* ». Gabriel me demande un jour :

G. : Sais-tu qui a tué mon père ?

M. : Je ne sais pas de quoi tu parles...

G. : Mon père, Lineu Vasconcelos.

G. : Est-ce que c'est toi qui l'as assassiné ?

⁴⁶⁵ L'érotomanie a été décrite par la première fois par le psychiatre français Gaëtan de Clérambault dans son texte *Les délires passionnels*, en 1921. Ce trouble délirant, souvent associé aux symptômes d'une psychose, consiste dans une profonde conviction illusoire du malade d'être aimé par un autre individu, habituellement inconnu ou une personnalité. Clérambault, G. *Les délires passionnels*, Bulletin de la société clinique de médecine mentale, 1921.

M. : Non, désolée. Je n'ai rien à voir avec cette affaire.

G. : menteuse ! Je sais que c'est toi qui as tué mon père.

Gabriel alterne normalement ses comportements entre la colère et l'isolement. Mais d'autres formes de bizarrerie y pouvaient être décrites, comme des comportements de caractère hallucinatoire. Sa passion pour la télé provoquait chez lui une confusion entre la fiction et la réalité. Il n'a pas seulement répétait le discours des personnages de telenovelas et de films, mais aussi il pouvait incorporer le personnage, dans des moments ponctuels. C'est le cas de Jésus Christ. Il avait l'habitude de s'allonger par terre aux bras écartés, avec une respiration fulgurante et regardant fixement le plafond jusqu'à que je le ramasse. A ce moment-là, il présentait un corps évanoui glissant entre mes mains. Il se levait et entamait encore un autre « faux dialogue ».

G. : As-tu déjà regardé le film « La passion du Christ » ?

M. : Oui.

G. : Il y a des scènes très fortes, tu les as vues ?

La représentation de la croix le poursuivait aussi dans d'autres comportements bizarres. Dès qu'il avait l'opportunité d'attraper les pinceaux de la maîtresse, il faisait de traits en forme de croix sur son corps et sur sa chemise. Il restait sans rien dire dans un coin tout seul, regard fixe, en mâchant sa chemise au point qu'elle devienne toute mouillée. Ce comportement était souvent suivi par des appels à l'ordre, le faisant entrer dans un état émotionnel décompensé. Et d'ailleurs, l'ordre c'était quelque chose qu'il avait l'habitude d'affronter.

J'observe une particularité dans sa relation avec les crayons et les couleurs. Il dit détester les crayons et surtout ceux en couleurs. Il dit aussi souvent que la seule couleur qu'il aime est la couleur bleue. Il ne faut donc surtout pas oser à lui proposer de colorer un arbre, par exemple, en vert. Elle sera impérativement bleue ! Faute d'avoir des fois le crayon en couleur bleue, il peut utiliser d'autres couleurs, mais toujours en rappelant : « *Je n'aime pas les couleurs* », « *La seule que j'aime, c'est la bleue.* » Nous tombons par là sur une autre contradiction de ses comportements puisqu'en même temps qu'il dit les détester, il était capable de les ingérer de telle façon que, selon sa mère, il faisait souvent un « caca tout coloré ».

Les dessins de Gabriel apparaissent très souvent sans forme et incompréhensibles. Je remarque que ses dessins de la figure humaine sont encore très

primitifs et disproportionnel pour un enfant à son âge. Une autre particularité trouvée dans ses dessins est le fait que tout ce qu'il dessine, ou me demande de dessiner, apparaît en pleurs, que ce soit des personnes ou des objets inanimés. Lorsque je l'interroge pourquoi les personnages de ses dessins pleurent, il répond qu'ils sont tristes parce que leurs parents étaient morts. Ses dessins, une fois faits, il les déchire ou il les rature. Gabriel ne voulait pas laisser ses traces sur le papier. Des traces qui portent quelque chose de lui et qui peuvent le dévoiler.

Confusion symptomatologique

Les premières semaines d'intervention auprès de Gabriel nous donnent une idée de la complexité du son cas. La présence d'un fort retrait autistique et d'une tendance à l'immuabilité restent les symptômes les plus marquants, observés dans la première rencontre avec Gabriel. Par ailleurs, pour ceux qui adhèrent aux manuels des classifications, américain et international, ce garçon présentait visiblement les trois signes symptomatologiques correspondants au diagnostic d'autisme infantile : la présence de comportements stéréotypés, des perturbations dans les interactions sociales et dans la communication. Ces symptômes, aperçus dans ce premier moment d'observation de Gabriel, ne laissent nul doute que ce garçon était atteint d'un autisme infantile précoce, si on se tient exclusivement à une analyse phénoménologique. Et même, pour ceux qui tiennent à l'approche structurale psychanalytique, face à la présence de ces nombreux signes, il est difficile de croire qu'il ne s'agissait pas là d'un cas de cet ordre.

En effet, nous pouvons trouver chez Gabriel une remarquable difficulté de se mettre en rapport à l'Autre, et ceci dans divers moments, sous différents aspects. A commencer par son rapport au corps. Chez Gabriel, on trouve la présence d'un bord corporel qui lui permet de garder une certaine distance avec son prochain. Il reste dans l'essai de maîtrise de son entourage et lorsque celui-ci présente des failles, il décompense, à travers des cris, pleurs et automutilations. La difficulté d'accepter de se faire toucher par quelqu'un d'autre, sa sensibilité aux bruits, aux activités communes des autres enfants montre le niveau assez limité de tolérance à partager un monde commun avec son entourage. Les mouvements rythmiques, balancements constants du corps et tapements des mains sont tout autant caractéristiques de la construction autistique d'une barrière

auto-sensuelle. Son anorexie pouvait être aussi considérée comme un moyen de protéger son état interne et refuser toute sorte d'investissement libidinal de la part de l'Autre.⁴⁶⁶

Chez Gabriel, ces stimulations corporelles intenses ont la fonction d'apaiser une angoisse qui émerge lors d'une confrontation trop envahissante des règles et de la loi. Sa réaction aux exigences de « faire partie du groupe » ou « faire comme les autres » était toujours prise dans le refus, ignorance, ou confrontation. Gabriel voulait nous montrer qu'il n'était pas dans la norme. C'est donc à ces moments-là qu'il présentait des comportements extrêmes comme lécher le sol, les semelles ou le tableau, manger des craies et des mines de crayons. Des comportements qui ressemblaient plutôt à ceux des animaux, à quelque chose qui déborde le sens humain, rationnel.

Malgré les contacts directs qu'il peut assurer, son regard garde une certaine réserve dans ses rencontres avec les autres. J'ai remarqué que son fort strabisme avait une fonction dans cet acte de protection et isolement. Je comprends que ce défaut, qui peut être aussi considéré comme un mécanisme de défense, lui permettait, en fait, de mieux supporter l'adresse de l'Autre, au moins au niveau du regard, tant que le contact n'était pas trop long et envahissant. Je pouvais avoir des contacts visuel avec lui, tout en ressentant qu'il s'agissait d'un regard vide, car Gabriel me regardait d'un œil en même temps qu'il regardait le vide à côté. Ce phénomène est mis aussi en évidence par le regard des autistes, plus particulièrement chez ceux qui présentent un fort strabisme. Le témoignage de Donna Williams illustre bien ce fait : « L'un des côtés de mon visage souriait avec son œil tourné vers l'intérieur. L'autre semblait vide et perdu, l'œil regardant fixement dans le vide. »⁴⁶⁷ Rey-Flaud reconnaît dans ce détournement de l'œil de l'autiste, une intention paradoxale à l'égard de cet Autre et dénonce son dilemme : il se trouve pris entre le refus et l'attrait de l'Autre.⁴⁶⁸

D'autres comportements trouvés chez Gabriel sont souvent décrits et analysés comme symptômes typiquement autistiques, tantôt par les psychiatres que par les psychanalystes. En ce qui concerne son rapport au langage, nous pouvons observer la présence marquante d'écholalies. C'est le cas, par exemple, de l'utilisation des slogans, des chansons ou phrases détachées des discours publicitaires et de la télévision. Dans le livre *Une clinique de la construction du corps*, la psychanalyste brésilienne Myra Wajntal analyse le cas d'un enfant qui présente les traits autistiques, parmi lesquels elle signale une forte écholalie qui provient des phrases de telenovelas et télépublicités.

⁴⁶⁶ Les troubles de conduites alimentaires, tels que l'anorexie, ont été signalés par Kanner, dès le début de sa description de l'autisme, comme un signe de ce syndrome. Aujourd'hui, les études avancent sur cette voie et quelques chercheurs posent l'hypothèse d'un rapport intime entre anorexie et autisme.

⁴⁶⁷ Williams, D. *Si on me touche, je n'existe plus*, Paris : R. Laffont, 1992, p.282-284

⁴⁶⁸ Rey-Flaud, H., *Les enfants de l'indicible peur*, op.cit.

L'auteur se voit face à une problématique typiquement autistique, préférant diagnostiquer ce cas et le prendre en charge en tant qu'autiste. Cet enfant âgé de 8 ans, dessinait, dès les premiers entretiens, un autobus et écrivait des phrases de publicité et de télévision. Parmi ces phrases, la psychanalyste identifiait remarquablement son attirance pour le mystère autour d'un meurtre faisant partie d'un drame télévisé. L'enfant, en l'occurrence, écrivait en même temps qu'il se posait la question « *Qui a tué Jorge Tadeu ?* ». Elle interprète ce fait comme un essai de l'enfant de se coller aux signes perceptifs qui, à partir de l'écoute de l'analyste à la place de l'Autre, pouvaient gagner une valeur de signifiant.⁴⁶⁹

Maleval, quant à lui, mentionne des jeux avec des lettres que des autistes collent sur l'objet autistique, des répétitions de phrases entendues à la télévision. Selon l'auteur, celle-ci peut être prise comme un « Autre de suppléance » pour l'autiste, ou un substitut de l'Autre humain, en tant que modèle de partenaire de langage, déconnecté de la présence de l'Autre.⁴⁷⁰ Ce phénomène de collage et de répétition des slogans et phrases de télé, décrit dans le cas de Wajntal, a été observé également chez Gabriel.

Rappelons que celui-ci me posait souvent la question « *Qui a tué Lineu Vasconcelos ?* », faisant référence à un autre drame télévisé qui était diffusé à ce moment-là. Un détail que le différencie du cas exposé par la psychanalyste, c'est le fait que Gabriel non seulement reproduisait les phrases des autres, mais il se mettait nettement dans la peau du personnage. Autrement dit, il ne reproduisait pas seulement ses dires, mais il croyait vivre cette situation. Il en était de même lorsqu'il reproduisait la publicité de bière et se comportait comme s'il était totalement ivre en buvant de l'eau.

D'autres situations vécues auprès de Gabriel nous confirment cette première hypothèse. Il est le cas, par exemple, quand Gabriel arrive à l'entrée de l'école amené par sa mère qui me le passe. A ce moment précis, Gabriel met sa main droite sur son cœur, ferme les yeux, respire profondément et commence à s'évanouir lentement jusqu'à tomber par terre. Allongé, il regarde fixement le plafond tenant une respiration agonisante. Etonnée, je demande à sa mère ce qu'il fait. La mère, d'un air gêné, m'explique qu'il est en train d'imiter le joueur de foot qui aurait subi une mort subite en plein milieu du match, il y a quelques jours. Cet accident a été filmé et rediffusé plusieurs fois dans les journaux télévisés. Selon sa mère, il avait été impressionné par les images et reproduisait cette scène, plusieurs fois par jour.

⁴⁶⁹ Wajntal, M., *Uma clínica da construção do corpo*. São Paulo: Via Lettera, 2004.

⁴⁷⁰ Maleval, J-C., De l'objet autistique à la machine. Les suppléances du signe. In *Pensée psychotique et création de systèmes. La machine mise à nu, sous la direction de Hulak, F., Ramonville Saint – Agne: Éditions Érès, 2003, p. 202*

Un autre événement du même ordre s'est passé lors d'une activité de classe. En l'occurrence, l'activité consistait dans la découpe de journaux et magazines. A la fin, la maîtresse a demandé à tous les élèves de participer au rangement de la salle. A Gabriel, elle a donné la tâche de ramasser les bouts de papiers qui se trouvaient par terre. Alors que les autres se mettaient déjà au travail, Gabriel n'a pas bougé de sa place. J'ai insisté sur le fait qu'il devait participer au rangement, en lui rappelant qu'il n'avait pas de privilège sur les autres. Toujours assis sur sa chaise, Gabriel m'explique le pourquoi de son inertie :

G. : Je ne peux pas ranger la salle. (Tête de douleur)

M. : Pourquoi ?

G. : Je me suis fait récemment opéré et ça me fait trop mal.

M. : C'est quoi cette histoire... Personne ici n'est au courant que tu t'es fait opéré.

G. : Si, c'est vrai. C'était des hernies inguinales des deux côtés. (A ce moment-là, Gabriel lève son t-shirt et touche son bas-ventre, en signalant le local de la supposée chirurgie)

G. : Elles étaient vraiment grosses. J'ai eu l'impression d'accoucher deux enfants. (Gabriel émet des soupirs de douleurs en me montrant la taille des hernies avec ses mains)

M. : Bon, je suis désolée, mais je pense que tu devrais quand même nous aider.

G. : Je ne peux pas ! En plus, le Dr. Vidal m'a dit que je ne peux pas me courber.

M. : Bon, je vois que tu n'as pas vraiment envie de participer au rangement de la classe, mais ce n'est pas moi qui vais t'en dispenser. Parlons-en à la maîtresse.

La maîtresse vient à la rencontre de Gabriel et lui explique calmement qu'il faut qu'il se mette au boulot avec les autres collègues. Gabriel lui raconte alors exactement la même version qu'il m'avait présentée. Souriante, la maîtresse comprend qu'il utilise des subterfuges « à sa façon » pour fuir ses obligations : « *Mais quel malin !, s'exclame-t-elle.* » Elle lui propose alors une autre forme de rangement : au lieu de se baisser pour ramasser les papiers, Gabriel devrait ranger les livres que sont sur les tables dans l'armoire. Ayant écouté ce qu'a dit la maîtresse, Gabriel ne démontre aucune réaction et ne bouge toujours pas de sa chaise. J'insiste pour lui faire ce que la maîtresse lui avait demandé et il continue à m'expliquer :

G. : Je ne peux pas ! J'ai déjà dit que je suis opéré. Et en plus, le Dr. Vidal m'a dit que je ne peux pas porter de poids lourds.

Avec sa deuxième excuse, j'ai compris que rien ne pourrait le faire bouger de sa chaise. Je décide de le laisser tranquille. Relaxé de ses obligations, Gabriel part en boitant et en tenant son dos comme s'il avait vraiment mal. En tout cas, une chose est sûre, c'est que Gabriel portait un discours sur le sujet tellement cohérent, avec des détails précis, comme le nom de la maladie, le nom du médecin et les consignes qui correspondent au type de chirurgie, qu'on pourrait croire qu'il ne s'agissait pas simplement d'une mise en scène pour échapper aux obligations, mais qu'il ressentait vraiment de la douleur au moment où nous racontait l'événement. Je comprends que cela pourrait s'approcher d'une sorte de vécu du passé de Gabriel. Mais, en fait, il s'avère que non.

Quelques jours après, j'ai croisé sa mère et je lui ai raconté cet événement. Avec l'air stupéfié, elle m'a expliqué que c'était le père de Gabriel qui s'était fait opéré. Elle était bouleversée de voir à quel point Gabriel était capable de retenir les dires des autres, en rajoutant qu'il a été capable même d'employer des informations précises comme le nom de la maladie et même le nom du médecin. « *Mais d'où il a sorti ça ? Il me dépasse !, disait-elle.* » Mais, il fallait reconnaître l'astuce de ce garçon et ce petit dialogue nous a fait rire ensemble de l'événement en soi, oubliant le côté pathologique de la situation.

Ajoutés aux histoires fantastiques qu'il avait l'habitude de raconter tous les jours, en détournant le focus des activités de classe, et sa fixation amoureuse pour la sénatrice de l'Etat et sa collègue Isabelle, les comportements de Gabriel se rapprochaient d'une problématique délirante. Le délire est décrit par Lacan comme une manifestation d'un discours porteur d'une vérité non questionnable, car le doute ne peut exister que lorsque le sujet assume la place de sujet. Quand Gabriel insiste sur le fait d'avoir mal, il n'est pas dans le registre du « faire semblant », moment du jeu à partir duquel l'enfant apprend à maîtriser le symbolique, en se mettant dans la peau de l'autre ou dans sa propre peau, mais dans une condition imaginaire d'indépendance.

Le plus attirant est le fait de voir comment Gabriel arrive à usurper les vécus et les dires des autres et, en plus, à les caser à sa vie courante. Ceci peut être expliqué par le fait qu'il se trouve collé à l'Autre, même si, des fois, il semble vouloir l'éviter ou le détruire. En tout cas, ces observations, bien qu'elles nous mettent encore en doute à propos du diagnostic, nous laissent croire que Gabriel porte déjà un trait de l'Autre, et que malgré son retrait, il n'est pas indifférent à l'Autre.

Stevens nous explique que cette façon d'agir s'approche plutôt d'un comportement schizophrène, où le sujet cherche à confronter l'Autre, dans une tentative de destruction, déjà dans le champ de la parole. Il s'agit là d'une « manière du schizophrénique de pouvoir vous dire que tout ce que vous pensez, tout ce que vous savez, tout ce que vous dites, ça ne vaut rien, ça n'est pas grand-chose. »⁴⁷¹ En effet, l'ironie a déjà été signalée, par quelques auteurs, comme une particularité

⁴⁷¹ Stevens, A., op.cit. p .11

assez souvent présente dans le discours psychotique. Selon Maleval, l'ironie peut se manifester dans une « activité d'annihilation de toute prise au sérieux, c'est-à-dire de toute mise en série ». ⁴⁷² Il distingue pourtant l'ironie schizophrénique de l'humour, car dans la première, le sujet réduit l'Autre à un semblant, le délégitimant. « L'ironie schizophrène n'atteint l'effet comique que par inadvertance, elle ne recourt guère aux procédés rhétoriques usuels, elle se manifeste plus volontiers par une disposition railleuse insistante qui témoigne d'un refus de croyance au savoir de l'Autre ». ⁴⁷³ C'est ainsi que Maleval conclut que l'ironie est une des manifestations possibles du rapport de marginalité aux discours, apparaissant comme l'un des aspects de la non prise dans les discours établis.

A plusieurs reprises, j'ai eu l'impression que Gabriel ne menait pas un rapport d'exclusion totale à l'Autre. Bien au contraire, je dirais qu'à ce niveau-là, Gabriel démontrait être collé à une certaine identification primordiale, s'approchant plutôt d'une problématique psychotique. C'est sur ce point-là, que nos interrogations sur une confusion symptomatologique entre autisme et psychose commencent à prendre forme. Certains psychanalystes, soucieux de comprendre le fonctionnement structural des enfants présentant des souffrances psychiques, ont déjà observé cette limite floue entre les psychopathologies infantiles. C'est le cas par exemple de Tustin que fait la déclaration suivante :

Je suis très inquiète quand j'entends des gens parler de « supprimer l'autisme », de le « guérir » ou encore de le « percer ». J'ai vu des enfants, ou entendu parler d'enfants qui avaient été traités en fonction de telles conceptions : ils étaient devenus hyperactifs ou même nettement schizophrènes. ⁴⁷⁴

Selon Tustin, l'expérience acquise depuis lors confirme que la suppression précipitée de l'objet autistique suscite souvent chez les enfants autistes des tableaux cliniques qui deviennent difficiles à différencier de la schizophrénie. Le fait qu'il existe une entité spécifique ayant une sémiologie et une évolution caractéristique pour l'autisme et la psychose infantile n'exclut pas l'hypothèse qu'il puisse exister des manifestations autistiques dans diverses formes de troubles de l'enfant et particulièrement dans la psychose. Nous continuons donc à nous interroger sur la proximité entre ces deux notions : comment saisir que certaines sorties de l'autisme s'accompagnent de processus de défense psychotique et que des enfants psychotiques aient recours à des processus défensifs autistiques?

⁴⁷² Maleval, J-C. *La forclusion du Nom-du-Père*. op.cit. p. 149

⁴⁷³ *Ibid.* p. 150

⁴⁷⁴ Tustin, *Autisme et protection*, p.37

Jean-Claude Maleval, dans le livre *L'autisme, son double et ses objets*, affirme que même l'essai de compréhension par le fonctionnement subjectif peine à nettement différencier autisme et psychose. Il nous indique le moment où se forme cette confusion entre eux. Selon lui, lorsqu'un enfant autiste est privé de ses principaux mécanismes protecteurs, comme les objets autistiques ou son double, la jouissance fait alors retour sur son corps. Ceci provoque une telle confusion au niveau diagnostique, s'avérant difficile de distinguer une manifestation corporelle autistique d'une nature schizophrène. Selon l'hypothèse présentée par Maleval, étayée par des nombreux témoignages d'autistes de « haut niveau », malgré l'usage du corps de façon schizophrénique au moment du manque des objets et du double, le sujet autiste ne construit pas une réalité délirante et n'est jamais conduit à un marasme d'allure schizophrénique.⁴⁷⁵

Malgré la confusion symptomatologique claire trouvée chez Gabriel, nous prenons une position qui sera guidée par un point précis : son rapport au langage. Même si, au moment initial de la rencontre avec lui, sa parole semblait vide, ne voulant rien transmettre ni communiquer, nous identifions certains points qui ne correspondaient pas tout à fait au fonctionnement structural et à la description de l'autisme. Sa parole était pleine de provocations à l'Autre, à travers des insultes et gros mots. Ceci marque une légère différenciation de l'Autre, autrement dit, l'autre est vu comme l'ombre d'une différence.

La maîtrise du langage dans le cas de Gabriel l'aide, en réalité, à apaiser ses symptômes et à gérer son rapport à l'Autre, dans la mesure du possible, car il peut parler, même d'une manière tordue, ce qu'il ressent. Gabriel n'utilise pas un langage « artificiel », langage-outil, basé sur des images pour maîtriser le symbolique et ainsi s'éloigner de l'Autre, comme le fait l'autiste infantile précoce. Il est traversé par le langage et y dérive, ce qui lui permet de se coller aux autres et d'assumer leurs personnalités, provoquant une énorme confusion entre ce qui lui appartient et ce qui appartient à l'Autre. Suivant cette perspective, nous identifions chez ce garçon plutôt une problématique psychotique. En tout cas, nous pouvons considérer ces manifestations langagières comme un essai de trouver sa place face à l'Autre, une place qui lui semble difficile à définir. Nous le verrons pourquoi par la suite.

Les brèches de la forteresse

Gabriel se montre de plus en plus un enfant particulier, avec des comportements parfois malins et drôles, parfois, hostiles et mystérieux. Son contact avec l'autre se passe

⁴⁷⁵ Maleval, J.-C. *L'autiste, son double et ses objets*. Presse universitaire de Rennes, Rennes, 2009. p. 132

toujours de manière éphémère et superficielle, mais il peut laisser quelques rares ouvertures à un contact plus profond.

Comme le jour où il arrive à l'école très agité, n'acceptant aucune proposition d'activité de ma part. La maîtresse intervient et propose qu'on fasse une activité à part des autres enfants, dans le but de le calmer. Connaissant ses intérêts pour la musique et ses effets apaisants, elle me donne une boîte à musique qui avait été fabriquée par les enfants de la classe. Il s'agit d'une boîte en carton vide sur laquelle les enfants ont dessiné des boutons et des touches faisant croire à une chaîne hi-fi. Sans trop hésiter, il prend la boîte et fait semblant d'allumer la radio et, du même coup, il se met à chanter. Le changement de posture de Gabriel face à la musique m'épate, ainsi que l'amplitude de son « répertoire » et la variété de rythmes auquel il pouvait s'intéresser. La maîtresse avait bien raison : la musique est un coup sûr d'apaisement chez Gabriel.

En voyant ce moment d'aisance de sa part, je n'hésite pas le partager avec lui et je me mets à chanter. Mes avancées ne semblent pas le déranger. Bien au contraire, il se permet de vivre ce moment de partage, et réagit bien lorsqu'il voit que je l'accompagne avec les paroles. Cela me donne, pour la première fois, la sensation que nous partageons le même univers, contrairement aux cas où, pour me sentir plus proche de Gabriel, je me lançais dans son univers ombrageux à travers ses histoires « fantastiques », ou en répondant à ses questions qui n'avaient pas besoin de réponses. Là, une vraie rencontre s'est faite possible grâce à la musique.

Désormais, la musique devient la seule brèche laissée par Gabriel pour qu'un espace de partage se crée entre nous, à d'autres reprises. Ainsi, je chante, très souvent, surtout quand j'aperçois qu'il est agité et énervé. Parfois, j'observe son attention à apprendre quelques chansons qu'il ne connaît pas encore. Ajouté à cela, je risque quelques pas de danse, ce qui attire tout de suite son attention. Avec un regard curieux, Gabriel accompagne discrètement mes pas et paraît tenté de me rejoindre.

Cette pratique commence à fonctionner non pas seulement comme moyen d'apaisement, mais aussi comme moment de rencontre. Certain jour où Gabriel se montre à nouveau agité, je propose une sortie de la classe pour essayer de l'apaiser. Il accepte sans hésitation et nous partons dans la cour. Il accepte en plus de danser et chanter avec moi. Ces moments de partage restent cependant restreints à moi et lorsqu'il se fait surprendre par quelqu'un d'autre, il change radicalement son comportement et retourne à son état autistique habituel, avec des mouvements et phrases répétitives, balancement du corps et tapement des mains. Face à l'Autre menaçant, il a donc besoin de se protéger derrière ses comportements autistiques.

Quelques mois après, je découvre qu'il n'y a pas seulement la musique qui lui permet de sortir de sa coquille. Toute l'école se prépare pour un jour de fête. C'était le *Salon Culturel* pendant lequel les enfants présentent leurs travaux de peinture, de théâtre, de danse et de musique aux familles. Une semaine avant, tous les professionnels de l'école s'organisaient pour commencer les travaux. Ils ont fait une nouvelle réorganisation des classes pour mieux travailler. Un matin, notre groupe est amené dans une autre classe. Cette classe recevait les enfants de la maternelle, raison pour laquelle on pouvait y trouver plein de jeux d'éveil.

Au moment de notre arrivée en classe, Gabriel repère immédiatement une marionnette qui était bien cachée parmi d'autres jouets dans une boîte. Il s'agit d'un coq jaune avec un gros bec marron, aux yeux à moitié arrachés et une crête rouge qui tombe d'un côté, lui donnant l'air amoindri. Sa rencontre avec la marionnette est bouleversante et tout autant révélatrice. Gabriel la ramasse rapidement et se met à jouer avec le coq. Faisant semblant qu'il parle à la place de la marionnette, Gabriel adresse la parole à tous, de façon très naturelle. C'est la première fois, dans toute l'année, que Gabriel fait ce mouvement spontané d'aller vers les autres, les appelant par leurs noms et s'intéressant à ce qu'ils font. C'est aussi la première fois qu'il m'appelle par mon prénom.

Dans un premier moment, certains enfants ne remarquent pas son changement de comportement, alors que d'autres restent stupéfiés. Quelques-uns restent sans réaction face à cette situation si inattendue et bizarre. C'est le cas lorsque Gabriel s'intéresse à ce que fait le collègue assis devant lui : « *Ricardo, qu'est-ce que tu dessines ?* » Demande-t-il à son collègue. Etonné, le garçon reste sans réaction. Il me regarde avec étonnement sans savoir quoi lui répondre. Je fais signe pour qu'il explique à Gabriel normalement ce qu'il faisait. Petit à petit, quelques enfants comprennent que quelque chose d'extraordinaire se passe chez Gabriel et le rejoignent pour connaître la fameuse marionnette qui leur permettait de connaître finalement cet enfant si énigmatique.

Les enfants entourent Gabriel et posent plusieurs questions au petit coq : comment s'appelle-t-il, quel âge a-t-il, que fait-il ? Au moment où Gabriel se met à répondre à toutes ces questions, je remarque qu'il donne de vraies informations sur lui-même. Il présente le petit coq comme quelqu'un qui a huit ans, qui aime la musique et les marionnettes. Il dit aussi ce qu'il n'aime pas faire : lire, écrire et manger. Il explique aux enfants qu'il est un coq solitaire et triste parce qu'il avait perdu ses parents et que ceux-ci n'aimaient pas ses yeux. Le plus étonnant, c'est que Gabriel donne son prénom à

la marionnette. Les enfants, enthousiasmés par cette nouvelle compagnie, le baptisent *Galo Gabriel*.

Au moment de la récréation, Gabriel décide d'amener la marionnette avec lui. Il dit bonjour à tous ceux qui le croisent, tout en se présentant : « *Salut, ça va ? Je m'appelle Galo Gabriel* ». Il avait l'air content comme jamais je ne l'avais vu. De retour en classe, il donne continuité à ses conversations. La maîtresse interrompt le jeu pour demander à Gabriel qu'il fasse ses activités de dessin et peinture, comme les autres.⁴⁷⁶ Sans hésitation, Gabriel pose la marionnette un instant, et réalise vite son activité, pour ensuite rejoindre la compagnie de la marionnette.

À la fin de la matinée, nous sommes invités à quitter la classe des petits et retourner dans l'habituelle. Gabriel résiste à quitter la marionnette, mais la maîtresse qui n'a pas pu remarquer ce changement à cause de la grande agitation dans l'école, lui demande de la laisser au même endroit où il l'avait trouvée. Gabriel accepte de la quitter et, au moment de lui dire au revoir, il l'enlève de sa main, lui fait un petit bisou sur le bec et laisse glisser son doigt sur le visage de la marionnette, comme s'il essayait sa larme. En effet, c'est la première fois que je vois Gabriel manifester ses émotions tendres de manière si expressive.

Passée la grande agitation de la fête, je communique cet événement à l'équipe psychopédagogique de l'école qui m'autorise à utiliser la marionnette comme outil de travail avec Gabriel. Désormais, *Galo Gabriel* devient notre compagnie quotidienne. J'observe ainsi, qu'au fil du temps, Gabriel commence à mieux s'exprimer et à interagir avec les autres, plus longtemps. En présence de la marionnette, il n'a pas peur de se montrer un enfant plus heureux, bien que cela ne se manifeste qu'avec la présence de ce personnage. J'ai l'impression qu'il sort petit à petit de sa cachette, cette fois-ci envers tous.

Afin de pouvoir mieux discuter et exploiter cette ouverture donnée par Gabriel à un possible échange, je décide de ramener une autre marionnette pour animé les dialogues. Je laisse Gabriel choisir l'animal qui lui plaît le mieux pour tenir compagnie au coq. Il choisit alors un petit cochon, personnage de l'histoire *Les Trois Petits Cochons*. Gabriel aime cette idée et les autres enfants aussi. Ils le nomment *Porquinho*. Ses collègues se mettent à jouer avec lui et, à tour de rôle, prennent la marionnette pour

⁴⁷⁶ Bien que Gabriel se refuse à faire les activités de classe, il été recommandé par l'équipe pédagogique que l'on insiste pour qu'il participe d'une façon ou d'une autre à ces activités, peu important le résultat, le but étant de lui donner la sensation d'un partage du quotidien en collectivité.

pouvoir interagir avec Gabriel, semblant contents de voir une réciprocité de sa part. Gabriel s'installe pour jouer avec les autres, sans trop faire de résistance.

Le rapport que Gabriel établit avec la marionnette devient le facteur essentiel à sa bonne intégration dans la vie sociale, mais il revêt une allure si intime que Gabriel ne sait plus qui était qui. Cela été le cas lorsqu'on jouait tous les deux avec les marionnettes. Gabriel interrompt soudain la conversation et avec l'air intrigué, et m'interroge :

G. : « *Mirka, on est des marionnettes ?* »

M. : « *Non. On n'est pas des marionnettes.* » Je rajoute : « *Je suis Mirka, tu es Gabriel et Coq Gabriel et le Petit Cochon, eux oui, ils sont des marionnettes. On se sert d'eux quand on veut parler des choses entre nous. Des choses qu'on n'arrive pas à dire autrement.* »

Il reste pensif pendant un moment puis il donne continuité au jeu. Face à un tel changement, les marionnettes, désormais nous accompagneront quotidiennement.

La marionnette comme double

Gabriel montre ses particularités et l'originalité de ses actes, sans donner pour autant des ouvertures explicites pour qu'un lien s'établisse avec quiconque. Il se présente à l'école, tous les jours, nettement à contre cœur et dit détester tout le monde. Lorsqu'il y est, ses dialogues arrangés selon ses propres idées, espèces de monologues, nous donnent une première impression que Gabriel n'appartient pas au même « univers » que nous. En revanche, son agressivité physique et verbale et sa façon tordue d'aller vers l'autre, même si c'était pour parler tout seul, montre que Gabriel n'ignore pas son entourage et nous donne des indices qu'il y a là une forme d'ouverture à l'Autre, bien que cela se traduise en forme de haine.

En fait, l'Autre était cherché par lui à tout instant, même si une interaction dans le sens propre du terme n'avait jamais lieu, dû à son recul systématique à la demande jouissive de l'Autre. Dans ce cas, nous pouvons affirmer que Gabriel cherchait quelque chose chez l'Autre à sa façon, hésitante, craintive, fugitive et précaire. C'est, dans ces occasions, qu'il nous ouvrait d'étroites brèches à un possible accès à son monde privé, et d'emblée, à l'établissement d'un certain lien, même si celui-ci gardait un caractère assez éphémère. Leda Bernardino nous conseille de suivre l'enfant dans les possibles espaces qui peuvent se produire dans sa fermeture à l'autre, afin de découvrir un signifiant qui puisse les représenter.⁴⁷⁷

⁴⁷⁷ Fischer Bernardino, L., Quando tratar implica educar: a clinica com crianças autistas. *Anais do IV Coloquio*

En l'occurrence, j'ai trouvé cette brèche de la forteresse de Gabriel initialement à travers la musique et la danse. Mais ce n'est qu'à partir de la rencontre avec la marionnette que cette brèche s'est faite plus explicite. Celle-ci m'a servi, sans doute, comme l'élément essentiel pour qu'un travail de prise en compte de sa souffrance psychique soit possible. Cette marionnette, qui portait l'identité de Gabriel, assumait une fonction de bouclier qui lui permettait d'affronter le monde extérieur, briser sa solitude autistique et d'emblée, sortir de son renfermement, tout en protégeant ce noyau psychique si fragile. Maleval nous apporte une définition de *double* comme ce qui « s'impose en effet à l'autiste comme une structure privilégiée pour sortir de sa solitude, rassurante par sa conformité à lui-même, et apte à recevoir une jouissance cadrée, sur laquelle il peut prendre appui. »⁴⁷⁸ Nous corroborons avec cette définition et avec son application au cas de Gabriel.

En effet, il était évident que le Coq Gabriel vient représenter la façon que Gabriel a trouvée pour maîtriser son angoisse dans la rencontre avec l'Autre et traiter sa jouissance pulsionnelle. Se mettant à la place de « ventriloque », il assume une énonciation qui n'est pourtant pas artificiel. Bien au contraire, il se trouve là un exercice qui permet à Gabriel d'assumer, peu à peu, sa place de sujet du discours. Néanmoins, nous constatons que ce double, avec son pouvoir apaisant, correspond plutôt au double autistique qu'au double normalement décrit en correspondance à la pathologie psychotique. Ce dernier porte toujours la caractéristique d'être persécuteur, apparaissant déjà dans le champ du délire et des hallucinations. Contrairement à certains psychanalystes qui croient que le rapport de l'autiste à l'objet, à son double et à l'analyste serait une relation intrinsèquement de destructivité, Maleval soutient les effets bénéfiques de la relation de l'autiste à un objet/double à partir duquel il peut gagner un dynamisme libidinal. Ainsi, localisant la jouissance dans le bord de cet autre, l'analyste peut se situer comme un partenaire dans ce travail de traitement de la jouissance. Nous avons donc suivi cette consigne en permettant que la marionnette fasse partie du quotidien de Gabriel, à l'école.

D'un autre côté, il est intéressant de retenir l'observation de certains psychanalystes qui travaillent avec les autistes sur l'importance de s'adresser à eux de façon à ne pas présentifier son objet voix et le regard, effaçant autant que possible la dimension jouissante du langage, ce qui souligne aussi une manière pour l'analyste de pouvoir se présentifier dans le traitement. Avec Gabriel, il a fallu certes respecter initialement cette limite au niveau de la jouissance et de la demande pour pouvoir s'y approcher et effectuer un travail, dans un deuxième temps. Cependant, nous attirons encore l'attention sur la particularité du rapport au langage chez Gabriel et nous démontrons que celui-ci n'était pas démuné d'émotions, comme chez les autistes infantiles précoces. Bien au contraire, la présence d'une dimension jouissante du langage était remarquable chez lui. Il

do LEPSI, São Paulo : USP, 2004

⁴⁷⁸ Maleval, J.-C. *L'autiste et sa voix*. Op.cit. p. 110

avait besoin pour autant de se servir de subterfuges qui lui permettaient d'exprimer toutes ses émotions, trouvées dans un état morcelé et désorganisé, comme l'image de son corps.

Bialer nous explique que le schizophrène peut travailler sa dispersion du corps, une éventuelle fragmentation de son image corporelle, par la fixation de la jouissance dans la lettre permettant la construction d'un nouage de RSI à partir d'un sinthome, d'une construction de ses traits – les traits de ses cris primordiaux articulés aux traits de sa jouissance – en une construction qui donne lieu à un « tissage » du corps, de la construction d'un corps bordé de lettres qui fixent la jouissance, auparavant dispersée dans le corps, en une écriture corporelle. C'est là que, croyons-nous, le travail avec la marionnette a fait effet. Le changement de comportement acquis par Gabriel face à la marionnette et sa capacité à s'exprimer autrement nous laisse entrevoir là une marque identificatoire avec l'Autre.

Malgré l'avancée en profondeur de cette analyse, la confusion symptomatologique existante entre l'autisme infantile précoce et la psychose infantile nous pose encore de question. Elle ne sera dénouée qu'avec la sortie d'une analyse phénoménologique et l'établissement d'une écoute psychodynamique qui nous permettra d'analyser le contenu de ce que Gabriel commence à dévoiler avec l'aide de sa marionnette. En donnant sens à la parole « tordue » de ce garçon, nous abandonnons les méthodes diagnostiques de repérage des phénomènes et nous adhérons à la voie d'un diagnostic psychanalytique qui, selon Joël Dor, doit être compris comme le résultat d'une évaluation essentiellement subjective, qui s'ordonne à partir du discours du patient et de la subjectivité de l'analyste à l'écoute.

Les rapports familiaux

En ce qui concernent les relations familiales de Gabriel, nos informations sont assez limitées, restreintes aux moments des réunions avec les parents ou aux rencontres à l'entrée et à la sortie d'école. Une autre source d'observation de ses rapports familiaux est le contenu des dialogues de la marionnette, lorsque Gabriel exprime des sentiments envers ses parents. En tout cas, Gabriel, lui, se refuse nettement à parler de son ambiance familiale, sauf pour nous transmettre des informations précises et superficielles aux activités, comme le prénom, le métier, ou, par exemple, l'âge de ses parents.

Gabriel vit avec ses parents et un frère aîné âgé de 12 ans. Sa mère est une jeune femme d'une trentaine d'années, employée d'une grande entreprise. Son père a environ une quarantaine d'années et est propriétaire d'une petite entreprise de tournage de film pour des mariages. Nous avons peu d'informations sur le rapport de Gabriel avec son

grand frère. Celui-ci n'est jamais venu l'accompagner à l'école. Selon les parents, le grand frère de Gabriel ne présente pas de difficultés dans son développement. L'école étant à mi-temps, Gabriel passe ses après-midis chez sa grand-mère maternelle, qui est veuve. Là-bas, Gabriel est en compagnie de ses cousines et ce sont elles qui l'aident à faire ses devoirs. Ce n'est que tard le soir que son père le récupère pour rentrer à la maison.

Le premier contact avec un membre de sa famille a lieu lors de la première réunion scolaire, au début de l'année. Un groupe de professionnels de l'école qui contribuent à l'accompagnement psychopédagogique de Gabriel sont présents à cette réunion. Celle-ci se déroule tous les trois mois avec les parents des enfants présentant des troubles dans leur développement. Avant d'initier la réunion, les professionnels m'avertissent qu'il était probable qu'aucun des deux parents ne vienne, mais que la mère, malgré sa faible disponibilité, ferait des efforts pour être présente. L'équipe rajoute que la famille de Gabriel est plutôt absente dans son accompagnement scolaire.

A notre grand étonnement, ce matin-là, la mère est finalement venue. Elle arrive en retard et nous dit être inquiète du fait qu'elle sera en retard à son arrivé au boulot. Elle nous avertit donc qu'elle ne pourra pas rester durant toute la réunion. Dans le peu de temps qu'elle nous concède, elle nous explique, avec un air de souffrance, comme la convivialité était difficile avec Gabriel. Elle raconte que la grande inquiétude du moment est le fait que Gabriel faisait du caca tout coloré dû à sa « gourmandise » pour les crayons. « *Ce n'est pas normal !* » dit-elle, nous demandant de faire plus attention lorsqu'il se trouve à proximité des crayons.

En ce qui concerne l'évolution de Gabriel, elle nous raconte qu'il avait récemment trouvé un ours en peluche dans un magasin et, spontanément, lui a demandé de l'acheter. Le petit ours était son nouveau copain. Gabriel l'avait toujours en sa présence, il passait son temps à s'occuper de lui. Selon la mère, il se refusait à l'amener à l'école. Elle dit trouver ce fait intrigant, mais elle ne se pose pas plus de questions sur la relation que son fils entretient avec l'ours en peluche, ni ce qu'il peut représenter pour lui.

Ayant observé les changements significatifs des comportements de Gabriel depuis la rencontre avec la marionnette, je ressens le besoin de connaître un peu plus le contexte familial de Gabriel, afin de pouvoir comprendre mieux tout ce qu'il faisait émerger par l'intermédiaire de sa marionnette. Je fais une demande auprès de l'équipe pédopsychiatrique pour avoir un rendez-vous seule avec la mère de Gabriel. Après quelques semaines, la demande est prise en compte et nous avons pu organiser ce moment.

La mère arrive avec son discours fugitif d'habitude. Elle me dit ne pas avoir trop de temps, car elle devait partir au boulot. J'initie la réunion en parlant des progrès que Gabriel avait faits, ces derniers temps, à travers le travail avec les marionnettes. La suite est donc donnée par la mère qui me raconte un peu plus l'histoire de vie de Gabriel et toutes les difficultés auxquelles elle est confrontée dans son quotidien avec un enfant malade. La mère m'explique que Gabriel est né avec des troubles neuro-psycho-moteurs, étant un enfant hypotonique, ce qui a provoqué son retard à parler et à marcher.

Elle parle de l'attachement de son fils à elle et décrit le comportement de Gabriel à la maison, dans les soirées, au moment où ils se retrouvent après une longue journée de travail :

« Je travaille beaucoup toute la journée. Je n'ai pas beaucoup de temps pour passer avec Gabriel. Quand je rentre tard le soir, il me serre dans ses bras et il ne me lâche plus. Il reste littéralement collé à moi, contre mon corps. Littéralement, il ne me lâche pas d'une semelle et ça m'énerve un peu. Si je suis, par exemple, dans la chambre avec lui et que je sors sans qu'il me voie, dès qu'il se rend compte de mon départ, de mon absence, il se met à hurler, désespéré. Il se décompense. Il n'arrête que quand il me revoit et il me serre encore plus fort pour que je ne parte pas. »

Ensuite, la mère fait une réflexion sur cette relation fusionnelle entre eux : *« Je sens que c'est comme si on n'avait pas coupé le cordon ombilicale entre nous »*. Peu à peu, elle se met plus à l'aise et entame le sujet de l'origine de la maladie de Gabriel :

« J'ai fait plusieurs examens médicaux pour savoir ce qui a provoqué son problème, mais ils ne prouvaient rien pour l'instant. Il y a encore un test que j'aurais bien aimé qu'il fasse. Il s'agit d'un test génétique très spécifique. Le problème c'est qu'il coûte très cher et, en plus, il ne se fait qu'à São Paulo. Je n'ai pas encore les moyens pour ça. »

Ensuite, elle expose sa conviction sur le problème : *« Je suis tout de même sûre qu'il s'agit d'un problème génétique. C'est pour ça que je veux la confirmation. Je vais le faire un jour. J'ai besoin de cette confirmation. »*

La mère m'explique qu'elle est en analyse depuis quelques années, qu'elle a déjà beaucoup évolué dans sa pensée pour accepter les limitations de son enfant, mais

qu'elle se sent encore dépassée par tout ce qui lui arrive. En revanche, elle dit que son mari continue à refuser catégoriquement à entamer la sienne, parce qu'il était sceptique aux résultats d'une psychothérapie.

Le père, lui, ne vient jamais aux réunions et, les seuls moments où je peux le croiser, c'est au moment de l'arrivée à l'école. Mais hélas, les rencontres se font toujours courtes et aucun échange ne se fait jamais. J'ai pu témoigner de cette méfiance/incroyance de ce père envers les thérapeutes, le jour où le père a décidé de s'arrêter un instant pour exprimer sa révolte à propos de nouveaux comportements de Gabriel. En fait, malgré ses progrès à l'école et son début d'ouverture avec la marionnette, Gabriel commençait à présenter certains comportements régressifs, qui se reproduisaient tous les jours : il faisait pipi dans son pantalon au moment de la sortie de l'école. Ceci mettait le père dans un état d'énervement extrême, car l'urine mouillait les sièges de la voiture. Avec un air très irrité et grossier, il me dit :

« Mirka, Gabriel est déjà prévenu que s'il fait encore pipi dans son pantalon, il sera laissé à l'école. Je ne viens plus le chercher. Je sais bien qu'il comprend tout et qu'il fait semblant d'être un idiot. Il est un dissimulé ! Il fait ça pour se moquer de nous ! J'en ai marre de tout ça ! Je ne supporte plus cette situation ! J'ai déjà dépensé beaucoup d'argent avec des médecins, psychologues et toutes les sortes de thérapeutiques pour qu'il s'améliore, mais ça ne sert à rien ! Les psychologues ne font que gagner notre argent sans rien faire. Ils disent des bêtises qui rentrent par ici et qui sortent par là (en faisant le mouvement avec les mains à côté des oreilles). »

Ensuite, il rajoute : *« La seule évolution que j'arrive à apercevoir chez Gabriel, depuis toutes ses années de traitement, se passe dans la thérapie avec les chevaux. J'ai aperçu que son équilibre va de mieux en mieux. Mais là-bas, on trouve toutes les explications détaillées sur les traitements. On voit que les résultats sont possibles. Dans la psychologie on ne verra jamais ça. »*

J'écoute ce que dit le père, sans rien dire. En tout cas, il n'est clairement pas là pour établir un dialogue, pour essayer de comprendre son enfant, mais pour manifester sa rage contre lui. Gabriel reste à côté de lui et entend tout ce que dit son père à son propos. A ce moment-là, j'observe que ses mouvements autistiques s'intensifient. Le père part donc extrêmement fâché, laissant Gabriel avec moi. J'essaie de le reconforter et de parler sur ce qui s'est passé, mais Gabriel reste enfermé.

Profitant d'un moment où nous nous trouvons isolés du groupe, j'entame une conversation avec les marionnettes afin de comprendre les raisons qui l'amenaient à faire pipi dans la culote alors qu'il connaissait très bien « le chemin des toilettes ». Nous avions tous les deux des marionnettes et nous nous mettions à discuter. Ma marionnette demande à la sienne : « *Je ne comprends pas pourquoi Gabriel fait pipi dans sa culote alors qu'il sait très bien aller aux toilettes. Sait-tu pourquoi ?* » Interpellé, Gabriel chuchota dans l'oreille de *Galo Gabriel* comme s'il lui racontait son secret, puis il se met à parler à la place de la marionnette : « *Mirka, Gabriel m'a dit qu'il fait ça parce que ses parents sont toujours braves avec lui et il veut leur donner du travail. Il sait que ses parents ne l'aiment pas.* »

Gabriel vivait un clivage clair entre sa vie en famille et sa vie scolaire, au point que son amélioration n'était point vue de la même manière par ses familiers. Un certain jour où Gabriel se montre inquiet et très agité, reprenant des gestes stéréotypés, je l'incite à parler de ce qu'il ressent. Je lui propose de me raconter avec la marionnette, ou sans, s'il se sentait à l'aise de le faire. Gabriel se lève de sa chaise et entame une « mise en scène ». Il tape fort la porte et fait semblant de parler au téléphone. Il dit : « *J'en ai marre de cette famille ! J'en ai marre d'avoir autant de problème !* » « *J'ai vraiment envie de vous quitter !* ». J'ai compris qu'il reproduisait une scène qui l'avait marqué et je soupçonne que ce sont des mots venant de son père, mais je n'ai jamais eu la confirmation de la part de Gabriel. Je lui rappelle alors comme c'est important de partager ce qu'on ressent avec quelqu'un d'autre, de mettre en mots nos sentiments. Gabriel reprend sa parole et m'avoue d'un air exaspéré : « *Je ne peux pas être heureux. Je ne peux pas être heureux.* »

La famille de Gabriel traversait visiblement une considérable crise avec son changement de comportement. Quelques jours après cet événement, la mère de Gabriel écrit dans son agenda un petit mot adressé à la maîtresse :

*Bonjour,
Les devoirs de Rafael sont en retard depuis la semaine
dernière parce qu'il passe par un moment de régression
très fort et se refuse à les faire.*

Merci de votre compréhension

J'observe que les dires de Gabriel révèlent de plus en plus son monde intérieur qui commence à émerger et se confondre avec une ébauche de soi. Pour mieux les comprendre, il me fallait chercher un lien avec son histoire afin de les rendre cohérentes selon sa logique psychique à lui. C'est de cette manière que j'ai pu également comprendre d'où venait son amour pour Patricia Gomes. Un certain matin, Gabriel fait un important aveu lorsqu'il dit : « *Je n'aime pas les femmes !* » « *Elles me font souffrir.* » « *Depuis que je me suis marié avec Marta...* » Gabriel interrompt soudain sa phrase et me regarde d'un air étonné avec ce qu'il venait de dire. Cela m'interpelle et je lui pose la question : « *Qu'est-ce que tu viens de dire ? Marta ?!* » Il rétorque avec l'air énervé : « *J'ai dit Patricia ! J'ai dit Patricia !* » Ensuite, il part en courant.

Le complexe d'Œdipe perturbé

La psychanalyse prône que la structuration psychique du sujet s'étaye sous l'égide d'une trame familiale que Freud a nommé *Complexe d'Œdipe*. Ce concept fait référence au rapport au désir et au manque auquel le sujet est inscrit lorsqu'il rentre dans l'ordre symbolique. Ce mythe, qui garde une valeur structurale, est une tentative de résoudre les impasses auxquels l'être humain est impliqué, dès la naissance. Les amours œdipiens s'imbriquent dans la relation avec l'Autre, fonctionnant comme vecteur d'ordre, au fur et à mesure qu'il organise l'économie du désir.

Cette structuration est fondamentale et constitue une étape décisive du psychisme, présentant la particularité d'imprimer sur le sujet des marques essentielles qui le poursuivront toute sa vie. Pour Moustapha Safouan, l'Œdipe est une structure selon laquelle s'ordonne le désir dans la mesure où l'être humain constitue un rapport au langage. Il a pour fonction d'inscrire le non-sens, caractérisé par la désadaptation d'un corps réel au sein du désir.⁴⁷⁹ L'Œdipe se caractérise ainsi en rendant possible au sujet de masquer le manque comme condition de son humanité. Ce drame familial doit être pris en compte dans l'histoire de la constitution du sujet, car il comporte tous les dilemmes inhérents à sa condition. Le rôle de la dynamique triangulaire père-mère-enfant subit les conséquences interrelationnelles de la façon dont s'est vécu et résolu l'Œdipe de chacun des parents.

Ainsi, le complexe d'Œdipe est une étape décisive que chaque être humain doit traverser pour pouvoir accéder à une prise de conscience claire d'appartenance au genre humain. Cette organisation s'installe dès 3 ans avec la certitude de son sexe et se résout avec le dégagement du

⁴⁷⁹ Safouan, M., *Etudes sur l'Œdipe*. Paris : Ed. Du Seuil, 1974.

plaisir incestueux, étant là le carrefour des énergies de l'enfance. Françoise Dolto parle en termes de résolution œdipienne lorsque l'enfant accepte cette loi de l'interdit de l'inceste, d'un renoncement au désir, du corps à corps génital avec le géniteur du sexe complémentaire et à la rivalité sexuelle avec celui du même sexe, jusque dans la vie imaginaire. Dans le cas contraire, l'enfant qui n'a pas résolu le complexe d'Œdipe reste très dominé par l'ambiance émotionnelle de sa relation à la mère ou au père.

C'est justement ce que nous observons chez Gabriel, déjà dans un degré pathologique. En fait, au moment où Gabriel laisse sortir le prénom Marta, il fait un lapsus de langage en mettant le prénom de sa mère à la place de Patricia. A ce moment-là, quelque chose se dévoile pour lui-même qui, pris dans l'embarras, révoque immédiatement le nom de Patricia et part très énervé. Ceci paraissait la réponse la plus folle et, à la fois, la plus cohérente pour expliquer la fixation de Gabriel pour Patricia Gomes. Un autre événement qui renforce l'idée que Gabriel vivait une indéfinition de place appliquée aux membres de la trame œdipienne s'est passé le jour où Gabriel, soudain m'a dit : « *Je n'ai jamais visité le tombeau du père de Patricia.* » Je lui demande alors comment s'appelle le père de Patricia Gomes. Gabriel me répond : « *Il s'appelle João* ». Afin de savoir s'il y a là une autre révélation du même ordre, je décide d'aller chercher dans l'arbre généalogique de Gabriel le nom de ses familiers. Et voilà que son grand-père maternel, décédé il y a quelques années, s'appelait João.

Son amour pour Patricia Gomes représentait, en fait, son amour dissimulé pour sa mère et de son attachement persistant à son premier objet d'amour. Ceci confirme l'aveu de la mère sur une non-coupe du « cordon ombilical psychique » entre les deux, et laisse clair que Gabriel était inséré dans une problématique œdipienne où les éléments de la triangulation se trouvent dans des positions peu démarquées. N'arrivant pas à s'approprier d'une image du corps ni de la construction d'une peau psychique, Gabriel se voit toujours collé au corps de sa mère, même quand elle s'éloigne.

C'est ainsi qu'en présence de la mère, Gabriel y était toujours uni physiquement et, quand une coupe s'imposait, l'illusion d'un amour pour Patricia Gomes venait soutenir l'angoisse de cette séparation physique. Nous observons que la musique aussi portait cette fonction chez lui. Cet amour mystérieux qu'expérimentait Gabriel était chanté par lui, à tout moment. Lorsqu'il se trouvait tout seul dans son coin, Gabriel chantait normalement des chansons romantiques en dédicace à cette femme. Celles-ci étaient plutôt appréciées par un public adulte et leurs paroles illustraient un sentiment d'amour « fou » et incontrôlable. L'une des chansons que Gabriel chantait le plus souvent est inspirée d'une histoire réelle d'amour de l'un des plus grands chanteurs brésiliens, en dédicace à sa femme qui a succombé d'un cancer. La souffrance de ce chanteur a été très médiatisée, provoquant un sentiment de compassion très fort de la part de la société envers celui-ci. Selon le chanteur, cette chanson symbolisait l'amour éternel qu'il ressentait pour sa femme. Gabriel répétait son refrain en boucle :

Ela é minha vida / Elle est ma vie
Ela é meu amor / Elle est mon amour
Eu so penso nela seja onde for / Je ne pense qu'à elle, où que je sois

Il y avait une autre chanson que Gabriel chantait aussi, de façon très expressive.

Les paroles disaient :

Mais tem que me prender / Mais il faut me prendre
Tem que seduzir / Il faut me séduire
Só pra me deixar louca por você / Juste pour me laisser folle de toi
Só pra ter alguém / Juste pour avoir quelqu'un
Que vive sempre ao seu dispor / Qui vit toujours à ta disposition
Por um minuto de amor / Pour une minute d'amour

La non-renonciation de ce premier objet d'amour provoquait chez lui des sentiments paradoxaux, de plaisir et en même temps d'une souffrance profonde. Ceci pouvait expliquer le sentiment ambigu qu'il gardait envers les personnes du sexe féminin, variant entre l'attrance et l'agressivité, adoration et répugnance. Dans la cour de récréation, il avait l'habitude de demander les stagiaires et maîtresses en mariage. Certaines essayaient de lui expliquer – sans succès – qu'un mariage entre un adulte et un enfant n'était pas possible. D'autres trouvaient sa proposition rigolote et souriaient. Une, en particulier, disait l'adorer et, ne comprenant rien de ses limitations par rapport au toucher, essayait à chaque fois de l'embrasser sur les joues à contre cœur. Elle venait lui rendre visite de temps en temps en classe. Dès que Gabriel la voyait arriver à la porte, il s'esquivait. Elle le poursuivait pour l'attraper. Dans ses bras, sans pouvoir s'échapper, il avait son corps tendu, retenait sa respiration, et signalait son dégoût : « *Lâche-moi ! Dévoreuse d'homme !* ».

Sa fixation amoureuse ne se limitait pas pour autant à la personne de Patricia Gomes. Il faisait également une vraie fixation sur Isabel, une collègue de classe. Elle était la seule personne de toute l'école que Gabriel appelait par son nom. En classe, il la cherchait tout le temps, tenant un rapport ambigu avec cette petite fille. Des fois, il la cherchait pour la griffer, la taper et l'insulter, alors qu'à d'autres moments c'était pour lui crier dans l'oreille qu'il l'aimait. Il lui donnait des ordres de forme répétitive, jusqu'à l'épuisement : « *Isabel, tu vas te marier avec moi ! Tu vas te marier avec moi !* ». Ou alors « *Isabel, tu vas entrer dans l'église ! Tu vas entrer dans l'église !* ». La petite fille avait peur de lui et me demandait toujours de le maintenir à distance. Selon la mère de Gabriel, c'était aussi le seul sujet que Gabriel partageait avec la famille concernant l'école. Selon elle, dès qu'il arrivait à la maison, Gabriel n'arrêtait pas de parler d'Isabel.

Envers les autres filles, il faisait preuve à coup sûr d'agressivité. Cela, jusqu'au jour où il a agressé Viviane. Elle était la plus grande et forte fille de toute la classe et, du fait de ses agressivités, Viviane le détestait. Elle n'a pas eu pitié de lui et lui a donné de forts coups de poing et de pied. Gabriel n'a pas eu de réaction physique contre elle. Il est resté debout, tétanisé, les yeux grands ouverts, les muscles tendus. Il avait mal, mais il n'arrivait pas à exprimer sa douleur. Je viens à son secours et, pour la première fois, Gabriel s'approche de moi comme s'il cherchait un lieu de protection et de soulagement. Il s'assoit sur mes genoux et je lui dis qu'il peut pleurer s'il a mal. Il se rétrécit et se met à pleurer.

Toutes ces déclarations et comportements envers les femmes ne peuvent pas être considérés comme anodins : fixation pour le mariage avec sa collègue, une érotomanie envers la sénatrice de l'Etat, l'usage du terme « dévoreuse d'homme » par un garçon de 8 ans, ses chansons répétées d'amour, agressivité uniquement envers les personnes du sexe féminin, les femmes le font souffrir. Tout cela nous pose question. En fait, la non-différenciation trouvée chez le psychotique peut être considérée comme une « dévoration psychique » de la part de la mère vers son enfant. Gabriel vivait encore l'expérience de jouissance la plus primaire en même temps qu'il portait la sensation d'être un homme dévoré psychiquement par une femme. L'image de la femme était donc à la fois attirante et menaçante. C'est donc le fait de se laisser à disposition de l'Autre, de ne pas assumer sa place de sujet, qui rend Gabriel prisonnier dans sa propre psychose.

Nous nous interpellons encore sur le rapport qui pourrait exister entre Patricia Gomes, cette femme de grande notoriété dans le scénario politique, et sa mère. Nous construisons une hypothèse, en nous appuyant sur les enseignements de Lacan, que cette association pourrait s'expliquer par le fait que les deux symbolisent la loi, l'une réelle en tant que femme représentative de l'Etat, et l'autre symbolique, en tant que mère porteuse de la loi. Ceci peut expliquer également l'attirance de Gabriel par les émissions politiques. Selon sa mère, Gabriel regardait attentivement, tous les jours, pendant la période pré-électorale, les clips des campagnes des politiciens, émission considérée normalement comme ennuyeuse même pour les adultes. A l'école, Gabriel nous donnait preuve de son intelligence. S'il était interrogé, il pouvait donner le nom des candidats et leurs numéros respectifs d'identification. Plus proche des élections, Gabriel n'arrêtait pas de répéter les slogans et les numéros de politiques. Cela l'excitait et il l'amenait à incarner le rôle de l'électeur indécis, soutient des fois le candidat de gauche, et parfois celui de la droite. Sa remarquable capacité de retenir certaines informations qui lui plaisaient, comme la musique et la politique, poussaient certains à mentionner le diagnostic de syndrome d'Asperger. La question de la loi et du pouvoir était fixée à un registre imaginaire chez Gabriel.

En sachant que la fin de la dyade se fait lorsque le troisième terme y est inséré, nous devons réfléchir maintenant au rôle du père dans cette problématique. Or, si Patricia Gomes représentait

l'image de sa mère, on peut croire que Lineu Vasconcelos pourrait bien représenter la problématique qu'il affrontait avec l'image de son père. Comme la mère m'avait dit, on n'avait pas coupé le cordon ombilical. Qui, alors, pourrait le couper ? Une métaphore paternelle se présentait incapable de séparer cette union entre la mère et l'enfant. Gabriel, alors, se posait des questions en face de ses angoisses : « *Qui a tué mon père ?* ». Ce père qui n'avait jamais apparu, aurait-il été mis par Gabriel à la place d'un père mort, dans un registre imaginaire ?

L'image d'un père mort serait représentative d'une ignorance totale de la part de Gabriel de ce que serait le signifiant Nom-du-Père. Ce tiers qui aurait pour fonction de barrer la dyade symbiotique mère-enfant ne serait jamais présenté, configurant ainsi la Forclusion du Nom-du-Père. De ce fait, Gabriel serait capturé dans le temps d'aliénation, ce qui l'empêchait d'accéder à la place de sujet. Nous concluons que le fait que Gabriel se trouve plongé dans une problématique œdipienne exclut l'idée qu'il puisse être atteint de l'autisme infantile précoce. Comme nous l'avons vu, l'autiste infantile précoce se trouve encore en-deçà de la problématique de la castration, vivant le manque complet de tous les signifiants. Sa problématique serait plutôt celle de la rupture du circuit pulsionnel qui l'empêche de former la dyade avec sa mère. Dans ce cas, l'intervention précoce consiste à remettre en route ce circuit et relancer la dyade mère-enfant, comme nous l'apprennent les psychanalystes qui travaillent dans l'intervention précoce des bébés présentant des risques d'autisme.

L'analyse du discours de Gabriel nous montre qu'il a déjà dépassé cette problématique, mais qu'il n'a pas encore surmonté la prochaine étape de se détacher psychiquement de sa mère et de se faire marquer par le signifiant du Nom-du-Père. Tous les indices que nous avons exposé ci-dessus, sont la preuve que les troubles de Gabriel sont tout à fait soumis aux facteurs environnants, et même si un jour nous avons la confirmation d'une étiologie biogénétique, il reste clair que cette confusion dans le processus de subjectivation chez Gabriel est représentative d'un cadre de désharmonie familiale.

Françoise Dolto, dans sa préface du livre *Le premier rendez-vous chez le psychanalyste* de Maud Mannoni, affirme que la manière d'écouter du psychanalyste est porteuse d'un sens d'appel à une vérité qui les oblige à approfondir leur propre attitude fondamentale. Dans ce sens, le rôle du psychanalyste doit être compris comme une présence humaine qui écoute. En ce qui concerne plus particulièrement les enfants en souffrance psychique, la psychanalyste parle de la difficile tâche de l'enfant d'assumer une place de sujet au sein d'une famille insérée dans un contexte conflictuel. Très souvent, ce sont eux qui fonctionnent comme des « boucs émissaires » de la maladie de la famille, portant tous seuls sur le dos, le poids lourd d'une parole nouée pendant quelques générations :

*Là où le langage s'arrête, c'est le comportement qui continue à parler, et lorsqu'il s'agit d'enfants perturbés, c'est l'enfant qui, par ses symptômes, incarne et présentifie les conséquences d'un conflit vivant, familial ou conjugal, camouflé et accepté par ses parents. C'est l'enfant qui supporte inconsciemment le poids des tensions et interférences de la dynamique émotionnelle sexuelle inconsciente en jeu chez les parents, dont l'effet de contamination morbide est d'autant plus intense que le silence à leur propos et le secret en est gardé [...] C'est le jeune enfant et l'adolescent qui sont porte-parole de leurs parents. Les symptômes d'impuissance que l'enfant manifeste sont aussi une résonance aux angoisses ou aux processus réactionnels à l'angoisse de leurs parents.*⁴⁸⁰

Le fait que Gabriel explique ses comportements régressifs comme une manière de punir ses parents ne doit pas être négligé. Cela nous donne des indices pour comprendre, de manière plus générale, le contexte dans lequel Gabriel est inséré. Sa fixation sur l'histoire du *Vilain Petit Canard* et les répétitions continues de la scène d'abandon du petit animal peuvent être considérées comme une identification au sentiment d'exclusion que Gabriel a vis-à-vis de sa famille. Ceci semble se confirmer lorsque j'évoque avec la mère de Gabriel sa notable attirance pour les marionnettes. Elle me parle d'un ton assez banal : « *Oui, c'est vrai. Gabriel a toujours été attiré par les marionnettes et dès qu'il en voit une il n'arrive pas à s'en détacher.* »

En effet, ce fait a déjà été observé, à plusieurs reprises, par les membres de la famille de Gabriel qui ne semblent pas remarquer un changement chez lui à ce moment-là, ni prêter une écoute plus sensible à son changement de discours. C'est ainsi que nous comprenons que, lorsque Gabriel peut transformer ce sentiment en mot, cela lui permet d'avancer vers la place de sujet de son discours. Mais, n'ayant pas le même type d'écoute au sein de sa famille, Gabriel ne trouve pas une autre solution que de produire des comportements de confrontation à ses parents pour se faire entendre.

L'analyse de ce cas confirme aussi l'importance d'un travail auprès des parents, puisque si l'ambiance familiale n'est pas rétablie pour accueillir les transformations de l'enfant et soutenir son développement, il est fort probable que le travail psychothérapeutique ne trouve pas son extension. Selon Fischer Bernardino, le travail avec les parents des enfants malades mentaux consiste en la double reconnaissance dans les registres Réel, Symbolique et Imaginaire : d'abord, la reconnaissance des parents comme parents réels, imaginaires et symboliques, ensuite, dans la reconnaissance de l'enfant comme un enfant qui est porteur des traits familiaux (imaginaires), comme partie de la série des enfants de la famille (filiation symbolique) et, en plus, comme un enfant (réel), et pas comme un

⁴⁸⁰ Préface de Françoise Dolto. Mannoni, M., *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*, Paris : Denoël/Gonthier, 1965

« autiste » ou un « psychotique ». Il s'agit, alors, du processus de construction d'une relation de filiation qui, pour les parents, est rompue et l'enfant est représenté par cette rupture.⁴⁸¹

Un autre point intéressant à soulever à ce moment du cas, c'est la non-implication de la famille dans la souffrance de Gabriel. A cet égard, la posture de la mère semblait paradoxale. En même temps qu'elle faisait recours à une analyse pour essayer de comprendre et d'accepter la situation, comme elle nous dit, elle croyait pouvoir trouver l'explication des difficultés de son enfant dans le résultat d'un test génétique. Le père, lui, assume une posture plus agressive envers Gabriel lorsqu'il nous fait la révélation : *Je sais bien qu'il comprend tout et qu'il fait semblant d'être un idiot. Il n'est qu'un dissimulé !* Par ses dires, le père montre avoir compris que Gabriel n'est pas passif dans sa maladie et que c'est un choix à lui de refuser d'adhérer à l'ordre.

Mais, à aucun moment, le père ne se met en question dans cette problématique familiale et ne semble pas vouloir connaître le pourquoi des comportements de confrontation de Gabriel. Il met alors la responsabilité du développement de Gabriel sur le « dos » des professionnels qui s'en occupent, déqualifiant toute sorte d'aide qu'apporte une réflexion sur la question. Dans le même mouvement que la mère, le père renforce l'empirisme des pratiques qui montrent, pour A+B, où se trouve le noyau du problème. Face à un tourbillon d'émotions et à un tel sentiment d'incompréhension et d'impuissance, les parents sont facilement penchés à adhérer aux réponses « précises » – même si elles ne représentent que des hypothèses – données par des savoirs scientifiques qui n'ont aucun intérêt de mettre en question la dimension psychique du sujet. En soulageant les parents et à la fois les séduisant, ces savoirs gagnent, sans hésitation, le statut de vérité, en toute puissance.

On touche par là à la question la plus polémique sur l'abord psychanalytique avec des enfants : l'implication des parents dans la maladie de ses enfants. Il est important de souligner, encore une fois, que la posture de la psychanalyse a beaucoup évolué sur cette question, sans pour autant la dénaturer. Aujourd'hui, nous ne trouvons plus de psychanalystes qui ignorent les avancées scientifiques sur ce sujet. De ce fait, ils ne culpabilisent plus les parents d'enfants en souffrance psychique, comme cela a été le cas autrefois. Bien que ce regard plus large soit lancé sur le sujet de la part des psychanalystes, afin de ne plus reproduire le « massacre psychologique » avec les parents d'enfants autistes, la psychanalyse tient toujours à l'idée que le sentiment de culpabilité est une marque intime présente dans toutes les relations entre êtres humains.

Il reste indiscutable que ce sentiment de culpabilité accompagne non seulement ces parents-là, mais n'importe quel être humain inscrit dans la chaîne symbolique. Certains psychanalystes essaient de l'expliquer de manière plus souple, comme Alexandre Stevens, par exemple. Selon lui, le

⁴⁸¹ Bernardino, L., *As psicoses não decididas da infância*. São Paulo : Casa do psicólogo, 2004

travail du psychanalyste consiste – et consistera toujours – à mettre ce sentiment de responsabilité en premier plan dans le processus de la cure. Ainsi, l'éthique analytique reste conséquente, c'est-à-dire que le sujet est responsable de ce qu'il dit et fait.

*La culpabilité qui porte sur les parents d'enfants autistes est une culpabilité qui vient d'abord de l'idée psychologique que ce qui arrive à l'enfant vient des parents. Je n'en crois rien. La position de la psychanalyse est au contraire de ne pas penser que les parents sont responsables de ce qui arrive aux enfants mais que les enfants sont responsables de leurs choix depuis le début. Il est pour certains difficile d'admettre que, si un enfant est autiste, ce n'est pas à cause des parents mais à cause de lui-même : le sujet autiste a lui-même choisi une voie pour répondre à des difficultés qu'il a rencontrées en entrant dans l'existence.*⁴⁸²

Nous attirons donc l'attention sur la fausse promesse des approches biogénétiques à faire disparaître ce sentiment chez les parents d'enfants en souffrance psychique, par la trouvaille d'un gène ou une molécule qui vient assumer cette responsabilité. Nous venons signaler le caractère illusoire de cette pratique, car même les parents d'enfants dont les maladies sont indéniablement génétiques – que cela soit une trisomie, une mucoviscidose, ou autre – éprouvent un sentiment de culpabilité d'être à l'origine de ce mal, vu qu'un gène est le premier héritage que les parents transmettent à leurs enfants.

Des enlacements psychiques

Les jours sont devenus plus amusants et moins pénibles avec la compagnie de la marionnette. Peu à peu, je remarque que les agressions, les insultes et les comportements bizarres de Gabriel diminuent. Sa relation avec la marionnette était devenue si forte qu'il n'arrivait plus à se détacher d'elle et s'y refusait catégoriquement. S'il se voyait obligé, il se mettait à pleurer et décompensait. Un exemple clair s'est passé le jour du cours d'éducation physique. Gabriel refusait de quitter la marionnette, mais le professeur de sport trouvait que la présence du jouet dispersait les autres enfants des activités. Le professeur lui interdit alors d'utiliser la marionnette pendant les cours. Tout de suite, Gabriel entre dans un état de décompensation dans lequel il tape sa tête contre le mur et il se jette par terre. Je le tiens dans mes bras et lui dis : « Tu me

⁴⁸² Stevens, A., *Ibid.* p.16

donnes la marionnette, je la tiens auprès de moi et à la fin du cours, je te la rends. » Je l'interpelle : « *Tu me fais confiance ou pas?* » A ce moment-là, Gabriel se calme et consent à me donner la marionnette.

À partir de cette intégration avec les marionnettes et du rapport de confiance qu'il établit envers moi, Gabriel perdait la peur de me dire ce qu'il ressentait toujours intercédé par la parole de son double. C'est par ce biais que j'ai pu découvrir qu'il aimait la couleur bleue (ce qui n'était pas une nouvelle), mais il ne disait plus qu'il détestait les autres couleurs ; il aimait les chevaux de son ecothérapie et il m'a parlé avec joie des jours où il y allait ; et qu'il aimait venir à l'école. Désormais, je sentais que la marionnette brisait graduellement la barrière psychique qui l'empêchait d'établir un contact direct avec les autres, en même temps que cela le fortifiait. Gabriel donnait signe de vouloir s'ouvrir au monde extérieur et construire des relations dynamiques et authentiques avec les gens.

Dans ses conversations, Gabriel laisse souvent transparaître une faible estime de lui-même, comme lorsqu'il me pose la question suivante : « *Mirka, tu me trouves con et moche ?* » Je lui réponds : « *Pas du tout !* » Après avoir entendu ma réponse, Gabriel lâche un discret sourire qui lui a donné un air de joie et de reprise de confiance. La deuxième fois qu'il me pose cette même question, je reconnais les dires du Vilain Petit Canard, lorsque celui-ci souffre les insultes des autres canards, dû au fait d'être différent.

Une complicité acquise auprès de Gabriel pendant ces premiers mois d'accompagnement commence à se manifester de manière plus évidente et Gabriel me fait des révélations. Une matinée de classe, on entame une mise en scène avec les marionnettes qui semblait amuser énormément Gabriel et les autres enfants. A un moment donné, je chante avec les autres enfants un petit morceau de la chanson dont la parole parlait des aliments. Gabriel arrête le jeu, et me dit impérativement : « *Arrête de chanter cette chanson ridicule. Je la déteste ! Je te déteste, toi aussi !* ». Donnant continuité au jeu, j'entre dans la mise en scène jouant mon propre rôle et je me mets à discuter avec ma marionnette : « *Bouaaa, tu as entendu ça, petit cochon ? Gabriel a dit qu'il me déteste* ». Gabriel me regarde avec l'air peiné et le Coq Gabriel vient me consoler, en chuchotant dans mon oreille : « *Ne pleure pas, Mirka. Gabriel m'a dit qu'il t'aime.* » Pour la première fois, Gabriel prononce des mots d'attachement et de tendresse envers moi.

Cet attachement envers moi ne cesse pas de s'intensifier et il me provoque de nouvelles révélations. Un jour, en classe, tous les enfants étaient assis par terre avec la

maîtresse, en faisant une activité de collage. Gabriel se refusait à le rejoindre, préférant rester sur la table à faire des dessins. Il jouait avec la marionnette pendant que je préparais ses devoirs. Il me repose soudain la question qui traversait souvent son esprit : « *Mirka, tu me trouves moche ?* » Je lui fais signe pour lui expliquer qu'il connaît déjà ma réponse. Il a donc rajouté : « *Toutes les personnes rient de moi. Je vais m'enfuir, je pars de la ferme.* ». J'aperçois une énorme proximité de ses dires avec l'histoire du *Vilain petit canard* au moment de son abandon par la famille. Et il rajoute : « *Mirka, donne-moi une feuille car je veux t'écrire une lettre* ». Alors, il laisse la marionnette de côté et il commence à faire des traits sur le papier comme s'il écrivait, en la dictant en voix haute :

*Mirka,
Je pars de chez moi et je vais pleurer dans la forêt parce
qu'il n'y a nulle part ailleurs où je puisse pleurer.
Qu'est-ce que tu vas me manquer. (Soupirs)
Je t'aime*

Adieu pour toujours

Coq Gabriel

Gabriel cherche spontanément ma présence et ne montre plus de barrières physiques. Cependant, cette ouverture lui apportait une sensation ambiguë, où il se voyait partagé entre l'attirance et la méfiance. Un matin, Gabriel se montre un peu plus agité que d'habitude avec des mouvements stéréotypés plus évidents. Soudain, il me dit d'un air irrité : « *Toi, tu veux déranger mon mariage avec Patricia, mais tu n'arriveras pas.* » Là, je me vois encore une fois confrontée aux énigmes de son discours. Cela jusqu'au jour où il me fait une autre révélation, qui me permet de tisser un lien entre elles. Gabriel s'approche de moi tout doucement et il me dit : « *Mirka, je suis amoureux d'une autre femme.* » Sans hésiter, je lui demande : « *Ah bon, c'est qui, cette femme ?* » Alors, il me répond : « *C'est toi, Mirka ! Veux-tu m'épouser ?* ». Ensuite, il me prend la main et fait semblant de glisser une alliance sur mon doigt, puis il me regarde profondément et chante la chanson suivante :

*É você / C'est toi
Só você / Juste toi
Que na vida vai comigo agora / Qui me suis dans la vie désormais
Nos dois na floresta e no salão / Nous deux, dans la forêt et dans le salon
Nada mais / Rien d'autre
Deita no meu peito e me devora / Allonge-toi sur ma poitrine et dévore-moi
Na vida só resta seguir / Dans la vie, il ne reste qu'à suivre
Um risco, um passo, um gesto rio afora / un risque, un pas, un geste au-delà de
la rivière*

*É você / C'est toi
Só você / Juste toi
Que invadiu o centro do espelho / Qui as envahi le centre du miroir
Nos dois na biblioteca e no saguão / Nous deux dans la bibliothèque et dans la
cour
Ninguém mais / Personne d'autre
Deita no meu leito e se demora / Allonge-toi dans mon lit et attarde-toi
Na vida só resta seguir / Dans la vie il ne reste qu'à suivre
Um risco, um passo, um gesto rio afora / un risque, un pas, un geste au-delà de
la rivière
Na vida só resta seguir / Dans la vie il ne reste qu'à suivre
Um ritmo, um pacto e o resto rio afora / un rythme, un pacte et le reste au-delà
de la rivière*

Gabriel semble inspiré d'une scène de film ou feuilleton, cependant, cette fois-ci il incorpore son propre « personnage ». Je fais l'essai de lui répondre comme les autres stagiaires lorsqu'elles sont interpellées par Gabriel de la même manière : « *Je suis désolée, mais ce ne sera pas possible. Un mariage entre nous serait tout simplement impossible, parce que tu es encore un enfant et moi un adulte.* » Dans son visage, j'aperçois qu'il n'a pas l'air convaincu par cette réponse. Gabriel était déjà tellement habitué à demander des femmes en mariage et d'avoir toujours ce même genre de réponse que cela ne lui produisait plus aucun effet. Je rajoute donc : « *En plus, j'ai un copain, je l'aime et je pense qu'il serait fâché de savoir que quelqu'un d'autre veut m'épouser.* » Contrarié par ma réponse, Gabriel met ses mains sur la tête, frissonne le visage et me dit d'un ton horrifié : « *Quoi ?! Tu as un autre homme ?! Traîtresse ! Je vais le tuer, ce connard !* » Il part donc énervé, me laissant des insultes.

Le transfert

Nous avons appris avec Freud que l'inconscient est un important élément du psychisme humain et l'instrument d'investigation essentiel de la psychanalyse. C'est dans ce sens que nous croyons la psychanalyse comme une forme de recherche singulière qui constitue un champ de possibilités infinies dans la recherche de la subjectivité humaine. Cette perspective propose d'écouter le dire du sujet et appréhendant la douleur qui exhale de ses mots. Le cas de Gabriel en est illustratif. Nous avons essayé surtout d'écouter ce qu'il y a de singulier dans le discours de cet enfant, avant même de poser sur lui des étiquettes ou diagnostics, car nous croyons que ceci doit impérativement figurer comme une démarche secondaire à la rencontre.

La parole de l'enfant malade dévoile toujours quelque chose sur lui. Kanner, par exemple, a constaté cela après quelques années d'observations d'enfants autistes. Au départ, il ne voyait aucune valeur communicative dans le parler autistique, le définissant comme « un exercice de mémoire se suffisant à lui-même ». Il remarque, cependant, que certaines phrases répétitives des autistes, apparemment dépourvues de signification, pouvaient être déchiffrées en les replaçant dans le contexte dont elles étaient issues. Ainsi, ces phrases répétitives n'avaient apparemment aucun sens tant qu'on n'en avait pas reconstitué le contexte d'origine. Ne pas négliger la parole d'un sujet est une consigne explicite de la psychanalyse, même si elle apparaît sous la forme d'énonciations écholaliques ou de paroles « folles ». Bernard Touati affirme que « quand le langage est présent, il serait donc erroné de le décrire comme dénué de valeur de communication et révélant du domaine du non-sens. »⁴⁸³ Nous considérons ainsi que si la parole du sujet est écoutée comme un message, ceci lui donne la possibilité d'inscrire quelque chose, quelque part.

Face à Gabriel, nous avons assumé ce pari de faire un lien de tous les éléments dispersés laissés par Gabriel et à croire qu'il s'agit là des indices qui révèlent son état interne. Un travail de déchiffrage devient essentiel pour ceux qui croient qu'il y a là un sujet conditionné par une logique autre. Lorsque Gabriel m'écrivit une lettre d'au revoir, il mentionne la forêt comme l'endroit où il décide de se réfugier pour pleurer. Observons là une proximité avec le passage du livre où le vilain petit canard apparaît pour pleurer après avoir été rejeté par sa famille. Gabriel l'associe à un lieu de refuge et d'accueil de cet abandon. Cela montre que, bien qu'il essaye, Gabriel n'arrive pas à trouver sa place de sujet et il est donc obligé de se renfermer dans sa « forêt », là où il peut continuer à « être », sans se soumettre à l'ordre symbolique. Le plus important à retenir de ce passage est l'essai

⁴⁸³ Touati, B., *Langage, voix et parole, op.cit.*

de Gabriel de mettre en mots ses sentiments les plus confus et profonds d'abandon et de non-appartenance au monde extérieur et de sa stratégie autistique « de prendre la fuite ».

Cependant, dans la lettre, Gabriel laisse croire qu'un lien avec ce monde extérieur s'est établi. Il parle de son sentiment d'amour envers moi, me reconnaissant en tant qu'autre, une altérité, quelque chose qui vient faire trait chez lui. Si cela laisse une marque, il lui laisse, d'emblée, un manque. Cette déclaration coïncide avec le moment où Gabriel montre un discours plus réaliste, dans lequel il de de moins en moins de mentions sur les ses histoires fantastiques et sur son amour pour Patricia. Nous constatons que quelque chose prend corps chez lui.

Ceci configure une logique essentielle à la pratique clinique, qu'elle soit appliquée aux névrotiques, psychotiques ou autistes. Catão nous parle que l'analyste doit faire un pari éthique face au sujet. La prise en compte des productions langagières de l'enfant comme signifiantes et porteuses de ce qui s'esquisse en elles comme formation de l'inconscient effectue des coupures symboliques dans le réel du langage. Pour que cela ait lieu, il faut qu'un autre humain se prenne pour le destinataire de ces paroles. Selon la psychanalyste, cet acte s'approche du travail analytique réalisé auprès des bébés dont le but est de donner des significations aux moindres gestes et vocalisations produits de sa part dans le rapport à l'autre maternel. La personne qui est face à un enfant autiste ou psychotique fait donc le même pari éthique que fait une mère lorsqu'elle est en face de son bébé, voyant dans des simples cris de douleurs un message qui lui est adressé.⁴⁸⁴

« *Si tu pars, toi aussi, tu me manqueras.* » dis-je à Gabriel après son aveu contenu dans sa lettre. Il est immédiatement envahi par un discret sourire de joie. Nous sommes là, dans la construction d'une altérité et, surtout, dans la reconnaissance de sa place en tant que sujet. Dans ce sens, Laznik met en avant la mise en scène de la perte de l'objet de l'Autre incarné par l'analyste comme quelqu'un qui peut être manquant, et à partir du manque dans l'Autre, l'enfant peut vivre son propre manque, la propre perte d'une partie de lui-même. L'analyste incarne ainsi sa propre incomplétude formulée au niveau de son corps.⁴⁸⁵ Ce passage illustre ainsi un travail dans lequel il y a l'instauration d'une séparation de Gabriel d'une part de lui-même et d'une coupure par rapport au champ de l'Autre signifiant. C'est ainsi qu'il faut comprendre que l'acte de supposer un sujet équivaut à l'acte de lui donner la possibilité d'assumer cette place.

C'est donc à partir des observations autour des effets de langage provoqués par ce changement de posture chez le patient et chez l'analyste que Freud arrive à la notion de transfert. L'apparition de ce terme est concomitante à l'émergence de la Psychanalyse. Les études de Freud sur le transfert apparaissent bien proches de la théorie du Complexe d'Œdipe et du concept de castration qui est contenu dans cette théorie. Le processus psychanalytique se sert des capacités du

⁴⁸⁴ Catão, I., *op.cit.*

⁴⁸⁵ Laznik, M-C., *Ibid.*

thérapeute à décrypter le langage préverbal et à utiliser la relation transféro-contretransférentielle élargie. *Grosso modo*, la psychanalyse nous explique que le transfert est la réédition des contenus œdipiens et que les échanges établis entre l'enfant et le psychothérapeute vont permettre la reprise des processus du développement restés en suspens, ainsi que la mise en place de contenants de pensée indispensables à l'utilisation des apprentissages.

La fascination de Gabriel pour le mariage et ses nombreux essais de demande en mariage aux jeunes femmes de l'école représente une possibilité de vivre ce conflit œdipien de manière plus claire, décalé de son système familial, qui ne s'en montrait pas propice. La chanson, indubitablement bien choisie pour représenter la « scène » où Gabriel me demande en mariage, proposait un départ « au-delà de la rivière », voyage dans lequel il faut franchir le pas et prendre des risques pour vivre un amour symbiotique et anéantissant. En même temps, il était clair que ce que Gabriel cherchait, lorsqu'il demandait une femme en mariage, c'était la possibilité de vivre l'expérience de castration, l'instauration des interdits au niveau d'une sexualité infantile. Il avait besoin d'être confronté à cet Autre castrateur. C'est ainsi que, passée l'envie de tuer mon copain, il me demande, à plusieurs reprises, comment il s'appelle, où il habite, etc. Voyons que cela le mettait dans un travail de nouement des registres réel, symbolique et imaginaire.

Jerusalinsky nous enseigne encore que la position psychotique chez l'enfant caractérise justement le fait que celui-ci se trouve empêché de produire une structuration symbolique qui viendrait le représenter face à l'Autre. L'auteur affirme encore que lorsqu'il y a une indifférenciation entre le sujet et l'Autre, l'enfant est obligé de se présenter de façon réelle, c'est-à-dire, se faire présent et non se faire représenter. Ceci fait qu'au moment de la cure, le psychanalyste doit prendre en compte non la demande du sujet, puisque celui-ci ne demande rien, ou s'il demande c'est généralement pour renforcer son fonctionnement psychotique. C'est ainsi qu'on peut affirmer que le transfert psychotique trouve toute une particularité vis-à-vis des autres positions subjectives, puisqu'il se différencie par le manque de l'opération de séparation et d'une première conscience d'une altérité, c'est-à-dire que « l'autre n'est pas moi ».

Cela veut dire que la distinction de l'autisme infantile précoce et de la psychose infantile peut s'identifier aussi par le biais du transfert et de l'aménagement de la cure. Ceci parce que, chez l'autiste, l'intervention du psychanalyste se fait autour d'une élaboration d'une identification primaire, d'une inscription d'un trait de l'Autre encore au niveau sensoriel. Dans la vignette clinique du traitement d'un enfant autiste par Laznik, celle-ci souligne l'importance du travail sur le champ du signifiant de l'autre maternel, à partir duquel l'enfant ne peut pas encore s'inscrire. L'écoute du signifiant maternel, la scansion du champ signifiant maternel au travers de consultations conjointes

des parents avec l'enfant autiste s'est révélée un axe de travail important sur le champ signifiant, où l'enfant est baigné, permettant l'inscription d'une aliénation pour mener ensuite au travail de séparation.⁴⁸⁶

Dans tous les cas, la fonction de l'analyste est, selon Jerusalinsky, d'occuper cette position demandée par l'enfant et représenter une « puissance tutélaire d'amour », installant de petits pansements qui vont fonctionner comme des bords, en lui ouvrant des possibilités de subjectivations.⁴⁸⁷ Ceci étant, l'analyste doit prendre en compte sa parole tout en donnant réponse au transfert établi par l'enfant. Il est donc erroné de considérer l'enfant psychotique ou autiste comme un malade devant être « guéri » à travers l'usage des médicaments ou de techniques éducatives adaptées. Il doit être considéré comme un sujet qui mérite d'être écouté dans sa singularité.

Éclosions

Les derniers mois d'accompagnement ont été marqués par un profond changement chez Gabriel. Peu à peu, il se sentait plus à l'aise avec les personnes, des éclosions sont faites et nous avons pu, au fur et à mesure, découvrir la face cachée de ce petit garçon, remarquablement détaché de ses entraves psychiques. Nous allons nous concentrer sur les moments les plus « parlants » de ce changement observé par tous dans son entourage.

A commencer par son arrivée à l'école qui, à côté de son père, était toujours marquée par ses comportements ritualisés où Gabriel insistait pour masquer son air tendu par une montée d'angoisse. Même en ayant déjà acquis un bon rapport avec lui, Gabriel semblait toujours ignorer ma présence lors de son arrivée. Cela jusqu'au jour où Gabriel décide de casser ce rituel. Il lâche la main de son père pour venir spontanément auprès de moi. Il m'entoure dans ses bras maladroitement, sans trop me serrer, et il me fait un bisou sur la tête. Son père n'en fait aucune remarque et me demande simplement de l'amener jusqu'à la classe. Désormais, Gabriel gagnait cette nouvelle habitude de se faire accompagner par son père jusqu'à la porte d'entrée et continuer son chemin avec moi jusqu'à la classe.

Dans ces courts trajets quotidiens, je pouvais observer que le rapport de Gabriel à l'école changeait. Il avait l'air content et souriant. Gabriel commençait à aimer venir à l'école. Il s'amusait à me chercher avec des insultes et rigolades, en attendant que je

⁴⁸⁶ Laznik, M-C., *Vers la parole*, Paris : Denoël, 1995

⁴⁸⁷ Jerusalinsky, A., *Enquanto o futuro não vem*. Salvador : Agalma, 2002, p. 15

fasse ma « mise en scène » d’être déçue pour ce qu’il me racontait. Cela le faisait rire et il me disait ensuite, déjà à la porte de la classe, qu’il s’agissait d’une plaisanterie, car, en vérité, il m’aimait comme tous ceux de l’école. Désormais, ses matins débutent différemment. Il répétait ce geste plusieurs fois dans la matinée, nous montrant qu’il quittait un rituel pour acquérir un autre. Cependant, c’était là sa façon tordue de démontrer sa joie de rejoindre cette ambiance scolaire.

Une autre révélation très importante s'est passée quand on était à la sortie de l'école. Au milieu de l'agitation des parents qui cherchaient leurs enfants, Gabriel dit d'un air pensif :

G. : « Ici, à l'école, c'est cool ! Le problème c'est qu'il y a du monde. »

M. : « Et c'est quoi le problème d'avoir plein de monde ? »

G. : « Je n'aime pas quand il y a du monde. J'ai peur des personnes. »

Sa peur des personnes était probablement ce qui provoquait son retrait autistique. Il nous restait découvrir l’origine de cette peur. En tout cas, c’est à partir du moment où Gabriel arrive à parler de ses sentiments les plus touchants et terrifiants qu’il réussit à ne plus en avoir peur et à se rapprocher petit à petit des personnes.

L'équilibre de Gabriel avait eu aussi une grande évolution par rapport au début de l'année. Avant, il avait besoin de tenir ma main pour descendre les trois marches de l'escalier. Désormais, il réussissait à les sauter d'une seule fois. Mais, on ne pouvait jamais confirmer que c'était tout simplement à cause de la thérapie avec les chevaux, comme l'affirmait son père. Gabriel démontrait être équilibré dans tous les champs de son développement, autant physique, que cognitif ou relationnel.

Tous les jours, Gabriel me répétait qu’il aimait l’école et tous ses collègues. Une fois, on était assis à la table et il y avait une énorme agitation lors d’un moment de pause. Gabriel regardait l’agitation des élèves en classe, d’un air très rêveur. Il soupire et il me dit : « *Mirka, comme je suis heureux !* » Étonnée de cet aveu, je lui demande la raison d’autant de joie. Il me répond: « *Parce qu'on est tous là ! Moi, toi, Galo Gabriel, et tous nos collègues. Qu'est-ce que j'aime cette école !* ». En fait, l'ambiance scolaire devenait très importante dans sa vie. L'école représentait, maintenant, le lieu d'accueil de ses angoisses et peurs.

Ce changement d’humeur n’a pas été seulement remarqué à l’école mais également – et finalement – par les membres de sa famille. On était déjà à la fin de l'année. Gabriel tombe malade et reste quelques jours à la maison, sans pouvoir venir

aux cours à cause d'une forte grippe. A son retour à l'école, la mère de Gabriel se montre étonnée par le changement d'avis de Gabriel sur l'école, et lui dit : « *Bon, voilà ! Enfin, tu es à l'école, comme tu le voulais* ». Elle m'explique ensuite que tous les jours, Gabriel disait en avoir marre de rester à la maison et qu'il avait hâte de reprendre l'école. Elle rajoute : « *Pour moi, ça c'est surprenant. Gabriel a toujours détesté venir à l'école. Les départs de la maison ont été toujours difficiles, alors que maintenant, cela me semble très fluide.* » Son évolution commençait à être remarquée aussi par les membres de sa famille.

Le travail auprès de la marionnette a été sans doute un outil fondamental pour le développement de Gabriel. J'ai bien remarqué que ses vraies évolutions sont apparues à la suite du jour où Gabriel a écrit la lettre dans laquelle il me disait au revoir. Après cet événement, j'observe, donc, qu'il commence, petit à petit, à se détacher de la marionnette et à s'approprier sa propre image et son propre discours. Au fur et à mesure, la marionnette ne semblait plus tellement essentielle pour que Gabriel établisse un contact plus proche avec les autres.

Sa socialisation, ce que au début était sa plus grande difficulté, vu qu'il avait peur des gens, s'est finalement révélée être son plus grand progrès. Gabriel commençait à appeler tous ses collègues par leurs prénoms respectifs et s'intégrait dans le groupe, avec des dialogues contextualisés. Cela se passait aussi avec les autres enfants des autres classes. Il saluait quelques filles de la classe à côté, et il m'expliquait ensuite qu'ils étaient ensemble dans les années auparavant. Là, Gabriel disait bonjour à quelques-uns et parfois il arrivait à avoir des vraies conversations, tout en gardant certaines limitations. Les autres professionnels de l'école se disaient étonnés de voir que Gabriel n'était plus le garçon d'avant qui répétait tout le temps les mêmes phrases sans aucun sens et qui se refusait à tout contact direct avec les gens de son entourage. Il n'agressait plus les collègues et même Isabel, la petite fille sur laquelle Gabriel faisait une fixation et qui me demandait toujours de le maintenir à distance, a pu s'approcher de Gabriel. Et il s'émerveillait de sa présence. Lorsqu'il se faisait interroger par les maîtresses à propos de Patricia Gomes, Gabriel se montrait déjà capable de répondre : « *C'est Isabel, ma copine!* »

En cherchant toujours la compagnie de ses collègues, il accepte de participer à des jeux suggérés par les autres, ce qui les étonnent tous. Dans la cour, pour la première fois, Gabriel joue au foot. N'arrivant pas à contenir son état d'extase, Gabriel fait plutôt le rôle de narrateur du match, entraîné dans ses images. Cela n'empêche qu'il puisse participer de la commémoration de la victoire avec les autres, ce qui le rend heureux et

fier. Il répète tout le temps comme les phrases typiques des footballeurs brésiliens :
« *On a mouillé notre maillot !* »

Un événement encore surprenant se passe le jour où Yuri l'a invité à jouer faisant exprès d'essayer de l'énerver. Tout de suite, Gabriel accepte son invitation et Yuri, stupéfié, me dit : « *Tu as entendu ça, Mirka ? J'ai invité Gabriel à jouer et il n'a pas pleuré. Il a accepté de jouer avec moi. C'est fou !* » A ce moment-là, je profite pour expliquer à Yuri que Gabriel changeait beaucoup ces derniers temps et qu'il avait découvert comment il était bien de partager un moment de plaisir avec ses amis. Là, Gabriel avait l'air fier de lui-même par sa nouvelle conquête, par la reconnaissance des autres et il a confirmé ce que je disais à Yuri avec un simple signe positif de la tête. Les deux sont partis jouer ensemble.

Gabriel n'a pas seulement pris du goût à partager des moments de plaisir avec les collègues, mais aussi à se défendre des insultes que ceux-ci avaient l'habitude de lui envoyer. Surtout d'Yuri. Je cite trois situations qui ont été remarquées déjà à la fin de l'année. La première fois se passe quand Yuri l'insulte, comme il avait l'habitude de le faire presque tous les jours : « *Toi, Gabriel, tu ressembles à un robot !* » Gabriel, qui tient sa marionnette dans sa main, n'hésite pas à lui rendre l'insulte : « *Et toi, tu ressembles à un imbécile !* » Choqué, Yuri me fait le commentaire suivant : « *Tu as vu ce qu'il m'a dit, Mirka ? Il m'a traité d'imbécile* ». J'interviens pour lui expliquer encore que ce qu'a fait Gabriel c'est normal, car maintenant il n'accepte plus se faire insulter par quiconque, parce qu'il sait très bien qu'il n'est pas un robot, ni un malade.

Toutes ses explications n'ont pas d'effets sur ce garçon qui insiste à provoquer Gabriel. Celui-ci comprend que non seulement il peut réagir aux insultes de son collègue comme il peut chercher un appui auprès des adultes. En écoutant les provocations de Yuri, je motive Gabriel à réagir : « *Dis-lui quelque chose. Ne le laisse pas t'insulter.* » Alors, Gabriel prévient son collègue : « *Yuri, si tu n'arrêtes pas de dire des bêtises, je vais dire tout à la maîtresse.* » Yuri a continué ses insultes. Gabriel se lève tranquillement de sa chaise et tout seul va auprès de la maîtresse pour lui laisser sa plainte : « *Maîtresse, Yuri n'arrête pas de m'embêter.* » Au même moment, la maîtresse, tout en valorisant l'attitude de Gabriel, demande à Yuri qu'il change immédiatement de table. Yuri part fâché et Gabriel en reste fier.

Pour renforcer encore ce type d'attitude chez Gabriel, je lui explique comment il est important de parler aux autres ce qu'il ressent. A ce moment-là, il semble assuré qu'il avait eu une bonne réaction. Il faut rappeler que dans ces trois situations, Gabriel

portait la marionnette, mais il ne parlait pas par son intermédiaire. Il parlait à son propre nom.

Maitrisant un peu plus ses sentiments au travers de la parole, Gabriel n'hésite plus à participer aux activités de groupe, comme la récréation et les explications dans la classe. Au cours de celles-ci, Gabriel s'assoit par terre, en cercle avec les autres enfants, sans avoir besoin de le demander, faisant bien attention aux explications de la maîtresse. Il est même capable de répondre à quelques questions de la maîtresse, montrant que sa capacité de concentration avait augmenté. Encore dans ce contexte pédagogique, nous avons remarqué que Gabriel montrait de l'intérêt pour la lecture et l'écriture, ce qu'il disait toujours détester auparavant. Il commence à reconnaître certaines lettres de l'alphabet et tente lire et écrire certains mots.

Le changement a été aussi observé dans ses dessins. Il les fait plus spontanément, se servant de toutes les couleurs sans aucune restriction. Il peut toujours nous rappeler sa préférence pour la couleur bleue mais cela ne l'empêche plus de se servir aussi des autres. De ce fait, je remarque que les contenus des dessins changent également. Ses dessins, qui illustraient toujours le même scénario, avec un soleil, des nuages, les arbres et les personnes qui apparaissaient en pleurs, ont d'autres thématiques plus diversifiées et colorés.

Les dialogues de Gabriel démontrent qu'il s'approche peu à peu de la réalité extérieure. Il raconte moins d'histoires fantastiques et commence à parler plus de son quotidien. Je cite deux situations où cela se fait remarquer. Sa grand-mère fut la première à remarquer un changement dans les dialogues de Gabriel. Celui-ci était ravi avec l'arrivée de la journée dédiée aux enfants, dans laquelle l'école organisait une énorme fête dans un club, avec plein de jeux, bain de piscine, goûter spécial, tout ce que les enfants apprécient. Il était euphorique avec l'idée de participer à cette commémoration et n'arrêtait pas d'en parler aux gens de son entourage. Lors d'une sortie de l'école, sa grand-mère vient le chercher et intriguée me pose la question : *« C'est vrai qu'ils vont avoir un jour de fête dans un club avec plein de jeux ? »* Je lui confirme l'information. Elle sourit discrètement, laissant transparaître un air content. Elle regarde Gabriel et elle lui dit : *« Dis donc, ce que tu me disais hier était vrai ! »* Elle m'explique alors qu'elle avait douté de ce qu'il lui racontait parce que Gabriel avait l'habitude d'inventer des histoires détachées de la réalité.

Comme elle, j'ai aussi été confrontée à une situation pareille. C'était un lundi et Gabriel me racontait ce que lui avait arrivé le dimanche précédent. Très excité, il me décrit les faits comme s'il avait vécu dans un film d'aventure :

« Mirka, hier un cambrioleur a tenté de rentrer dans la maison de ma mamie. Il a tenté de forcer la porte, mais il n'a pas réussi. On s'est rendu compte qu'il s'agissait d'un cambrioleur et ma mamie nous a dit de nous enfermer dans la chambre. Moi et mes cousines, on avait peur. Larissa a pleuré beaucoup. Ma grand-mère a appelé mon oncle et mon père qui sont arrivés rapidement. Le cambrioleur n'a pas eu le temps d'entrer dans la maison, puisque les autres sont venus pour nous sauver. »

C'était étrange de voir comme Gabriel décrivait cette situation, en me laissant dans le doute de la véracité des faits. En même temps, il en apportait des détails si précis que je n'arrivais pas à croire qu'il s'agissait non plus d'une de ses histoires fantastiques. Quelques jours après, sa mère vient le chercher à l'école et, interrogée, elle me confirme l'épisode.

La naissance du sujet

Tous ces épisodes décrits et compilés ci-dessus montrent indubitablement une évolution dans le développement de Gabriel. Celui-ci semble s'attacher peu à peu à la réalité, démontrant expérimenter un certain plaisir à partager les événements de son quotidien avec les gens de son entourage. Bien que certains signes d'un retrait autistique se fassent encore présents, Gabriel semble les gérer d'une façon plus consciente, et arrive même à les abandonner, à certains moments. Désormais, il sait s'imposer face à l'autre, l'affronter et se défendre. Remarque : sa forme de défense est autre. Il s'exprime maintenant avec des mots, et non plus avec une réclusion autistique. Il laisse tomber petit à petit cette carapace autistique, cette forme de défense qui le protégeait, en fait, de lui-même, et qui l'empêchait d'assumer une place qui était là, face à lui, et qui pendant tout ce temps est restée vide. Les barrières de Gabriel tombent pour donner naissance à un sujet inscrit dans le temps et dans l'espace. C'est ainsi que Gabriel se présente en tant que sujet face à tous.

Force est de constater que le travail avec la marionnette reste l'élément fondamental de cette réussite. Le Coq Gabriel, qui porte sa vraie identité, a donné la possibilité de jouer son propre rôle. Dans un premier moment, Gabriel assume cette place encore voilé et partagé entre tous ces discours qui l'habitaient, jusqu'à qu'il puisse effectuer une rupture psychique, entre ce qui appartient à lui et ce qui appartient à l'autre. Ce fait reste clair lorsque Gabriel me demande de bien démarquer nos places : *« Mais Mirka, on est des marionnettes ? »* Cet essai masqué dans une forme ludique de prendre la parole et se faire écouter, dans un premier moment, même portant un langage fou, a permis à Gabriel expérimenter ce que c'est que d'être un sujet porteur d'un désir.

Pour expliquer de tels faits, nous partons de l'hypothèse que la structure psychique ne se définit pas intégralement pendant l'enfance. Il était tout à fait possible de faire émerger le sujet d'où

on croyait exister uniquement un objet assujéti au désir de l'Autre, à travers une véritable écoute clinique qui permette le dénouement de la parole de l'enfant. Selon la psychanalyste brésilienne Leda Fischer Bernardino, il est possible de penser la psychose comme non-décidée dans le temps de l'enfance. De ce fait, elle déclare donc possible la réversion des cadres cliniques qui tendent à suivre une structuration psychotique. Pour cela, elle croit au besoin d'un temps nécessaire d'écoute qui puisse confirmer la structure et non seulement sa symptomatologie présentée dans une observation diagnostique.⁴⁸⁸

Dans ce sens, Volnovich croit également aux apports de la psychanalyse à la prise en charge des enfants psychotiques. Ces expériences cliniques lui montrent une véritable transformation du réel de l'enfant, lorsqu'on prend en compte ce qui peut être considéré comme une ébauche du désir de l'enfant. Il affirme que si la structure désirante est prise comme quelque chose déterminée historiquement, nous allons sans doute intervenir trop tard dans la problématique que vit l'enfant dans le moment présent. Dans ce cas, le seul résultat qu'on peut atteindre est une bonne adaptation au milieu social. Il considère par contre que, dans le cas contraire, si le trouble psychotique chez l'enfant est situé dans une chaîne où il n'y a pas seulement des répétitions ou reproductions, mais aussi des progressions et productions, alors il y a la possibilité d'élaborer une transformation qui rend possible la construction d'un avenir à l'enfant malade.⁴⁸⁹

Dans son livre *L'enfant psychotique*, Anny Cordié s'interpelle autour de questions ici présentes à partir de l'analyse du cas Sylvie. Il s'agit là d'une petite fille qui arrive en consultation à l'âge de ses trois ans. Elle ne marche pas et ne parle pas encore. Elle présente une intolérance au contact psychique venant de l'autre, semblant être constamment habitée par la terreur. Elle présente en plus une difficulté considérable aux moments de manger et déféquer, grincement de dents et gris insupportables jusqu'à l'épuisement. Cordié raconte que cet enfant avait subi plusieurs examens neurologiques et psychologiques, dont les premiers n'ont détecté aucune anomalie alors que les suivants se sont révélés catastrophiques. Le corps médical était unanime : il s'agit d'un grave retard de développement, qui nécessite une prise en charge à vie en hôpital psychiatrique. Au même moment, Sylvie est amenée à suivre une thérapie auprès de Cordié. Après sept mois d'analyse, la thérapeute observe déjà des évolutions dans son développement. Sylvie prononce quelques mots, ce qui signale un début de langage au même moment qu'une acquisition de la marche.

Cependant, ce progrès alterna avec des régressions dans d'autres domaines de son développement. L'évolution de Sylvie se fit de façon déroutante. Son langage devenait de plus en plus élaboré, témoignant d'une acuité d'observation et parfois, d'une capacité de raisonnement dont la logique surprenait. Elle allait à l'école où elle se tenait tranquillement. Mais, parallèlement à

⁴⁸⁸ Bernardino, L., *As psicoses não decididas da infância*. São Paulo : Casa do psicólogo, 2004

⁴⁸⁹ Volnovich, J. *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1993, p.53

cette amélioration, elle était toujours aussi angoissée par tout ce qui touchait à son corps et à ses orifices corporels, et exprimait de plus en plus bruyamment ses angoisses. Du côté de la famille, Cordié observait que, durant l'évolution de Sylvie, sa mère était de plus en plus persuadé que celle-ci jouait la comédie et que ses exigences étaient d'ordre caractériel. L'opinion de la mère fut malheureusement partagée par les institutions : « nous ne comprenons pas que Sylvie ait tant de difficultés, alors qu'elle parle si bien »

Nous pouvons constater une proximité de ce cas avec nos questions autour de Gabriel. Eviter une écoute psychodynamique permet d'abord de simplifier les questions autour de la souffrance psychique d'un enfant, si énigmatique, et de les combler avec des réponses superficielles à partir des évidences phénoménologiques qui sont dépourvues d'une analyse subjective plus approfondie. En ce qui concerne la question d'identifier la structure chez l'enfant qui provoque ce genre de souffrance, Cordié laisse sa déclaration à partir du déroulement du cas Sylvie : « En approchant d'aussi près la structure psychotique, une question ne cesse de se poser : quelle en est l'origine ? Ce dernier exemple nous montre bien qu'un enfant né et élevé dans les pires conditions peut se reconstruire, alors que l'enfant autiste devra vivre avec sa faille originelle. »⁴⁹⁰

Dans une deuxième édition de ce travail, Cordié se met en garde par rapport au diagnostic de psychose donné à Sylvie. Elle a dû reconsidérer certains aspects qui lui semblaient dépassés et déclare dans l'épilogue de ce livre, écrit vingt ans après :

*Je pense que ma pratique clinique serait la même aujourd'hui alors que mon approche théorique a beaucoup évolué. Par exemple, quand j'ai écrit ce livre je ne savais pas si, dans le cas de Sylvie, je devais parler d'autisme, ce terme étant plutôt réservé aux enfants sans langage, souvent confondus avec des arriérés mentaux, ou parler de psychose, plus proche de la folie. Or Sylvie, qui se présentait à trois ans comme une autiste, s'est mise à parler avec ce langage fou qui n'a cessé de m'interroger.*⁴⁹¹

Dans le livre *Naissance de l'Autre*, les Lefort font des critiques aux classifications et aux notions de handicap et Troubles envahissants du développement, que selon eux, fonctionnent comme des concepts « fourre-tout ». Les auteurs affirment que le seul moyen d'apporter de l'aide aux enfants à ces enfants qui souffrent, c'est de porter à chacun une attention particulière, « au cas par cas » comme nous l'a appris Lacan. C'est en soutenant ce regard qu'ils exposent les aménagements des cures de Marie-Françoise et Nadia, en soulignant que si ces deux petites filles se retrouvaient dans la

⁴⁹⁰ Cordié, A., *Un enfant psychotique*. Paris : Editions du Seuil, 1993, p. 321

⁴⁹¹ *Ibid.* Postface ajouté en 2007, p. 310

même institution, elles ne relevaient pas de la même structure psychique, la première étant autiste et la deuxième en voie de psychose.

Il est intéressant de souligner que Laznik propose qu'on puisse faire une nuance entre les manifestations autistiques qui se révèlent au tout début de vie de celles qui se manifestent seulement quelques mois ou années plus tard. Dans le premier cas, il s'agit d'enfants autistes qui ont été décrits par ses parents comme des bébés indifférents à tout et tous, tandis que le deuxième cas montre des bébés sensibles à l'autre, aux éloges des autres dans le domaine narcissique. On peut trouver un plaisir du registre narcissique chez l'autiste, un certain plaisir dans le premier et même dans le deuxième temps du circuit pulsionnel, mais dans les deux cas d'autisme, le circuit de plaisir ne se laisse pas marquer par les traits de l'Autre, rendant le troisième temps inexistant : il reste toujours un bébé qui ne s'offre pas comme objet à l'Autre.

L'avis des auteurs cités ci-dessus nous amène à la conclusion qu'une intervention dévouée à écouter ce qui dit l'enfant et légitimer sa parole peut jouer un rôle fondamental dans le déroulement du développement de l'enfant, d'abord, en faisant bien attention à démarquer les problématiques autistiques « pures » de celles qui ne configurent qu'une symptomatologie d'ordre psychotique. Face à la confusion symptomatologique à laquelle nous sommes confrontés, il devient plus opportun de reconnaître que Gabriel portait déjà un fonctionnement structural psychotique, ce qui vient nous montrer qu'il a déjà été marqué par les traits de l'Autre, contrairement au deux exemples exposés par Laznik ci-dessus, et à la fois que ses troubles résultent de la non-inscription du signifiant Nom-du-Père. Son retrait autistique lui servirait ainsi à organiser son propre univers et à se situer dans l'ordre symbolique, dans l'attente de cette marque qui lui imprimerait un axe vers sa rencontre avec soi-même. De cette manière, le retrait autistique le protégerait de l'intrusion de ce tiers qui, n'étant pas inscrit, reste toujours menaçant.

En considérant la non-définition de la structure dans la période d'enfance et les nombreux essais de Gabriel pour sortir de cette problématique œdipienne qui l'enfermait dans un désespoir et dans un retrait du monde, à l'instar des Lefort, nous faisons le choix pour le terme « en voie de psychose », ou celui de « psychose non-décidée » comme le « diagnostic » plus adapté à la symptomatologie de Gabriel. Il est important de souligner que le fait que nous avons fait le choix pour ce terme ne prédit en rien la suite de son développement. Bien au contraire, cela laisse plutôt un espoir de croire qu'une intervention auprès de ce garçon peut changer le cours de son histoire ou, au moins, apaiser ses symptômes.

Un chemin à suivre

La fin de l'année scolaire approche. Après avoir fait un bilan du travail effectué au long de toute l'année, équipe psychopédagogique reconnaît l'évolution de Gabriel, tant dans le domaine relationnel que cognitif. Il avait eu un remarquable développement sur un plan pédagogique et présentait toutes les conditions pour accéder au niveau supérieur d'étude. Je reçois finalement la confirmation de la coordinatrice pédagogique que Gabriel aura sa place garantie pour l'année prochaine dans la série suivante.

Je dois également prendre la décision de continuer à l'accompagner ou pas pour l'année à venir. Après beaucoup de réflexion et pour des raisons majeures, j'opte pour ne pas entamer une nouvelle année d'accompagnement thérapeutique auprès de Gabriel. Celui-ci montrait clairement une aisance au sein de l'école, de la classe et de son groupe d'amis. Il avait formé de bonnes relations, dans la mesure du possible, avec quelques copains de classe et avec les professionnels de l'école, ce qui me permettait d'imaginer que ses liens s'étaient étendus à d'autres personnes, et que le monde extérieur ne lui semblait plus si menaçant. Gabriel semblait heureux par sa propre découverte. J'estimais ainsi que son éclosion et la chute de cette barrière autistique lui permettaient d'avancer, maintenant, sous d'autres allures.

La coordinatrice prend donc soin de garder cette ambiance rassurante construite par lui au long de l'année, et décide qu'il sera placé dans une classe avec les collègues en qui il a montré le plus d'affinité, visant ainsi à donner continuité à son progrès. Comme Gabriel démontrait un énorme intérêt à apprendre à lire et à écrire, avec l'équipe psychopédagogique, nous avons décidé qu'il lui fallait un accompagnement plus centré sur l'aspect pédagogique.

Ayant en vue la tendance à l'immuabilité présentée depuis toujours par Gabriel, nous avons décidé d'entamer, un mois avant la fin de l'année, un travail de détachement pour qu'il puisse réaliser, de manière consciente, tous les changements auquel il allait devoir faire face (changement de classe, de maîtresse, de stagiaire, de bâtiment, le départ de quelques collègues et l'arrivée d'autres).

D'abord, je fais un bilan avec Gabriel dans lequel on rappelle ensemble toute son évolution au long de l'année. Je lui fais alors parvenir que tous ceux de la coordination de l'école étaient heureux de son changement et par conséquent il devait avancer à la série suivante avec ses collègues. Gabriel était ravi. Il me fait un grand sourire et dit : *« Uaou ! Je vais en deuxième série ! Et avec tous les copains ! Ça sera super ! »* Au fur et à mesure, l'idée de changement est introduite et cela le séduit.

Petit à petit, j'introduis également le fait que je ne pourrai plus l'accompagner l'année prochaine. Et là, sa réaction n'est pas la même. Gabriel a l'air songeur, voire un

peu perdu. Il se réserve toute la matinée. Au cours des jours suivants, Gabriel commence à montrer quelques manifestations de régression dans son comportement, surtout sur celles qu'il avait déjà abandonnées. Il mangeait des craies, léchait ses chaussures, criait de gros mots.

En apercevant son état de régression momentanée, j'interviens sur ses conduites bizarres. Je remarque surtout qu'il avait des mots noués masqués sous ces comportements et je lui rappelle la nécessité de parler, s'il ressentait quelque chose qui l'inquiétait. Gabriel me montre son mécontentement à propos de mon départ. Il me disait de façon impérative et répétitive : « *Mirka, tu vas en deuxième série ! Tu vas en deuxième série !* ». J'insiste pour lui expliquer que je ne pourrais plus l'accompagner, pour des raisons majeures. Je lui rappelle sa capacité à progresser encore plus au sein de l'école et que surtout cela devrait représenter un moment de passage important pour lui. Un temps de dialogue sur ce sujet a été réservé, tous les jours, d'une manière la moins envahissante au développement de Gabriel.

Après ce temps de réflexion, Gabriel semble mieux accepter mon départ, bien que l'idée du changement reste ambiguë jusqu'à la fin. Par moments, il y semblait très attiré, alors qu'à d'autres, il manifestait ouvertement son angoisse par la reprise de symptômes autistiques. Le dernier jour d'école a été marqué par une grande euphorie de la part de Gabriel. Toute l'école se préparait pour le spectacle de Noël qui clôturait l'année. Chaque classe a une petite fête particulière entre ses élèves pour se dire au revoir. La maîtresse fait, elle aussi, un bilan de l'année ainsi que des évolutions de chaque élève, en rappelant comment ils étaient au début et en rappelant leurs progrès jusqu'à la fin de l'année.

Au moment d'exposer les évolutions de Gabriel en classe, la maîtresse s'émerveille à rappeler ses énormes progrès. Elle dit : « *De Gabriel, je n'ai besoin de rien dire, il suffit juste de le regarder pour voir toutes ses évolutions. Au début de l'année, il était impossible de te faire assoir à côté de nous, en rond, comme nous sommes là. En plus, tu ne tapes plus les filles, tu ne dis plus de gros mots, tu ne manges plus les mines de crayons, et le plus important, tu commences à apprendre à lire et écrire. Gabriel, tu as remarquablement évolué au long de l'année et c'est pour cela que moi et tous tes collègues te donnons tous nos compliments.* » Gabriel, qui écoutait les dires de la maîtresse avec beaucoup d'attention, gardait l'air serein et fier.

Pendant toute la matinée festive, il reste assis auprès de ses amis. Dans cette journée spéciale, les enfants devaient partager leurs goûters. Gabriel ne refuse plus les aliments comme avant et goûte un peu de tout ce qu'il avait sur la table. Il en

redemande en me disant : « *Hum, j'ai bien aimé celui-là ! Peux-tu me donner encore un petit peu plus ?* ». Pas besoin de lui faire de restrictions par rapport aux boissons, qu'il boit sans excès. L'année est finalement clôturée et Gabriel se montre en forme pour l'année suivante. Ceci était ressenti de manière générale, par tous à l'école et même dans son milieu familial. Gabriel semble comprendre peu à peu que l'évolution requiert des changements et ne manifeste plus de résistance aux changements, surtout en ce qui concerne mon départ.

Malgré mon départ de l'école, je garde des contacts avec les membres de l'équipe psychopédagogique qui me donnent, de temps en temps, de nouvelles du progrès de Gabriel. Après quelques années, j'apprends que la suite ne se passe pas tout à fait comme prévue et Gabriel reprend quelques symptômes qu'il avait déjà abandonnés ou réduits. Gabriel commence à présenter de forts signes de régression et un retour à son état autistique pour des raisons peu connues. Son agressivité excessive envers les autres enfants semblait difficile à gérer pour l'équipe psychopédagogique. Les années suivantes s'avèrent encore plus difficiles puisque, au fur et à mesure que Gabriel grandissait, il démontrait des signes de puberté et des symptômes de masturbation incessante, ce qui choquait les autres enfants de l'école. Les parents de certains de ses camarades se manifestent ouvertement auprès de la direction contre la présence de Gabriel en classe, en affirmant que celui-ci provoquait la peur chez leurs enfants.

L'équipe se voit obligée de trouver, avec la famille de Gabriel, d'autres solutions à part le programme d'insertion scolaire. Face à toutes les difficultés apparentes que l'école affrontait dans la prise en charge de Gabriel, ils décident que son cadre symptomatologique actuel exigeait un accompagnement institutionnel spécialisé. Les traits autistiques se montrant de plus en plus apparents, Gabriel est amené à faire des demi-journées dans une institution pédopsychiatrique destinée au traitement des enfants autistes dont l'orientation se limitait exclusivement à l'approche cognitivo-comportementale. La suite prévue pour les années à venir par l'école et par les membres de la famille était de l'envoyer à temps plein dans cette institution. Cela fut la dernière nouvelle que j'ai reçu de Gabriel.

Le handicap autistique : plus de mot à dire !

La clôture du cas clinique présenté au long de ce chapitre nous fait réfléchir sur trois points importants. Premièrement, nous attirons l'attention sur l'aspect régressif du développement de Gabriel, alors que celui-ci avait déjà atteint une considérable évolution au long de l'année. Comme

nous l'avons vu, la structure psychotique chez l'enfant, ne pouvant pas se « cristalliser » encore dans un si jeune âge, reste soumise aux interventions de l'extérieur, provoquant des effets de variation symptomatologique constant selon l'environnement de l'enfant. En effet, ce fait nous donne des indices sur la grande instabilité dans son processus de structuration, où des pièces manquantes ont trouvé, pendant un moment, des effets de suppléance, mais cependant ceci ne s'est pas montré comme décisif.

Comme Gabriel m'avait avoué en reproduisant la scène d'une dispute familiale, il ne peut pas être heureux, il n'est pas autorisé par son milieu à sortir de la place de malade. Entendons cela comme un indice de son rôle dans son système familial. Il lui manque certainement de recours pour émerger définitivement en tant que sujet de son discours, et sa symptomatologie vient justement remplacer ce sentiment d'impuissance. Le retrait autistique vient ainsi protéger Gabriel des sentiments insupportables, impossibles à symboliser. L'autisme de Gabriel fonctionnerait plutôt comme une forme de protection contre la présence insupportable d'un tiers qui menacerait sa relation duelle avec l'autre maternel. Rappelons ses propres mots lorsqu'il me dit que j'essaie de gâcher son mariage avec Patricia, mais que je ne réussirai pas. Ceci est très illustratif d'un sentiment ambigu chez Gabriel, comme s'il partait à la recherche d'un autre objet d'amour, sans réussir à se détacher du premier, ou mieux, que rien ne vient le priver de cet amour. C'est ainsi que Gabriel reste collé au désir de la mère et ignorant la loi paternelle.

Nous comprenons par là qu'aucune intervention thérapeutique auprès de Gabriel ne pourrait produire des effets si elle est faite isolément de son groupe familial. Rien ne pourrait assurer que les évolutions acquises par Gabriel auraient pu perdurer dans le temps et l'amener vers une névrotisation. Nous avons pu observer qu'il existait chez Gabriel un terrain favorable à une cure et l'évolution de son développement. En tout cas, l'analyse de ce cas clinique a laissé clair que l'évolution de son développement, bien qu'elle s'est montrée éphémère, n'aurait été possible qu'à travers une écoute sensible et de la prise en compte de sa parole, qui a trouvé un sens, la dénouant. Gabriel a été considéré comme un sujet qui porte un savoir encore confus sur lui-même, ne lui permettant pas d'accéder à cette place. Mais hélas, cette intervention n'a pas pu donner à Gabriel l'assurance psychique et environnante qu'il avait besoin pour poursuivre le long et douloureux processus pour se faire marquer par la loi de la castration et ainsi devenir sujet porteur du désir. C'est donc face aux contraintes de ce processus que Gabriel recule et a recours à une protection autistique.

Nous touchons ainsi à notre deuxième point de réflexion, celui du cadre institutionnel dans lequel s'est déroulé le cas. Comme nous l'avons expliqué, le travail d'insertion scolaire proposé par cette école ne prétendait aucunement atteindre un statut thérapeutique, ayant pour but central l'aspect pédagogique. Cependant, comme le propre cas nous l'a montré, ces deux domaines ne

peuvent pas figurer comme séparés lorsqu'on prend en charge un enfant en souffrance psychique. Gabriel n'a pu s'intéresser aux questions pédagogiques que parce qu'il a été écouté en tant que sujet, parce qu'il a pu se reconnaître à cette place qui lui a permis de s'intéresser au monde extérieur, de faire comme les autres enfants, en partant à la recherche de ce qui lui manquait. C'est ainsi qu'en suivant cette perspective, Gabriel me demande spontanément et humblement de lui apprendre à lire et à écrire. Il expose ainsi son désir d'intégrer la loi, le système langagier en général, de suivre les règles comme le font les autres et de ne plus s'abstenir face aux demandes de l'Autre.

Nous pointons également un autre fait qui nous amène à mettre en question ce genre d'accueil. Le fait que l'école fasse partie d'un réseau privé, se présentant soumise aux intérêts de parents qui la soutiennent, l'oblige à laisser de côté des idéaux qui se font nécessaires lorsque nous accueillons des enfants en souffrance psychique. Cette tâche ne peut pas être simplement réduite à des effets de charité, ni de conformité aux règles politiques qui s'appuie, des fois, sur une pensée du « politiquement correct ». Elle consiste surtout en un idéal philosophique qui vise à rendre au malade mental une place pas tout simplement physique dans la société, mais plutôt une reconnaissance de ses diversités. Ceci configure, sans aucun doute, une entrave pour l'élaboration d'un vrai travail d'accueil de la souffrance psychique. Je laisse donc ma critique à la précarité de ce cadre institutionnel pour l'accompagnement thérapeutique des enfants avec de telles difficultés.

Ce manque de consistance du projet psychopédagogique de l'école peut être considéré comme un échec qui donne suite à notre troisième point de réflexion : la suite de la prise en charge de Gabriel. Celle-ci peut aussi être considéré comme un autre échec, pas seulement pour l'école, mais pour Gabriel qui s'est vu passer de la place d'un sujet dont les entraves à sa constitution le rendaient malade, c'est-à-dire, en voie d'une psychotisation, à la place d'un handicapé neurodéveloppemental. Occupant cette place, les mots de Gabriel n'ont plus rien à dire, rien ne doit être interprété. Sa parole devient pure production phonique.

Ceci représente son passage de l'école régulière à une institution destinée à la prise en charge de l'autisme, tenant uniquement à l'approche neurologique et cognitivo-comportementale. D'ailleurs, cette institution était connue pour son vif combat contre l'approche psychanalytique dans la prise en charge de l'autisme. Des théories comme, par exemple, celles de Mahler et Tustin y étaient prises comme des absurdités incommensurables. La notion de psychose était donc refusée et le diagnostic d'autisme s'établissait à tous les enfants qui s'approchaient d'un spectre autistique. C'était donc le cas de Gabriel.

Dans ce cas, ce garçon glissera du statut de malade à celui de handicap, du secteur de soin/éducation à celui de la rééducation/adaptation, où la prise en charge sera faite essentiellement sur l'adaptation de ce sujet à l'environnement. Les conséquences de cette disparition sont bien les suivantes : cet enfant devra donc être amené à suivre des thérapies adaptatives, dont les promesses

messianiques se font très séduisantes, et aux parents et aux professionnels. Dans ce contexte, Gabriel perd au fur et à mesure sa parole et, avec elle, la possibilité d'être pris dans la particularité de sa position face à l'Autre.

Certes, l'accueil éducatif des autistes reste, sans aucun doute, un travail fondamental dans leur développement. Ce qui nous contestons ici, en fait, c'est l'exclusivité de cette méthode, qui ignore toute approche dynamique avec un discours que l'autiste est un handicap neurologique, n'ayant plus d'affaire avec le champ sanitaire. Nous considérons que sans les apports d'une approche psychopathologique, on risque d'éliminer le sens sous-jacents aux comportements des enfants présentant des traits autistiques, par une juste et objective explication que ceux-ci sont tout simplement des effets de leur génétique, où le corps porte toutes les explications de sa pathologie.

Nous faisons par là un retour aux origines, comme nous l'avons montré au début du texte, dans laquelle les idiots, pris comme des incurables du fait de leur degré de dégénérescence, étaient mis à l'écart de toute possibilité de traitement psychothérapeutique, restant condamnés à un avenir figé des incurables, sous la consigne des éducateurs : on les adapte et c'est tout ! Suivant cette voie en sens unique, on s'approche d'un corps « pure » considéré hors-norme et on s'éloigne des signifiants propres au sujet autiste, de la particularité de son univers psychique, de sa façon propre de jouissance, de son temps et de son espace. « L'enfant n'est plus considéré comme un acteur, fût-il involontaire de son comportement pathologique, affirme Hochmann. Il n'est plus que le théâtre passif de symptômes organiques inscrits dans son corps par les lésions ou des dysfonctionnements localisés. »⁴⁹² Le sujet perd « sa voix » et disparaît tout au long de ce chemin. C'est donc contre cette régression des idées, que nous avons plaidé ici.

⁴⁹² Hochmann, J., *Histoire de l'autisme*, op.cit., p. 416

CONCLUSION

Réflexions

Le psychiatre doit écouter avec soin ce que lui apprennent les spécialistes des autres disciplines.

Il devait se méfier de lui-même quand il se surprend à parler en leur nom.

Serge Lebovici

Pour arriver à la conclusion de cette étude, il a fallu parcourir un long chemin qui nous a amené aux frontières des concepts, des savoirs, et même à celles du sujet. On s'est déplacé dans le temps, partant de l'Antiquité pour arriver à nos jours actuels, et dans l'espace, visitant constamment les deux champs de notre intérêt, la psychanalyse et la pédopsychiatrie. Pendant tout ce parcours, la dimension subjective de l'être humain fut notre principal fil conducteur.

Les glissements sémantique et nosologique qui ont balayé la psychose et la schizophrénie infantile des manuels de classifications des maladies mentales pour donner une libre extension au concept d'autisme, ont été l'étincelle qui a amorcé les premiers questionnements apparus à l'origine de ce travail de recherche. Le cadre s'est complexifié lorsqu'on découvre que cette posture est consubstantielle à une démarche scientifique dont le but est d'uniformiser les nomenclatures afin de simplifier et objectiver la pratique psychiatrique. Ce qui ne vient pas sans secousse, provoquant un autre escamotage : celui de la psychanalyse. Ce savoir a non seulement été refusé dans l'élaboration des nouvelles conceptualisations des maladies mentales, mais également de toute prise en charge qui concerne l'autisme. Lancer un regard critique à propos de cette nouvelle tendance en psychiatrie, représentée par les classifications nosologiques en pédopsychiatrie et diffusée notamment par le DSM, fut donc notre premier enjeu.

Toutes ces transformations issues du champ psychiatrique révèlent au fond d'un essai de finir avec les pratiques psychodynamiques, voire même avec toute la dimension « psy », à laquelle tient surtout la pédopsychiatrie depuis son apparition. Face à cette imposition d'une scientificité oppressive dans le domaine de la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, la présente étude s'est positionnée en contre-sens de ce mouvement. Nous avons donc signalé le danger que de tels changements peuvent provoquer à la pratique diagnostique et thérapeutique en pédopsychiatrie. L'enfant autiste comme le psychotique, étant mis dans un « même sac » d'handicaps neurodéveloppementales, sont destinés à recevoir des prises en charges essentiellement médicamenteuses et éducatives, sans aucune prise en compte subjective de ce que le sujet transmet à travers ses manifestations langagières et/ou corporelles. Confrontée au « rouleau compresseur » qui représente l'imposition de ce nouveau paradigme, la dimension subjective risque de ne plus y trouver son compte et de succomber.

Nous nous sommes donc positionnés contre l'amalgame des concepts d'autisme et psychose, contre le rejet de la psychanalyse comme moyen thérapeutique au traitement des enfants autistes et

contre la chute d'un regard subjectif du sujet. Dans ce contexte, cette étude, non seulement, s'est laissée traverser par la pensée psychanalytique, car elle a soutenu fidèlement le mouvement de résistance réalisé par les pédopsychiatres et psychanalystes français contre l'avancée du modèle psychiatrique anglo-saxon représenté par le DSM. Par ce biais, nous avons légitimé, en termes plus larges, notre choix pour la France, par ses référentiels philosophiques et libertaires, comme le pays où cette étude a pu voir le jour, guidée par un esprit critique, grâce aux rencontres faites avec ces idées.

Cependant, cette étude n'a pas été destinée à un public psychanalytique. Essayer de démontrer l'importance de la psychanalyse à des psychanalystes serait, pour le moins, redondant. Nous avons donc décidé de la destiner à un public autre, celui qui ne croit plus ou quasiment plus aux apports de la psychanalyse dans le travail avec des enfants autistes et psychotiques. C'est la raison pour laquelle nous avons pris soin de l'écrire avec un langage psychanalytique certes, mais plus abordable à tous, évitant des jargons et expressions que ne sont compréhensibles que dans des cercles psychanalytiques. Tout cela, sans laisser échapper l'essence de ce savoir.

En tant que travail de recherche, nous sommes partis en quête des arguments plausibles qui auraient pu nous élucider les transformations nosologiques qui nous interpellent tant au sein de la pédopsychiatrie. Soutenir l'importance de l'établissement d'une clinique différentielle entre l'autisme et la psychose est devenu notre objectif central. Mais pour mieux élaborer cette tâche, il nous a fallu également dévoiler d'autres détails importants : s'il y a une clinique différentielle entre ces deux entités, pourquoi elles se confondent autant dans la première et la deuxième enfance ? Face à cette question et à plusieurs autres questions, toutes reliées à notre question centrale, nous avons pu percevoir la profondeur et la complexité de notre problématique. Dans le but d'apporter des réponses plus complexes et cohérentes sur la question, nous avons décidé de parcourir trois approches différentes certes, mais qui, au long de l'étude, se sont montrés tout à fait complémentaires.

Avec l'approche historique, nous avons pu avoir une vision panoramique de la question, situant notre problématique dans le temps. Celle-ci nous a permis également de détecter les erreurs et dégâts du passé, commis par l'imposition d'une pensée unique. Nous avons compris que le seul moyen de sortir de ce « tournant du tout ou rien » qui nous fait basculer, depuis des siècles, entre organogénèse et psychogénèse, corps et âme, autisme et psychose, psychanalyse et neurosciences, est, initialement, de reconnaître la complexité de l'être humain et les limitations de chaque champ de savoirs, pour ensuite proposer des dialogues et promouvoir une complémentarité entre eux, pour seulement ainsi définir des concepts plus complexes et cohérents. Il reste donc évident que cet essai de la pédopsychiatrie à réduire les maladies mentales infantiles à un fonctionnement neuronal est, en effet, chimérique et aberrant. Le caractère « psy » reste attaché à son nom et à son essence. Ceci

nous apporte des arguments historiques pour légitimer notre choix pour la psychanalyse et soutenir sa présence comme élément essentiel à toute prise en charge auprès des enfants. En outre, quoique l'on dise le contraire aujourd'hui, la clinique psychiatrique de l'enfant fut, est et le restera, encore pendant longtemps, essentiellement psychanalytique.

Dans la deuxième partie, nous avons fait le choix de prendre une voie éthique, où l'autisme infantile précoce et la psychose infantile ne sont pas considérés comme des handicaps ou de maladies, ni comme de simples cadres nosologiques, mais plutôt comme des positions subjectives révélant d'un choix. C'est ainsi que nous avons compris que, dans les temps de subjectivation du sujet, l'autisme infantile précoce serait marqué par la forclusion de tous les signifiants tandis que l'enfant psychotique porterait des traits d'inscription de l'autre primordial, sans se laisser marquer par le signifiant Nom-du-père. L'isolément de ces deux traits distinctifs a contribué à retracer les spécificités cliniques de l'autisme infantile précoce et de la psychose infantile au niveau du rapport à l'autre, au corps et au langage, comme le résume bien le tableau ci-dessous :

	<i>Autisme Infantile Précoce</i>	<i>Psychose Infantile</i>
<u>Mécanisme de défense</u>	<i>Forclusion totale</i>	<i>Forclusion du Nom-du-Père</i>
<u>Rapport à l'Autre</u>	<i>Opposition</i>	<i>Indifférenciation</i>
<u>Rapport au corps</u>	<i>Bord autistique</i>	<i>Débordement corporel</i>
<u>Rapport au langage</u>	<i>Langage-outil</i>	<i>Langage-organe</i>

Le choix pour une analyse structurale a été fait non pour substituer les classements en pédopsychiatrie, mais plutôt pour créer des repères dans notre clinique, ce qui nous a permis de mieux saisir la nature des phénomènes observables, corporels et langagiers, présents dans ces deux positions subjectives, évitant ainsi l'embarras de les voir amalgamés sous un même signe, en oubliant ses particularités.

La troisième partie de cette étude a illustré nos plus profonds questionnements autour de la confusion symptomatologique qui peut exister entre l'autisme et la psychose infantile. Nous y avons raconté le cas de Gabriel, garçon dont le fonctionnement structural psychotique apparaissait caché derrière ses traits autistiques. Présentant des traits typiquement autistiques comme stéréotypies, écholalies, balancement du corps, tendance à l'immutabilité, léger refus du regard et du toucher, communication restreinte avec l'entourage, ce garçon a reçu le diagnostic de syndrome d'asperger pour contrebalancer d'autres symptômes qui échappaient au diagnostic d'autisme infantile précoce. Ses manifestations évidentes le mettaient déjà dans le cadre plus large du spectre autistique et le

terme psychose n'avait jamais été mentionné. Après quelques mois d'accompagnement, il s'avérait que ce garçon, après avoir établi un lien transférentiel avec son accompagnatrice, se présente autrement. Son discours qui comportait toujours les mêmes stéréotypies, apparaissait sous forme d'un discours délirant et toute la prise en charge s'est déroulée à partir de ce regard subjectif qui fut lancé sur cet enfant. Ces indices nous ont montré qu'il avait été marqué par les traits de l'autre primordial, mais pas encore par celui du Nom-du-père, manque qui était à l'origine de ses symptômes autistiques. Face aux évolutions de Gabriel, observées tout au long de son accompagnement, nous sommes convaincus qu'aucun autre type de prise en charge n'aurait pu remplacer, dans ce cas, celui qui tient à l'écoute sensible du sujet.

1. DEFINITIONS ET NOMENCLATURES

Face aux données exposées ci-dessus, nous sommes persuadés qu'il est temps d'établir une distinction plus claire non seulement entre l'autisme infantile précoce et la psychose infantile, comme nous l'avons déjà développé dans la deuxième partie, mais aussi d'éclaircir les nuances entre l'autisme en tant qu'organisation structurale et l'autisme en tant que protection. Les conclusions tirées dans l'ensemble de cette étude dévoilent que les solutions pour en finir avec les confusions symptomatologiques en ce qui concerne l'autisme et la psychose infantile reposent non seulement dans une question de redéfinition des concepts mais aussi sur celle de la nomenclature qui les accompagne. Nous en laissons notre contribution par une remise en ordre des définitions et nomenclatures, selon les constatations issues de ce travail de recherche.

En conclusion, nous déclarons que la psychose infantile a un cadre clinique particulier qui, même s'il s'approche de l'autisme par la présence de certains symptômes, ne doit être point oubliée dans le groupe des troubles envahissants du développement ou confondue avec des maladies organiques. Pour répondre à la question de ses confusions symptomatologiques avec l'autisme, nous ajoutons que l'autisme, dans une vision ample du terme, peut être défini comme une forme de protection contre ce qui n'a pas été dûment inscrit dans le processus de subjectivation du sujet. Ces défaillances d'inscriptions peuvent avoir lieu à différents moments de ce parcours subjectif, ce qui expliquerait également l'éventail de niveaux symptomatologiques qui peut apparaître associé au terme d'autisme, actuellement reconnu comme spectre autistique. Nous avons pu l'identifier sous trois formes différentes, suivant une perspective étiologique et structurale.

L'autisme infantile précoce

Dans le premier cas, nous décrivons la défaillance d'inscription au moment de la rencontre avec le proto-Autre. Celle-ci est occasionnée par le fait que le nouveau-né n'a pas recours à l'autre primordial au moment de la naissance, car il éprouve la sensation d'un corps démantelé, impossible à se faire marquer par les pulsions invocante et scopique. Il s'avère que ce bébé ne manifeste jamais de sensations de plaisir dans sa rencontre avec l'autre maternel. Dans les termes de Graciella Crespin, ce nouveau-né ne manifesterait donc pas une «appétence symbolique» envers l'autre primordial, ou encore selon Trevarthen, il lui manquerait cet état d'«intersubjectivité intentionnelle» qui lui sert à attirer l'attention de son prochain pour répondre à ses besoins. Le bébé ne se laisse pas marquer par les traits de l'Autre et le troisième temps du circuit pulsionnel n'existe pas, c'est-à-dire, il reste toujours un bébé qui ne s'offre pas comme objet à l'Autre.

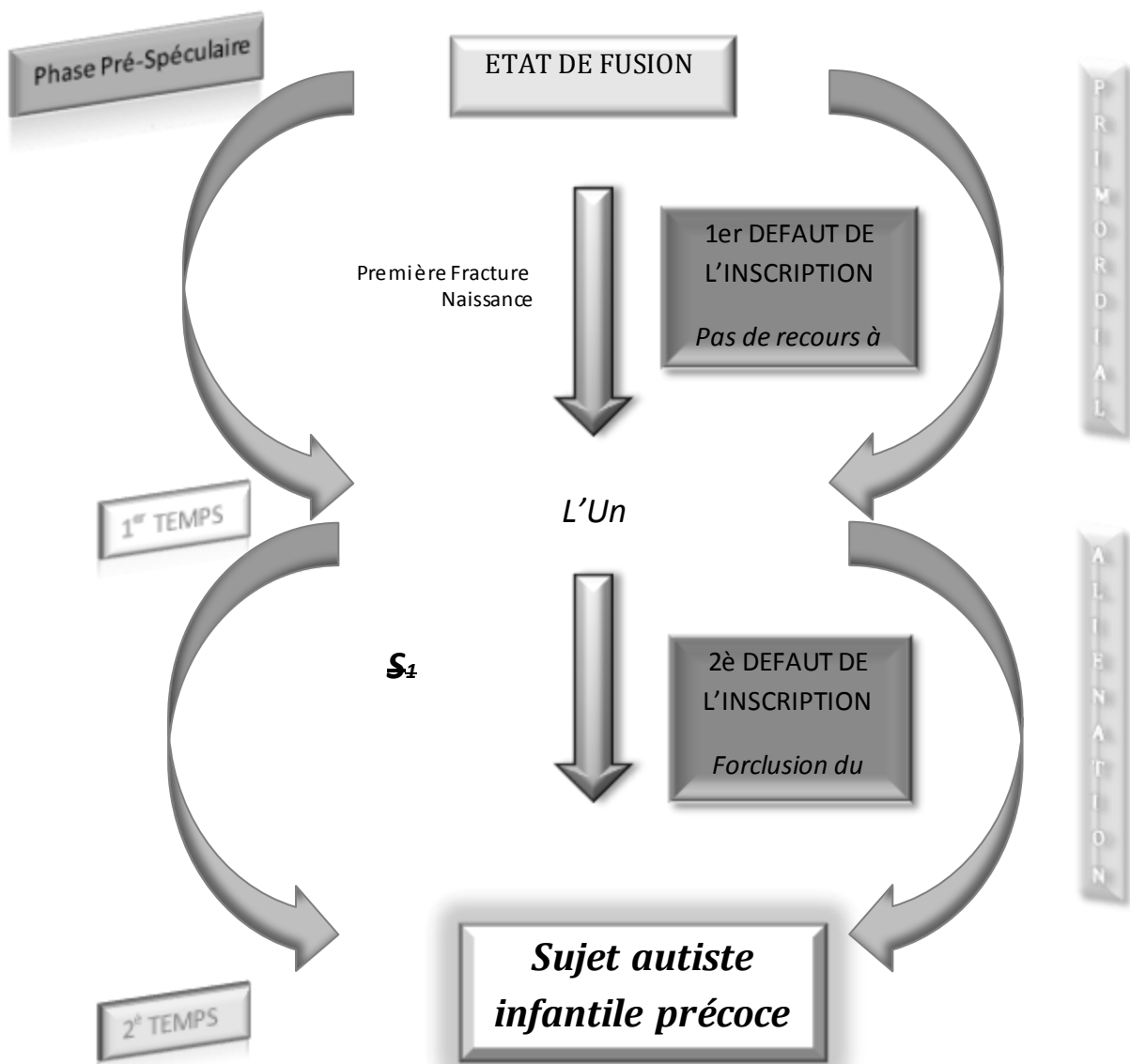
Ceci se passe pour des raisons encore peu connues, mais qui nous font croire à la pertinence des hypothèses biogénétiques qui supposent l'existence d'un trouble inné chez les bébés autistes. Ce modèle est celui qui correspond le plus à la définition de l'autisme infantile précoce donné par Kanner lorsqu'il affirme y exister «une incapacité innée de constituer biologiquement le contact affectif normal avec les gens». Rappelons que c'est ce retrait absolu, au tout début de la vie, qui lui permet d'insister sur une conception organiciste et de distinguer l'autisme de la schizophrénie dont un premier moment de contact avec la réalité est constaté pour ensuite se produire une perte du contact et un retrait du sujet sur lui-même.

Notons par ailleurs que la mère, qui ne reçoit pas de réponse à ses appels, finit par se délaissier de son bébé. Ce premier dysfonctionnement passé à un niveau instinctuel serait donc confirmé dans la deuxième phase du processus de subjectivation, rendant impossible tout essai de fusion entre mère-bébé, ainsi que l'identification de l'enfant au phallus. Bien qu'on reconnaisse ici la possibilité que l'autisme infantile précoce puisse avoir ses origines dans un trouble inné organogénétique, il est important de rappeler que ce trouble touche à une question élémentaire du devenir humain : l'interaction avec l'Autre, ce qui nous permet d'affirmer le besoin d'une démarche psychothérapeutique pour ces cas.

C'est aussi la raison pour laquelle de nombreux psychanalystes insistent sur le fait que toute forme d'intervention thérapeutique pour renverser le cadre d'autisme infantile précoce se fait impérativement dans les premiers mois de vie du bébé et consiste à stimuler le bébé sur de possibles accrochages pulsionnels pour ainsi rétablir la dyade mère-enfant qui se trouve

interrompue. Au cas où ce dysfonctionnement se confirmerait au long des années, il y aurait l'instauration d'un fonctionnement structural orienté par le manque de tous les signifiants chargés d'introduire et de guider le sujet dans l'ordre symbolique. Ainsi, l'autiste infantile précoce serait celui qui, n'ayant pas vécu l'expérience de la fusion avec l'autre maternel et n'ayant pas eu non plus l'inscription du signifiant-maître, se protégerait constamment contre toute forme de jouissance d'un Autre élémentaire, fixé à un niveau sensoriel.

DEFAUT D'INSCRIPTION DANS LE 1^{er} TEMPS



L'autisme régressif

Il s'avère pourtant que ce ne sont pas tous les cas d'autisme qui trouvent leur origine dans le tout début de vie. Il y en a ceux où des traits autistiques n'apparaissent que postérieurement à un premier moment de développement normal du bébé. Il s'agit là d'un autisme régressif. Dans ce cas, le nouveau-né se présente en parfait état d'intersubjectivité, ayant conformément recours à l'autre primordial pour faire baisser son niveau de tension occasionné par la naissance et par sa rencontre avec le monde extérieur. Ses premiers temps de vie sont décrits comme normaux, il s'agissant d'un bébé sensible à l'autre et à ses éloges dans le domaine narcissique. Ses premières sensations de plaisir issues de sa rencontre avec l'autre maternel démontrent qu'il se laisse traverser par les pulsions invocantes et scopiques, et qu'une première identification est en voie d'instauration.

Cependant, le premier dysfonctionnement se présente au cœur de ce moment crucial de la structuration du sujet : celui où l'enfant se fait marquer par le signifiant-maître et s'aliène dans le désir de l'Autre. Les signes autistiques se font apparents suite à des changements enclenchés au niveau environnemental dans lequel se trouve le bébé. Dans ce cas, c'est l'autre primordial auquel le bébé s'est accroché dans un moment initial qui, dans le temps d'aliénation, ne lui répond pas assez bien ou même plus du tout. Autrement dit, les facteurs environnementaux déclencheurs d'un autisme régressif peuvent être occasionnés, chez un bébé ou même chez un jeune enfant, soit par une insuffisance ou instabilité dans les échanges d'afféctifs et des stimulations, ce qui ne permet pas au bébé de s'accrocher ni s'identifier à une image stable, soit par une séparation précoce traumatique qui produit chez lui la sensation d'une perte douloureuse de ses repères essentiels à le conduire dans sa constitution psychique. Au contraire de l'autisme infantile précoce, cette fois-ci, c'est le bébé qui s'en délaisse.

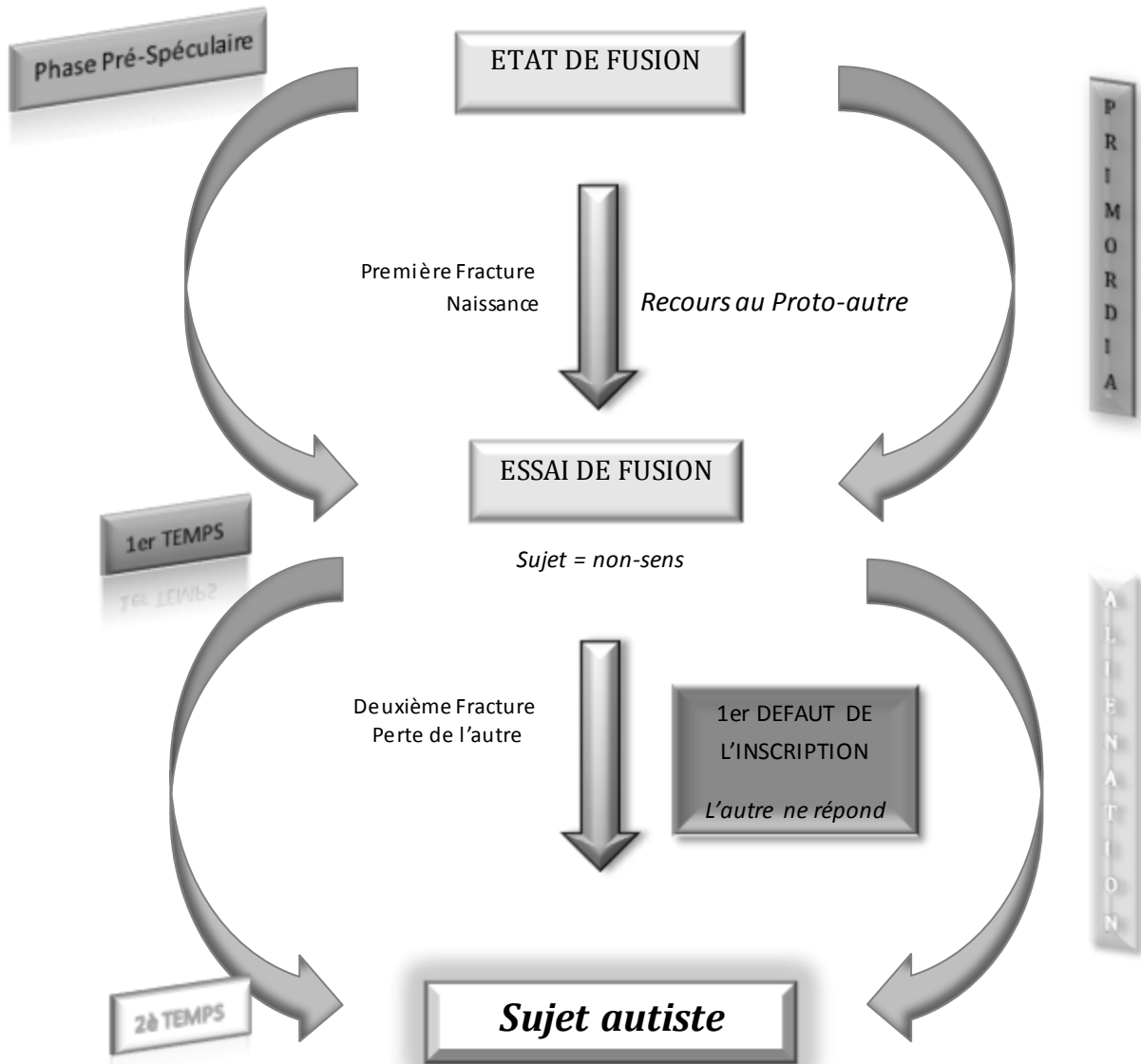
Sauf pour les cas extrêmes d'abandon total, où aucune personne ne se présente pour offrir au nouveau-né ce dont il avait besoin pour baisser les stimuli désagréables dans sa rencontre avec le monde extérieur, ou encore dans le cas de maltraitance envers le nouveau-né, où des sensations encore plus désagréables sont ajoutées aux premières, nous considérons qu'il est peu probable que la mère soit à l'origine d'un dysfonctionnement encore dans un premier temps de structuration. Ceci parce que, si l'enfant se présente en parfait « état initial psychosocial », selon les termes de Trevarthen, il garde toujours ce désir de se fusionner à l'autre primordial et, même si la mère elle-même ne s'y présente pas, cette rencontre sera faite avec une autre personne qui se présentera à sa place et qui occupera cette fonction essentielle

d'accueil du bébé au monde. C'est ce qui explique le fait que ce ne sont pas tous les enfants qui sont confrontés à des mères déprimées ou qui se font abandonner qui deviennent autistes. Ceux-ci peuvent trouver d'autres points d'identification chez quelqu'un d'autre qui se présente. Cela revient à dire que l'autisme régressif peut avoir l'influence des facteurs génétiques, mais celui-ci reste indubitablement associé aux facteurs déclencheurs environnants.

Il est important de signaler que ces réponses données par la mère dont on parle ici, correspondent aux premiers points d'accrochage du bébé à l'ordre symbolique, c'est-à-dire, au premier miroir et une toute première identification. Si elles n'existent pas ou disparaissent, et que le bébé ou l'enfant ne trouve pas d'autre personne à qui se raccrocher, il se voit obligé d'interrompre le processus d'identification et d'investissement du monde extérieur. Lorsqu'on parle d'une défaillance au niveau environnemental, il ne s'agit pas tout simplement de la mère elle-même, mais de tout un contexte environnant du bébé, en relation avec l'histoire qui précède son existence. Ceci pourrait s'approcher de la description de Bettelheim d'« environnement défavorable », responsable de provoquer chez l'enfant la sensation d'une insensibilité de l'environnement à ses réactions, l'amenant à cesser d'agir et à se renfermer sur lui-même.

Le processus d'aliénation reste interrompu jusqu'à que le bébé retrouve un autre point d'ancrage, ce qui peut figurer comme une dépression, s'approchant également de la description de Spitz sur l'hospitalisme. Face à des symptômes de retrait autistique et refus de l'autre, quelques psychanalystes de l'intervention précoce signalent le besoin d'opérer la distinction entre autisme et dépression. Nous considérons que si ce prochain ne se présente pas pour relancer le processus, dans le temps du sujet qui est particulier à chacun, celui-ci ira se structurer sur des bases peu solides, parce que lui aussi ne se laisserait pas marquer par le signifiant-maître, ni ne franchirait le processus d'aliénation. Cependant, cela ne resterait pas au même niveau que l'autisme infantile précoce, puisqu'il aurait vécu un moment d'ébauche symbolique. Il aurait donc son même fonctionnement structural, mais avec des symptômes moins sévères.

DEFAUT D'INSCRIPTION DANS LE 2^e TEMPS



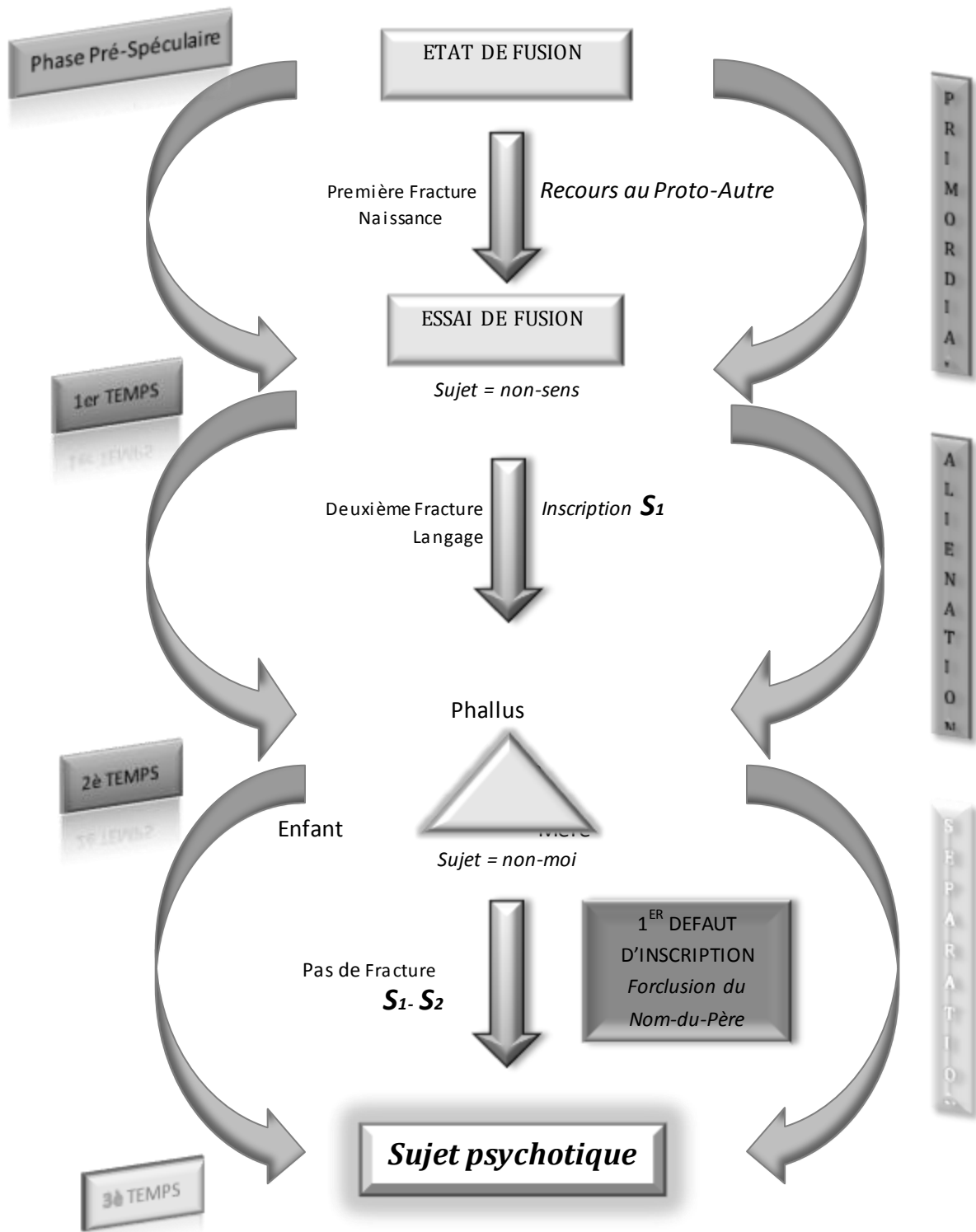
L'autisme comme symptôme de la psychose infantile

Le troisième type d'autisme a été décrit à partir des analyses issues du cas clinique de Gabriel. Nous avons compris que des symptômes autistiques peuvent se faire présents chez des enfants dont les entraves suivent plutôt une logique structurale psychotique. Ceci est pourtant moins fréquent, puisque ce ne sont pas tous les enfants qui souffrent d'une problématique psychotique qui présentent de tels symptômes. Ceci atteindrait spécialement des enfants qui vivent la phase œdipienne de manière conflictuelle.

Or, nous sommes arrivés à un point commun avec la description de Bleuler de l'autisme comme un symptôme de la schizophrénie, c'est-à-dire, l'autisme comme un trouble secondaire, conséquence directe de la dissociation schizophrénique qui serait le trouble primaire. Ce repli du sujet dans son monde intérieur, cette soumission à l'imaginaire, cette adhésion à une nouvelle réalité, qui vient recouvrir la réalité commune tenue à distance, représente, selon lui, une deuxième *Spaltung*. L'évolution de sa pensée lui a même permis d'établir une démarcation nosologique claire entre l'idiotie et la schizophrénie, entités qui présentaient une proximité symptomatologique concernant leur isolement autistique. Si on considère l'idiotie comme le groupe qui précède l'autisme, comme nous l'enseigne Hochmann, nous pouvons constater que la démarcation qu'on essaie d'instaurer ici avait déjà été élaborée dès l'origine du terme.

Ces traits autistiques auraient chez l'enfant psychotique une double fonction : une homéostatique, représentée par son désir d'immuabilité (écholalies, certaine résistance au toucher, etc.) qui le permettrait de se situer – avec ses béquilles imaginaires – dans l'ordre symbolique ; et une protectrice qui éviterait l'intrusion de ce tiers qui, n'étant pas encore inscrit, resterait toujours menaçant à son rapport symbiotique avec l'autre maternel. Contrairement aux deux types d'autisme présentés ci-dessus, cette double fonction autistique suivrait une autre forme d'organisation structurale, car ce sujet serait déjà marqué par les traits de l'Autre et le circuit pulsionnel y serait instauré. Il resterait dans l'attente de cette marque responsable d'imprimer une séparation avec l'autre maternel qui l'amènerait vers une rencontre avec lui-même, tandis que les premiers niveaux d'autisme auraient encore besoin de vivre l'expérience de fusion et d'identification. Ce qui change la forme d'intervention psychothérapeutique entre eux.

DEFAUT D'INSCRIPTION DANS LE 3^e TEMPS



2. DERNIERES REFLEXIONS

Avec cette mise en ordre des concepts et nomenclatures, nous saisissons mieux où se trouvent les facteurs confusionnels de l'autisme et de la psychose infantile. Le fait qu'ils puissent se présenter en corrélation, nous a permis de rappeler le caractère essentiel de l'autisme à son origine, l'identifiant comme un symptôme de la psychose infantile, échappant à une description nosologique précise. Les autres deux types d'autismes décrits se partagent : l'autisme infantile précoce garde les caractéristiques très fortes d'une organogénèse alors que l'autisme régressif met en exergue l'existence d'une psychogénèse. C'est cette allure frontalière entre corps-âme de l'autisme qui l'empêche de se faire encadrer par une pensée unique.

Ceci entérine notre désaccord et mécontentement avec la tendance à diluer la psychose infantile dans le groupe majeur de TED ou spectre autistique, mais aussi avec celle qui va dans le sens inverse, prôné par des psychanalystes qui insistent à concevoir l'autisme infantile précoce comme une psychose. Voyons que, dans les deux cas, il y a un mépris des savoirs opposés, que cela soit pour la psychogénèse ou l'organogénèse, ce qui produit des limitations à la compréhension et à la bonne définition de ces termes. Nous ne croyons guère au « tout biologique » – ni même au « tout psychologique » – et nous continuons à y faire barrière à travers les résultats de cette étude.

Pour en finir avec ces querelles, nous restons dans l'attente d'un changement paradigmatique où les sciences du corps pourront dialoguer de manière égalitaire avec les sciences de l'âme. En tout cas, nous croyons que c'est là où doit toujours se positionner la psychiatrie. Ce changement paradigmatique redemande, avant tout, une mise en œuvre de la « résubjectivation » du regard qui est posé actuellement sur le sujet qui présente des traits autistiques, pour ensuite pouvoir établir un diagnostic et une prise en charge adéquate. Comme nous avons pu le voir, l'établissement d'un diagnostic et de la prise en charge sont intimement liés et il est donc fort erroné de croire que la présence des traits autistiques doit être systématiquement représentative des troubles de caractère purement organique, nécessitant une prise en charge limitée à ces principes. Réinsérer la notion de souffrance psychique chez l'enfant dans le domaine psychiatrique devient indispensable pour que des erreurs éthiques ne soient plus commises contre des sujets à un si jeune âge.

En ce qui concerne la nomenclature, ce que nous soutenons, en effet, ce n'est pas vraiment le retour du mot psychose infantile ou schizophrénie infantile dans les manuels de classification. Nous

avons pleine conscience que cela serait impossible, de nos jours, vu que de nombreuses (mauvaises) représentations s'y présentent déjà attachées. Ce que nous soutenons en vérité c'est la reprise de l'idée que les désharmonies du développement trouvées chez les enfants puissent être visualisées au-delà des troubles organiques. Reconnaisant, en plus, que chaque enfant présente une symptomatologie particulière, au point qu'il est impossible d'isoler deux artistes ou psychotiques identiques l'un à l'autre, on continue à croire à la singularité du sujet et au besoin d'une écoute épurée qui puisse permettre la réalisation d'un travail au « cas par cas ». La rencontre avec un sujet souffrant psychiquement, nous montre que l'essentiel reste invisible aux yeux de l'empiriste et que nulle science ne peut soulager cette souffrance sinon par la reconnaissance de l'humain, dans toute sa profondeur. Il en dérive de là une orientation clinique qui suppose que l'idéal d'une prise en charge serait d'entrevoir sous les traits apparents de la souffrance psychique chez l'enfant, avant tout, un sujet en devenir et l'ébauche de son histoire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AJURRIAGUERRA, Julian de, MARCELLI, Daniel, *Psychopathologie de l'enfant*, 3^e ed. Paris : Masson, 1989
- ALERINI, Paul, L'autisme : symptôme de l'antipsychanalyse ?, *Essaim*, 2011, vol. 2, n° 27, p.7-31.
- ALVES SANTOS, Schnaider, *Considerações sobre as especificidades na estruturação da psicose do adulto e da criança*. Mémoire de recherche en Psychologie appliquée, Université d'Uberlândia (Brésil), 2005
- ALLOUCH, Eliane, *Au seuil du figurable : autisme, psychose infantile et techniques du corps*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999.
- ARIES, Philippe, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* (1975), Paris : Editions du Seuil, 2006.
- ASPERGER, Hans, *Les psychopathes autistiques pendant l'enfance* (1944), Paris : Le Plessis-Robinson, 1998, Les empêcheurs de tourner en rond, coll. « Synthélabo ».
- ATWOOD, T, *Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau* (1999), Paris : Dunod, 2003
- AUSSILLOUX, Charles et BARTHELEMY, Lise, Evolution des classifications de l'autisme : Leur intérêt et leurs limites actuelles, *Le carnet psy*, 2002, vol.7, n° 75
- BAIETO, M-C. La voix incorporée, *Analyse freudienne presse*, 2001, n°17, p. 57-68
- BARRON, Judy et Sean, *Moi, L'enfant autiste : de l'isolement à l'épanouissement*, Paris : Plon, 1972
- BARON-COHEN, Simon, LESLIE, A. M., et FRITH, Uta, Does the autistic child have a theory of mind ? *Cognition*, 1985, n° 21, p. 37-46
- BARTOLOZZI BASTOS, Marise, Inclusão escolar. Pensando a escuta analitica no trabalho com professores. *Anais do IV Coloquio do LEPSI*, São Paulo : USP, 2004.
- BASSOL, Miquel, Les pratiques du diagnostic, *Revue Mental*, 1999, n°6, p. 5-6

- BENTATA, Hervé, Une frénésie impossible ou rencontre avec une langue maternelle inhospitalière, *Che Vuoi ?*, n°14, p. 77-83
- _____, La voix de sirène : d'une incarnation mythique de la voix maternelle, *Essaim*, 2011, n°26, p. 63-73
- BERCHERIE, Paul, *Histoire et structure du savoir psychiatrique : les fondements de la clinique 1*, Paris : L'Harmattan, 2004
- BERQUEZ, Gérard, *L'autisme Infantile*, Paris : PUF, 1983.
- BETTELHEIM, Bruno, *La forteresse vide : L'autisme infantile et la naissance du Soi* (1967), tr. Roland Humery, Paris : Gallimard, 1998.
- BIALER, Marina, *Le corps dans l'autisme et dans la schizophrénie*. Thèse de doctorat en Psychopathologie et psychanalyse. Université Paris 7 – Diderot, sous la direction d'Alain Vanier, 2012.
- BIDAUD, Eric. Réflexions sur le visage et son devenir théorique dans la théorie analytique. Dans E.Allouch & coll. *Psychopathologie et altérité*, Paris: Editions Nolin, 2011, (pp. 51-60)
- BIDAUD, Eric et FOURMENT, Marie-Claude, (dir.) Visages. *Cahiers de l'infantile*, Paris : L'Harmattan, 2005
- BLEULER, Eugen, *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies* (1911), tr. Alain Viallard, Paris : Editions EPEL-GREC, 1993.
- BONNAT, Jean-Louis (dir.), *Autisme et psychose : machine autistique et machine délirante (clinique différentielle des psychoses)*, Nantes : Université de Nantes, 2003
- BONNINGUE, Catherine, Pour une clinique du sujet dans l'autisme, La petite girafe, 1997, n° 8, p.79-83
- BOUGEREAU, Jean-Luc, *Les folies du discours et les folies corporelles*, thèse de doctorat réalisée sous la direction de Jean-Claude Coquet, Université de Paris VIII, Saint-Denis, 1995.
- BOUGERON, Thomas, *Identifier des gènes permet de comprendre et d'offrir aux personnes avec autisme le meilleur environnement possible*, Actes du Colloque Fondation de France, Autisme : de la recherche aux pratiques, Paris, 2 octobre, 2009, p. 11-12
- BOUHSIRA, Jacques et DANON-BOILEAU, Laurent, *Nosographie psychanalytique*, Collection Monographies et débats de psychanalyse, Paris : PUF, 2011.

BOYSSON-BARDIES, Bernadette, *Comment la parole vient aux enfants : De la naissance jusqu'à deux ans*. Paris : Odile Jacob, 2005.

BURSZTEJN, Claude, Les recherches biologiques dans l'autisme et les psychoses infantiles, in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (1985) (dir.) Lebovici, Serge, Paris : PUF, 2004

CANGUILLEM, George, *Le normal et le pathologique* (1966), 11^e ed., Paris : Presses universitaires de France, 2009.

CASTANET, Didier, Le réel du corps : phénomènes psychosomatiques et symptôme, *L'en-je lacanien*, 2004, n° 3, p. 107-123

CHAPEROT, Christophe, *Structuralisme, Clinique structurale, diagnostic différentiel névrose-psychose*, Paris : Harmattan, 2003.

CHASLIN, Philippe et ROUSSEAU, Louis, L., *Traité des maladies de l'enfant*. 2^e éd. Tome IV, Idiotie – imbécillité – débilité mentale – épilepsie, Paris : Masson.

CHEMAMA, Roland, (dir.). *Grand dictionnaire de la psychologie*, Paris : Larousse, 1999

Classification française de troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), troisième édition, Paris : Ministère des affaires sociales, 1993

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), Genève : OMS, 1993-1996

CLERAMBAULT, Gaëtan Gatian de, Les délires passionnels. Erotomanie, Revendication, Jalousie, *Bulletin de la société clinique de médecine mentale*, 1921.

COHEN, David et CHAMAX, Brigitte, Transformations de la représentation de l'autisme et de sa prise en charge. *Perspective Psy*, 2007, n° 46, p. 218-227

CORDIE, Anny, *Un enfant psychotique* (1993), Paris : Editions du Seuil, 2007

_____, *Les cancre n'existent pas : psychanalyses d'enfants en échec scolaire*, Paris : Seuil, 1993

CHRISTAKI, Angélique, Incidences éthiques des paradigmes politiques relatifs à l'autisme et au handicap. *Le Coq-héron*, 2005, n°183, p.129-137

CULLERE-CRESPIN, Graciela, *L'épopée symbolique du nouveau-né : De la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce*, 2^e ed. Toulouse : Eres, 2010

DELEUZE, Gilles, A quoi reconnaît-on le structuralisme ? in *Histoire de la philosophie*, sous la dir. Châtelet, François, vol. VIII, Paris : Hachette, 1973.

DELION, Pierre, *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile*, Toulouse : Eres, 2009

_____, (dir.) *Corps, psychose et institution*. Paris : Eres, 2007.

DIRICQ, Bernadette, L'autisme infantile : fatalité ou choix du sujet ? *Feuillets psychanalytiques du Courtil*, 1991, vol.3, p.91-103

DOLTO, Françoise, *Le cas Dominique*, Paris : Seuil, 1974

_____, *Naitre et ensuite ?*, Paris : Stock, 1982, Coll. Les cahiers du nouveau-né.

_____, *L'image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil, 1984

DOR, Joël, *Structures et perversions*, Paris : Denoël, 1987

_____, *Le Père et sa fonction en psychanalyse*, Paris : Point Hors Ligne, 1989

DORTIER, Jean-François, Le débat nature/culture relancé. *Sciences Humaines*. 2010, n°212

DSM III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris : Masson, 1983

DSM IV. TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (2000), Paris : Masson, 2003

DUBAS, Frédéric, Le diagnostic en médecine : pour quoi faire ?, *Mental*, 1999, n° 6, p. 17-27

DUCHE, Didier-Jacques, *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris : PUF, 1990.

_____, Histoire de la psychiatrie de l'enfant. in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (1985) Paris : PUF, 2004

DRUEL-SALMANE, Gwénola, [L'autisme infantile précoce de L. Kanner, in L'autisme, son double et ses objets, sous la dir.de J-C Maleval, Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2009](#)

ESQUIROL, Etienne, *Des maladies mentales* (1838), Paris : Frénésie, 1989

FALISSARD, Bruno, *Etat des lieux général dans le domaine de l'autisme*. Actes du Colloque Fondation de France, « Autisme : de la recherche aux pratiques, Paris, 2 octobre, 2009, p. 6-7

FELLAHIAN, Corinne, *La psychose selon Lacan : évolution du concept*. Paris : Harmattan, 2005

FERENCZI, Sandor, *Thalassa : psychanalyse des origines de la vie sexuelle*, tr. Judith Dupont et Myriam Viliker, Paris : Payot et Rivages, 2002, coll. Petite Bibliothèque Payot.

FISCHER BERNARDINO, Leda Maria, *As psicoses não decididas da infância : um estudo psicanalítico*. São Paulo : Casa do psicólogo, 2004

_____, Quando tratar implica educar: a clinica com crianças autistas. *Anais do IV Coloquio do LEPSI*, São Paulo : USP, 2004

FOMBONNE, Eric, Is there an epidemic of autism ? *Pediatrics*, 2011, vol. 107, n° 2, p. 411-412

_____, The prevalence of autism, *The Journal of American Medical Association*, 2003, vol. 289, n° 1

FOUCAULT, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard, 1972

_____, *Les Anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris : Gallimard, 1999.

_____, Des espaces autres, in *Dis et écrits (1984)*. Paris : Gallimard, 2001

_____, Qu'est-ce que la critique ?, Conférence du 27 mai 1978 devant la Société française de philosophie, *Bulletin de la société française de philosophie*, 1990, n°2.

FRAYSSINET, Marielle, Phénoménologie et clinique de l'autisme et de la schizophrénie, *Psychologie Clinique*, 2012, n° 13, p. 46-68.

FREUD, Sigmund, *Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905)*, Paris : Gallimard, 2006

_____, De l'esquisse d'une psychologie scientifique (1895), in *La naissance de la psychanalyse*, Paris : PUF, 2003

_____, Les névropsychoses de défense (1894), in *Œuvres Complètes*, vol. III, 3è ed., Paris : PUF, 2005

_____, Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (1911), in *Œuvres Complètes* vol. X, 2è ed., Paris : Presses Universitaires de France, 2009

_____, *La technique psychanalytique : le début du traitement*, Trad. D'Anne Berman, Paris : Payot, 1953

_____, Freud, S., L'inconscient in *Métapsychologie (1915)*, tr. J. P. Briand, J. P. Grossein, J. Laplanche, J. B. Pontalis & M. Tort, Paris: Gallimard, 2006.

_____, Le moi et le ça (1923), in *Œuvres complètes*, vol. XVI, Paris : PUF, 1991

_____, Abrégé de psychanalyse, (1938), Tr. Anne Berman, 14è ed., Paris : PUF, 2011

_____, Freud, S., Pour introduire le narcissisme (1969), in *La vie sexuelle*, tr. Jean Laplanche, Paris : PUF, 2002

- _____, Au-delà du principe du plaisir (1920), in *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1975, p. 16-17
- FREUD, Sigmund et BREUER, Joseph, *Etudes sur l'hystérie* (1895), 14^e éd., tr. Anne Berman, Paris : PUF, 2000
- FROISSART, Josiane, La psychanalyse et le cognitivisme peuvent-ils faire bon ménage ?, *Journal français de psychiatrie*, 2006, n°25, p.36-39
- GARRABE, Jean, *Histoire de la Schizophrénie*, Paris : Seghers, 1992
- GAUTHIER, Jean-Marie, (dir.) *Le corps de l'enfant psychotique. Approche psychosomatique de la psychose infantile*, Paris : Dunot, 1999
- GIBELLO, Bernard, Clinique et DSM-IV, *Perspectives Psy*, 2006, vol.45, p. 109-111.
- GILLIS, Alain, Le corps avant-moi. Autisme et théorie du corps sujet, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2004, n° 58, p.33-40
- GINESTE, Thierry, *Victor d'Aveyron. Dernier enfant sauvage, premier enfant fou.* (1993), Paris : Hachette, 2004.
- _____, *Déficiência mentale et folie depuis le Moyen-Âge*, Paris : Dactylo-Sorbonne, 1975, Thèse de doctorat en médecine réalisé à l'Université Paris VI.
- GEPNER, Bruno. Malvoyance du mouvement dans l'autisme infantile? Une nouvelle approche neuropsychopathologique développementale, *La psychiatrie de l'enfant*. 2001, vol.44
- GERVAIS, H, at.al., Abnormal cortical voice processing in autism, *Nature Neuroscience*, 2004, n° 7, vol.8, p. 801-802
- GOLSE, Bernard, *L'être-bébé*, Paris : PUF, 2006, Coll. Le fil rouge.
- _____, De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation) in *Le carnet Psy*, juin 2006, n° 109, p. 25-29
- _____, L'Autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse : convergences et controverses. *Enfances et Psy*, 2001, n° 46, p. 30-42
- GOLSE, Bernard et DELION, Pierre, *Autisme : état des lieux et horizons*, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2006, Coll. Carnet Psy
- GORI, Roland, La psychopathologie en question aujourd'hui, *Clinique Méditerranéennes*, 2005, n° 71, p.41-57

- _____, Thérapies molles cherchent désespérément des pathologies flexibles, *Clinique Méditerranéennes*, 2006, n°74, p. 143-172
- _____, Malaise dans la psychiatrie, *Clinique Méditerranéennes*, 2008, n°78, p. 49-64
- GORWOOD, Philippe., Facteurs génétiques impliqués dans l'autisme, *Le Carnet PSY*, 2002, n°75, p 30-35
- GRANDIN, Temple, *Penser en images* (1995), Paris : Odile Jacob, 1997
- GREEN, André, *La pensée clinique*, Paris : Odile Jacob, 2002
- _____, En guise de préface à un article ancien sur la nosographie psychanalytique, in *Nosographie psychanalytique*. Sous la direction de Jacques Bouhsira et Laurent Danon-Boileau. Paris : PUF, 2011. Collection Monographies et débats de psychanalyse.
- GREIMAS, Algirdas, *De l'imperfection*, Périgueux : Ed. Pierre Fanlac, 1987.
- GRIESINGER, W, *Traité des maladies mentales*, traduit de la 2^e édition allemande, Paris : Delahaye, 1845
- GROLIER, Michel, L'autisme au XXI^e siècle. *Cliniques méditerranéenne*, 2007, n°76, p.271-286
- _____, Enjeux des offres thérapeutiques autour de l'autisme, *Psychothérapies*, 2008, vol. 28, p.261-268
- GUIBERT, Clément de, BEAUD, Laurence, Différence entre autisme de Kanner et psychose infantile : déficit d'unité vs identité de la situation, *La psychiatrie de l'enfant*, 2005, vol. 48, p. 391-423
- GUILLE, Jean-Marc, Politiques publiques, discours et pratiques professionnelles autour de l'autisme, in *Perspectives Psy*, 2008, vol. 47, p. 113-116.
- HAAG, Geneviève, Le moi corps et son expression dans les états de psychose infantile. In *Théories et thérapies des états de psychose infantile*, sous la dir. D'Eliane Allouch, Presse Universitaire de Franche-Comté, 2000.
- HAAG, G., TORDJMAN, S., at. al., Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité, *La psychiatrie de l'enfant*, 1995, n° 38, p.497-527
- HALLET, Joëlle., Les mots et le corps dans la névrose et les psychoses. *Quarto*, 2000, n°69, p. 80-83.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, <http://www.has-sante.fr>

HEIDEGGER, Martin, *La parole in Acheminement vers la parole*, Paris : Gallimard, 1950

HOCHMANN, Jacques, *Pour soigner l'enfant autiste*, Paris : Odile Jacob, 1997

_____, *L'histoire de l'autisme : De l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement*. Paris : Odile Jacob, 2009.

_____, L'autisme à l'heure du néolibéralisme : Quelques réflexions, *Enfances & Psy*, 2010, n° 46, p. 15-29

_____, A la recherche d'un dialogue entre neurosciences et psychanalyse : l'exemple de l'autisme infantile. *Revue française de psychanalyse*, 2007, vol. 71, p. 401-418

HODY, Fabienne. Pertinence clinique de la distinction de l'autisme, *Les feuillets du Courtil*, 2008, n° 29, p. 167-177

HOLVOET, Dominique, Les autismes et les conditions du lien. *Les Feuillets du Courtil*, 2008, n° 29, p. 77-93

HOUZEL, Didier, Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile, in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (1985), (dir.) Lebovici, Serge, Paris : PUF, 2004

_____, Réflexions sur la définition et la nosographie des psychoses infantiles. In *L'autisme et psychose de l'enfant : les points de vue actuels*. sous la dir. de Mazet et Lebovici, Paris : PUF, 1990, p. 31-53

_____, Les modèles dynamiques de l'autisme, *Perspectives psy*, 2006, vol. 45, p. 213-216

JERUSALINSKY, Alfredo, *Enquanto o futuro não vem. A Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador : Agalma, 2002

_____, Psicose e autismo na infância: Uma questão de linguagem. *Psicose, Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 1993, vol. 4.

JOURDAN, B., *L'autisme : le gène intouchable. De la science au business*. Paris, Seuil, 2005.

KAMEL, François, Psychanalyse et nosographie de l'enfant, in *Nosographie psychanalytique*, Sous la direction de Bouhsira J. et Danon-Boileau L., Paris : PUF, 2011, Collection Monographies et débats de psychanalyse.

KANNER, Léo, Autistic disturbances of affective contact, *Nervous Child*, 1942-1943, traduction française in BERQUEZ, Gérard, *L'autisme infantile*, Paris : PUF, 1983

KANT, Immanuel, *Critique de la raison pure* (1781). Paris : Flammarion, 2006

KATAN-BEAUFILS, Nancy, L'autisme au regard de la schizophrénie et de la paranoïa, La cause freudienne, 1993, n° 23, p. 74-79

KIRK, Stuart et KUTCHINS, Herb, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Paris : Plessis-Robinson, Synthélabo, 1998

KLEIN, Mélanie, L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi (1930), in *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 2005, p.263-278

KOENIG, Maurice, Autisme et psychose, *Recueil*, 1989, n° 5, p.-73-82

KUPFER, Maria Cristina, Notas sobre o diagnostico diferencial da psicose e do autismo na infância, *Psicologia USP*, 2000, vol. 11, n° 1, p. 85-105

_____, A presença da psicanálise nos dispositivos institucionais de tratamento da psicose, *Estilos da Clínica*, 1996, vol. 1, n°1, p. 18-33

LACAN, Jacques, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience analytique (1949). In Lacan, J. *Écrits I*. (2 ed.). Paris: Seuil, 1999, p. 92 -99.

_____, Fonction du champ de la parole et du langage in *Écrits*, Paris : Seuil, 1966

_____, Au-delà du « Principe de réalité ». (1936) In Lacan, J. *Écrits I*. (2ed.) Paris: Seuil, 1999, p.72-91

_____, Les complexes familiaux dans la formation de l'individu : essai d'analyse d'une fonction en psychologie (1938). In Lacan, J. *Autres écrits*, Paris: Seuil, 2001 p. 23-84

_____, Radiophonie (1970). In Lacan, J. *Autres Écrits*, Paris : Seuil, 2001 p. 403-447

_____, *Le séminaire. Livre I. Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*, Paris : Seuil, 1975.

_____, *Le Séminaire. Livre III. Les Psychoses (1955-1956)*, Paris : Seuil, 1981

_____, *Le Séminaire. Livre IV. La relation d'objet (1956-1957)*, Paris : Seuil, 1994,

_____, *Le Séminaire, Livre V. Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris : Seuil, 1998

_____, *Le séminaire. Livre VIII. Le transfert (1960-1961)*, Paris : Seuil, 2001.

_____, *Le séminaire. Livre X. L'angoisse (1962-1963)*, Paris : Seuil, 2004.

_____, *Le séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Paris : Seuil, 1977

_____, *Le séminaire. Livre XXI. Les non-dupes errent* (1973-1974), inédit.

_____, *Le séminaire. Livre XIV : La logique du fantasme* (1975-1976), inédit

_____, « Conférence au collège de médecine » (1966), *Lettres de l'école freudienne*, 1967, n°1.

_____, (1975) Conférence à Genève sur le symptôme. Retrieved from: <http://www.ecole-lacanienne.net>.

_____, (dir.) *Scilicet*, n° 6/7, Paris : Seuil, 1973

LAURENT, Eric, Réflexions sur l'autisme. *Bulletin Groupe Petite Enfance*, 1997, n° 10.

_____, Autisme et psychose : poursuite d'un dialogue avec Robert et Rosine Lefort. *La cause freudienne*, 2007, n° 66, p.105-118.

_____, Les futurs des spectres de l'autisme. In Halleux, B. (org.). *Quelque chose à dire à l'enfant autiste. Pratique à plusieurs à l'Antenne 110*. Paris : Éditions Michèle, 2010, p. 223-236

LAZNIK, Marie-Christine, Du ratage de la mise en place de l'image du corps au ratage de la mise en place du circuit pulsionnel. Quand l'aliénation fait défaut. In Fondation Européenne pour la psychanalyse. *La clinique de l'autisme – son enseignement psychanalytique*. Paris : Point Hors Ligne, 1992, p. 107-125.

_____, *Vers la parole. Trois enfants en psychanalyse*, Paris : Denoël, 1995, coll. L'espace analytique.

_____, Pourrait-on penser à une prévention du syndrome autistique ?, *Contraste*, 1996, n° 5, p. 69-85.

_____, Godente ma non troppo: le minimum de jouissance de l'Autre nécessaire à la constitution du sujet. In Association Lacanienne Internationale. *Cahiers de l'Association lacanienne internationale. Journées de l'ALI des 10, 11 et 12 mars 2006*. Paris : Éditions de l'Association Lacanienne Internationale, 2007, p. 13-27.

LE RHUN, Laurence. La communication facilitée : quels enjeux dans la clinique de l'autisme. In Maleval, J-C. (dir.), *L'Autiste, son double et son objet*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2009, p. 115-125.

- LEBOVICI, Serge, Psychiatrie de l'enfant et psychanalyse, in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (1985). Paris : PUF, 2004, p. 23-30
- LEBOVICI, Serge et MacDougall, J, *Un cas de psychose infantile. Etude psychanalytique*, Paris : PUF, 1960
- LEBOVICI, Serge, MAZET, Philippe, *Autisme et psychoses de l'enfant*. Paris : PUF, 1990
- LEDOUX, Michel, *Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile*, Paris : PUF, 1989, coll. Le fil rouge.
- LEFORT, Rosine, LEFORT, Robert, *Les structures de la psychose : l'enfant au loup et le président*, Paris : Seuil, 1988
- _____, *Naissance de l'Autre, deux psychanalyses : Nadia (13 mois), Marie-Françoise (30 mois)*, Paris : Seuil, 1980
- _____, *La distinction de l'autisme*, Paris : Seuil, 2003
- LEMAY, Michel, *L'autisme aujourd'hui*, Paris : Odile Jacob, 2004
- LEVI-STRAUSS, Claude, *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris : Mouton/MSH, 1967
- LEVINAS, Emanuel, *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*. Paris : Fayard, 1982.
- LYSY-STEVENSON, Anne et STEVENSON, La psychose infantile : déficit ou production ?, *Quarto*, 1991, n° 46, p.46-49
- MAHLER, Margareth, *Psychose Infantile : symbiose humaine et individuation* (1968), tdr. Pierre et Josette Léonard, Paris : Payot, 2001
- MAESTRO, Sandra, MURATORI, Philippe, Les films familiaux, in *Autisme : Etats de lieux et horizons*, sous la dir. Delion et Golse, Ramonville Saint-Agne : Eres, 2006, Coll. Carnet Psy
- MALEVAL, Jean-Claude, *La Forclusion du Nom-du-Père : Le concept et sa clinique*, Paris : Seuil, 2000
- _____, De l'objet autistique à la machine. Les suppléances du signe. In *Pensée psychotique et création de systèmes. La machine mise à nu*, sous la direction de Hulak, F., Ramonville Saint-Agne : Érès, 2003.
- _____, *Logique du délire*, Rennes : PU Rennes, 2011
- _____, *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Paris : Payot, 1981

- _____, *L'autiste et sa voix*, Paris : Seuil, 2009
- _____, (dir.) *L'autiste, son double et ses objets*, Rennes : Presse Universitaire de Rennes, 2009.
- MANNONI, Maud, *L'enfant arriéré et sa mère : étude psychanalytique* (1964), Paris : Seuil, 1981
- _____, *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*, Paris : Denoel/Gonthier, 1965
- _____, *L'enfant, sa maladie et les autres : le symptôme et la parole* (1967), Paris : Seuil, 2002
- _____, *Education Impossible*, Paris : Seuil, 1973
- MELTZER, Donald, *Explorations dans le monde de l'autisme* (1975), Paris : Payot, 2002
- MEYER, Catherine (dir.), *Le livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*, Paris : Les Arènes, 2010
- MILLE, Christian, Histoire des classifications et perspectives nouvelles en psychiatrie de l'enfant, *La lettre de l'enfant et de l'adolescent*, 2001, n° 43, p. 91-97
- MILLER, Jacques-Alain, ETCHEGOYEN, Horacio, *Silence brisé*, Paris : Agalma /le seuil, 1996, p.23-24
- MOREAU DE TOURS, Paul, *La folie chez les enfants*, Paris : Baillière, 1888
- MOREL, Bénédict-Auguste, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris : Baillière, 1857.
- MORILLA, Esteban, L'autisme : des positions divergentes dans la psychanalyse, *Mental*, 2002, n° 11, p.93-110
- MOTTON, L. et BELLEVILLE, S. L'Hypothèse perceptive visuelle dans l'autisme, *Psychologie française*, 1998.
- NOMINE, Bernard, Quand le corps souffre du langage. Etude comparée de l'autisme et de la schizophrénie, *La lettre de l'enfant et de l'adolescent*, 2004, n° 58, vol. 4, p. 19-26
- ONFRAY, Michel, *Le crépuscule d'une idole : l'affabulation freudienne*, Paris : B. Grasset, 2010
- PERRIN, Myriam, L'autisme au pays des sciences, *Clinique méditerranéennes*, 2009, n°79, p. 237-251.

- PEUCH-LESTRADE, Jean, Autisme et psychanalyse : pourquoi la guerre ? *Topique*, 2007, n° 99, p.17-28
- PEYRAUD, Alain-Pierre, Autisme, maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et loi du 11 février 2005, *Enfances Psy*, 2010, n° 46, p.70-81
- PIAGET, Jean, *Le Structuralisme*, Paris : PUF, 1996, Coll. Que sais-je ?
- PINEL, Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale (1801)*, Paris : Slatkine, 1980
- PINTO, Tereza Cristina, *Transformation subjective en clinique psychanalytique. Approche sémiotiques*. Thèse de doctorat réalisée sous la direction d'Ivan Darrault-Harris, Université de Limoges, ANRT, 2005
- _____, *Actualité de la notion de structure et de la fonction du père dans la théorie lacanienne de la psychose. Implications théoriques et cliniques*. Thèse de doctorat réalisée sous la direction de Christian Hoffmann, Paris, Université Paris VII, 2010
- POMMIER, Gérard, Du passage littéral de l'objet à la moulinette du signifiant, *Cahiers de l'Association lacanienne internationale : le signifiant, la lettre et l'objet*, journée du 19 et 20 octobre, Paris : 2002.
- POSTEL, Jacques, QUETEL, Claude, (dir.) *Nouvelle histoire de la psychiatrie (1994)*, Paris : Dunod, 2004.
- QUINET, Antonio. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- RABINOVITH, Solal, *La Forclusion : enfermés dehors*. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2000
- REY-FLAUD, Henri, *L'enfant qui s'est arrêté au seuil du langage : Comprendre l'autisme*, Paris : Aubier, 2008
- _____, *Les enfants de l'indicible peur. Nouveau regard sur l'autisme*, Paris : Aubier, 2010
- RIBAS, Dennis, *Controverses sur l'autisme et témoignages*, Paris : PUF, 2004
- ROUDINESCO, Elisabeth, *Pourquoi la Psychanalyse ?*, Paris : Fayard, 1999.
- ROUILLON, De la psychose à l'autisme. *Feuillets psychanalytiques du Courtil*, 2004, n° 5, p. 73-86.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques, *Emile ou de l'éducation*, Paris : Gallimard, 1990.
- ROUSSILLON, René, La pulsion et l'intersubjectivité, *Adolescence*, 2004, n°50.

- ROYER, Benjamin et MESQUITA, Mirka, Formation et Transmission dans le champ de la psychothérapie institutionnelle : Réflexions issues d'une expérience de stage à La Borde. *Revue Institutions*, n° 48, 2001
- SAFOUAN, Moustapha, *Etudes sur l'Œdipe. Introduction à une théorie du sujet*. Paris : Ed. Du Seuil, 1974.
- SALBREUX, Roger, Les limites du champ de la psychiatrie et la notion de handicap, in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (1985). Paris : PUF, 2004, p. 31-44
- _____, Données épidémiologiques et statistiques sur l'autisme in *Les causes de l'autisme et leurs traitements*. Sous la dir. de LÉBOVICI, S. et GAYDA, M., Paris : L'harmattan, 2000
- SAUVAGNAT, François, La question de l'automatisme dans l'autisme et les psychoses infantiles au regard de la situation actuelle, in *Autisme et psychose. Machine autistique et délire machinique. Clinique différentielle des psychoses*, sous la direction de Bonnat, J-L, Rennes : Presse Universitaire de Rennes, 2008.
- SEDAT, Jacques, *Comprendre Freud*, Paris : A. Colin, 2008.
- SIKSOU, Jocelyne, Discussion de l'exposé « L'autisme serait-il une réponse à un type particulier de mélancolie parentale ? » In Fondation européenne pour la psychanalyse. *La clinique de l'autisme – son enseignement psychanalytique*, Paris: Point Hors Ligne, 1993, p. 61-72.
- SINETY, Jean-Marie de, Evaluer n'est pas classer : Plaidoyer pour une évaluation compréhensive de la souffrance psychique, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, n°43, p.45-48
- SOULE, Michel, Nos fantasmes – « On bat un fœtus » in *Introduction à la psychiatrie fœtale*. Dix-neuvième Journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de puériculture de Paris, Paris : ESF éditeur, 1992
- STEVENS, Alexandre, Aux limites du lien social, les autismes. *Les Feuilles du Courtil*, 2008, n° 29, p. 9-28.
- STRAUSS, Marc, Pour une spécificité de l'autisme, *La cause freudienne*, 1993, n° 23, p. 79-85
- TORDJMAN, Sylvie, Des résultats de l'imagerie cérébrale dans l'autisme à leur interprétation, *Le carnet psy*, 2005, n° 97, p.24-26

- TOUATI, Bernard, Quelques repères sur l'apparition du langage et son devenir dans l'autisme in Touati, Bernard, JOLY, Fabien et LAZNIK, M-C, *Langage, voix et parole dans l'autisme*, Paris : PUF, 2007
- TREVARTHEN, Colwyn et AITKEIN, Kenneth, Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique, *Devenir*, 2003, vol. 15, n° 4, p. 309-428
- _____, L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain, in *La psychiatrie de l'enfant*, 2003, vol.46, n° 2, p. 471-520
- TUSTIN, Francis, *Autisme et psychose de l'enfant* (1972), tr. Mireille Davidovici, Paris : Seuil, 1977
- _____, *Les états autistiques chez l'enfant* (1981), Paris : Seuil, 1986
- _____, *Autisme et protection* (1990), Paris : Seuil, 1992
- _____, Le stade autistique primaire de l'enfant: une erreur qui a fait long feu, *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 2006, n° 36
- UTA, Frith, *L'énigme de l'autisme* (1992), 2^{ème} ed., tr. Ana Gerschenfeld, Paris : Odile Jacob, 2010
- VIDAL, Jean-Marie, De dérives scientifiques en dérives médiatiques !, *Le carnet psy*, 2005, n°97, p. 26-27
- VOLNOVICH, Jorg, *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1993.
- WAJNTAL, Mira. *Uma clínica da construção do corpo*. São Paulo: Via Lettera, 2004.
- WILLIAMS, Donna, *Quelqu'un, quelque part* (1994), Paris : J'ai lu, 1996
- _____, *Si on me touche je n'existe plus*, Paris : Robert Laffont, 1992
- WINNICOTT, Donald, Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, in *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1951), Paris : Payot, 1969
- _____, *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Paris : Payot, 1989
- _____, La crainte de l'effondrement et autres situations (1969), *Revue française de psychanalyse*, 2002, vol. 66

_____, La schizophrénie infantile en termes d'échec d'adaptation, Aux journées d'études sur les psychoses de l'enfant organisées à Paris en 1967 et publiées dans les numéros de *Recherches*, spécial Enfance Aliénée, traduit par Maud Mannoni, p. 27-31