

La psychanalyse et la recherche sur l'autisme

Auteur(s) : Geneviève Haag

Mots clés : autisme - dysfonctionnement cérébral - imagerie cérébrale - IRM fonctionnelle - moi corporel - psychothérapie - reconnaissance de la voix - sentiment d'existence prénatal

Coordination entre thérapeutes de formation psychanalytique s'occupant du traitement des enfants avec autisme (réflexions rassemblées par G. Haag)

Le besoin s'en est ressenti dans le contexte actuel de récusation de la psychanalyse pour les psychothérapies en général, et plus encore pour celle des enfants avec autisme en recourant à ce sujet à des extrapolations à partir de recherches génétiques et neurophysiologiques, en elles-mêmes fort intéressantes et nécessaires pour l'avancée des connaissances, mais trop souvent utilisées pour refuser toute psychopathologie au profit d'une causalité neurologique. Un exemple récent en est l'expérience d'imagerie cérébrale faite par le Dr Monica Zilbovicius et autres chercheurs français et canadiens sur 5 adultes avec autisme à partir de laquelle un communiqué de l'INSERM s'empresse d'extrapoler des « stratégies de rééducation... spécifique des informations vocales et faciales », sans mentionner aucune autre

prise en charge. La pratique montre qu'il est au contraire indispensable, pour donner ses meilleures chances à un enfant avec autisme, d'associer « les approches psychothérapeutique et éducative » complétées, suivant les besoins de l'enfant, par de l'orthophonie, psychomotricité, art-thérapie, etc.

Une première réunion des thérapeutes ayant en charge des enfants autistes a eu lieu le 25 septembre et a permis d'échanger sur les difficultés augmentées par ce contexte : des familles sont troublées par cette regrettable polémique entre les praticiens de l'approche psychothérapeutique et plus généralement psychodynamique, et d'autre part les déductions hâtives de certains représentants des sciences cognitives, neurophysiologiques et génétiques, alors que d'autres chercheurs de ces mêmes disciplines souhaitent au contraire une articulation avec les psychiatres et les psychanalystes, qui eux-mêmes ne doivent pas s'enfermer dans leurs propres disciplines.

Il devient par conséquent nécessaire de publier des résultats qui pour davantage démontrer leur efficacité doivent s'accompagner de l'usage de tests diagnostiques et évaluatifs déjà internationalement reconnus permettant les échanges interdisciplinaires et internationaux. Il serait utile d'y adjoindre un repérage, axé autour de la constitution du moi corporel, de la reprise du développement et de ses étapes, point de vue global sur la personnalité qui jusqu'à présent n'est pas pris en compte dans le courant cognitiviste.

(Les thérapeutes intéressés à faire partie de cette Coordination, et par conséquent à recevoir le compte rendu détaillé de la première réunion ainsi que l'information sur la prochaine qui aura probablement lieu le 8 janvier 2005 après-midi peuvent se faire

connaître par lettre, en indiquant notamment leur mode de prise en charge des sujets avec autisme, adressée à : Mme D. AMY, 10, rue Carpeaux, 92400 Courbevoie ou à Mme G. HAAG, 18, rue Emile Duclaux, 75015, Paris)

Réflexions des psychothérapeutes de formation analytique s'occupant des sujets avec autisme

Cette recherche faite par le Dr Monica Zilbovicius et autres chercheurs français et canadiens concerne cinq adultes autistes qui ont tous acquis le langage et huit sujets normaux auxquels on fait entendre une séquence de sons alternant la voix humaine et d'autres types de sons. On enregistre à l'IRM fonctionnelle l'activation ou non de la zone réceptrice de la voix située sur le sillon temporal supérieur. Les sujets normaux ont une activation bilatérale de ce sillon. Un sur cinq des sujets avec autisme a une activation unilatérale droite de cette zone. Un autre a une activation restreinte située en dehors du STS. Les trois autres n'ont aucune activation. Interrogés ensuite, les sujets normaux reconnaissent un peu plus de la moitié des sons correspondant à des voix humaines. Les sujets autistes ne reconnaissent que 8,5 % des sons correspondant à la voix. Ne serait-il pas intéressant de faire le point parallèlement sur l'état clinique de ces sujets ainsi que sur les résultats des divers outils testant la gravité du syndrome et plus particulièrement des troubles de la communication ? C'est peut-être ce que les chercheurs ont déjà fait et qu'il nous intéresserait de connaître pour confronter aux

nombreux matériaux cliniques que nous avons déjà concernant les relations fluctuantes des sujets (surtout enfants et adolescents) au sonore en général et à la voix humaine en particulier. Par ailleurs, si les sujets avec autisme participant à l'expérience ont acquis du langage, ils ne sont sans doute pas constamment non réceptifs à la voix humaine. Comment empêcher que la traduction médiatique ne soit : « Le cerveau des autistes hermétique à la voix » (Le Figaro, 21/08/04) ? « Une anomalie cérébrale empêcherait les autistes d'identifier la voix humaine » (Le Monde, 24/08/04). Ces annonces spectaculaires s'assortissent de promesses de stratégies rééducatives sans aucune considération psychopathologique dynamique ni aucune mention des données cliniques déjà rassemblées.

Du côté des psychanalystes, nous avons à communiquer l'état actuel de nos constats, de nos hypothèses et de nos interrogations à travers les processus thérapeutiques et les observations, préalables et parallèles, que nous recueillons de la part des parents, des éducateurs, des orthophonistes, des psychomotriciens, des musicothérapeutes et des enseignants qui s'occupent aussi des enfants. Nous penserions de plus en plus important d'échanger entre les cliniciens et les chercheurs pour un profit sans doute réciproque, et pour tenter de réduire le clivage à nos yeux dommageable qui s'est établi entre le « tout cérébral » et le « tout psychique », entre le « tout éducatif » et le « tout thérapeutique ».

S'il existe encore de ces positions caricaturales malheureusement aussi dans certaines équipes animées par des psychanalystes, les cosignataires de ces réflexions ont plutôt été formés et ont eux-mêmes perçu dans leur expérience l'existence de prédispositions

(« quelque chose dans l'enfant », disait D. Meltzer dans les années 70) sur laquelle ou lesquelles les généticiens et neurophysiologistes sont en recherche que nous suivons avec attention ; mais les facteurs environnementaux ont aussi leur importance et une certaine malléabilité nous permet, tant sur le plan éducatif que thérapeutique, d'obtenir des évolutions favorables. C'est sans doute aussi l'espoir des cognitivistes en proposant des actions éducatives très précoces mais nous pensons que le seul éducatif ne peut sans doute pas être aussi efficace qu'une approche pluridisciplinaire, d'autant plus que la prédisposition semble toucher tout un carrefour cognitivo-émotionnel et par conséquent tout le développement de la personnalité.

I. Les faits cliniques sont les suivants

1) Beaucoup d'enfants autistes par moment semblent ne rien percevoir de la voix humaine, mais à d'autres moments se bouchent les oreilles si l'on commence à leur parler. Nous avons observé, et les enfants nous ont aidés à le confirmer lors de leur démutisation, qu'ils se bouchaient d'autant plus les oreilles que la voix était forte et très articulée. Beaucoup de thérapeutes ont appris par expérience qu'il leur faut musicaliser la voix, voire même chanter leurs commentaires et leurs interprétations, pour qu'ils soient acceptés, principalement au début des traitements. Mais certains enfants ayant avancé dans la perception du langage porteur de significations peuvent aussi se fermer auditivement devant les risques d'un commentaire émotionnel touchant particulièrement les affects, et surtout les affects de tristesse,

mais aussi de grand enthousiasme. Dans les étapes d'excitation maniaque, le plus apaisant semble être d'utiliser une voix grave, lente, la plus neutre possible. Par contre, nous avons souvent constaté que les enfants non parlants, mais utilisant le langage préverbal des gestes pour tenter de communiquer leurs angoisses corporelles et spatiales étaient très ouverts à la reconnaissance et à la verbalisation de ces « démonstrations », et insistaient répétitivement jusqu'à ce que nous ayons clairement traduit en mots leur « langage corporel ».

Comment le comprendre ? Beaucoup ont manifestement acquis une compréhension du langage parlé mais ne semblent écouter que si l'on rejoint leurs préoccupations centrales et que l'on évite de parler trop directement de leurs émotions ; alors ils n'écoutent plus, semblent sourds, peut-être comme nous nous rendons sourds à une émission radio que nous avons laissé ouverte mais qui ne nous intéresse plus et nous recentrons sur nos occupations, préoccupations et rêveries personnelles, ou bien comme nous n'entendons plus quand nous sommes en état de choc : que donnerait l'IRM fonctionnelle de notre sillon temporal supérieur à ce moment là ? Les enfants autistes, eux, dans de telles circonstances, se récupèrent sur leurs impressions sensorielles en l'absence d'un monde interne plus construit avec des représentations évoluées. On constate aussi, et Donna Williams (1992) en parle bien dans son autobiographie, qu'ils écoutent si l'on parle d'eux autour d'eux, et, à cause sans doute du risque toujours présent de débordement émotionnel, écoutent mieux les commentaires indirects que l'on peut faire près d'eux les concernant, surtout donc si l'on veut aborder le monde des affects plus différenciés et bien subjectivés. D. Meltzer, psychanalyste londonien qui nous a beaucoup enseigné (1975) nous conseillait

de parler d'eux comme si l'on se parlait à soi-même, ou dans le « on » : « Je me demande si... On dirait que... », au moins pendant une certaine période.

Les questions que nous pourrions poser aux chercheurs neurophysiologistes maniant l'outil d'IRM fonctionnelle seraient donc : dans quelle mesure les non activations de ces zones, dont les fonctions spécifiques sont de plus en plus répertoriées, peuvent être en effet des phénomènes transitoires et réversibles : je pense que c'est leur intention en prévoyant de faire des recherches similaires chez l'enfant ; dans quelle mesure pourraient-elles être liées à des réactions en quelque sorte « protectrices » par rapport à ce danger désorganisant du débordement émotionnel qui serait sans doute à rapprocher de cette augmentation des hormones de stress mise en évidence par S. Tordjman et coll. (1997), elle-même dépendant de quelle dysrégulation neurohormonale ? Nous aborderions alors certains substrats neuro-hormonaux de ce que nous appelons « défenses archaïques » en termes psychanalytiques, comme le démantèlement de l'appareil perceptuel en ses composants sensoriels par relâchement de l'attention (Meltzer, 1975), permettant de s'agripper à une lumière, un son, un vertige labyrinthique tout en annulant la perception des objets séparés. On peut voir aussi des clivages plus évolués : sons purs/bruits ou affects/représentations comme en témoigne D. Williams quand elle parlait de combattre pour la séparation entre son intelligence et ses émotions, clivage très connu des psychanalystes dans d'autres structures psychopathologiques.

Il y aurait donc bien une reconnaissance de la voix mais dont l'entrée serait en quelque sorte filtrée avec l'exigence d'une

suffisante douceur et musicalité, de l'adéquation du contenu à leurs préoccupations, et pour certains du caractère indirect des commentaires de leur vie émotionnelle.

Nous avons pu aussi rapprocher la première exigence du fait qu'un nombre important d'enfants en voie de démutisation commencent par « chanter » ce qu'ils veulent nous communiquer, mais seulement la mélodie. Ce sont des enfants qui ont été nourris, en famille ou dans certaines institutions où l'on a beaucoup développé les moments musicaux (comptines, chansons mimées) et qui semblent comprendre les mots contenus dans les chansons et s'en servent comme « lexique » en quelque sorte. A nous d'avoir entretenu notre souvenir des chansons enfantines ! (Haag 1984, 1996).

2) Autre phénomène resté complètement énigmatique pendant une quinzaine d'années. A une étape de leur évolution, lorsque la communication est améliorée, et notamment le contact du regard plus facile, les enfants se passionnent pour les bruits de tuyaux, et plus particulièrement le gros borborygme de la fin de l'écoulement des lavabos et baignoires, qui auparavant les terrorisaient. Dans le même temps, ils se mettent à vocaliser beaucoup plus abondamment.

II. Nos hypothèses

Pour la première série des faits cliniques, nous rejoignons bien entendu les observations de beaucoup de courants de pensée sur l'hypersensibilité des enfants autistes aux bruits de machines, aux ambiances trop bruyantes pour lesquelles, à notre connaissance, nous n'avons pas encore trouvé d'explication. Peut-on penser,

pour certains au moins, à un trouble cochléaire ?

Est-ce à rapprocher du phénomène de dissociation des éléments de la perception que dans notre courant analytique, D. Meltzer a appelé « démantèlement de l'appareil perceptuel », faisant l'hypothèse d'une capacité réversible de relâchement de l'attention des enfants s'agrippant alors sur l'une ou l'autre des sensorialités dissociées, auquel cas pourquoi la focalisation ne serait-elle pas sur les troubles de l'attention (Houzel, 2002) : des anomalies de la fonction d'attention ont souvent été évoquées au sujet des enfants autistes, mais là aussi, cause ou conséquence de la dysrégulation émotionnelle ? Dans certaines études neurophysiologiques, n'a-t-on pas trouvé des anomalies des circuits frontaux-pariétaux (Zilbovicius, 2002).

Nous pouvons aussi noter que pour chaque sensorialité, les enfants établissent ce que nous appelons des « clivages » bien étudiés par F. Tustin (1981) : dans le sonore, le clivage dur/doux est manifesté entre les sons vocaliques (la partie musicale de la voix), et le bruit (l'articulation consonantique), qui semble rejeté du côté du « dur ». Mais nous nous réinterrogeons : pourquoi une telle intolérance aux bruits ? Nous avons été très intéressés par les recherches mettant en évidence qu'à l'audition de sons purs, les sujets avec autisme activent la région temporale postérieure dans le cerveau droit, cerveau émotionnel, alors que chez les sujets sans autisme, cette audition est reçue dans la zone symétrique du cerveau gauche, celui du langage (Zilbovicius, ibid.) qui intègre la musicalité de la voix, et l'articulation consonantique autrement dit le bruit de la parole.

Pour la deuxième série de faits, une hypothèse se fait jour depuis une quinzaine d'années à partir de travaux psychanalytiques sur

la naissance d'une perception existentielle très primitive dans le sonore prénatal (Maiello, 1991, 1998). Cette racine prénatale du problème du sonore nous est apparue très importante. Les traitements nous ont aidés à la cerner de la manière suivante qui nous semble toujours en lien avec ce problème de dysrégulation émotionnelle. Toujours en contrepoint avec les repérages développementaux, il semble qu'une certaine naissance du sentiment d'existence se produirait à partir du 4^e mois de la vie prénatale dans la perception différentielle entre les rythmes réguliers des bruits du cœur et le surgissement de l'aléatoire de la voix maternelle (Maiello, *ibid.*). Les enfants autistes nous ont montré qu'ils avaient établi une analogie entre la voix humaine et les bruits des tuyaux, donc très probablement les borborygmes intestinaux, autre bruit aléatoire perçu in utero. Il semble que ces deux aléatoires aient été rejetés en même temps (cf. troubles de l'écoute de la voix décelés très tôt chez les bébés à risque autistique). Lorsque, dans le processus thérapeutique, ils reprennent confiance dans la communication, après atténuation de beaucoup de leurs peurs (angoisses d'engloutissement, de chute, de liquéfaction, peurs du regard) grâce à la compréhension que nous leur proposons et que très souvent ils reçoivent, ils prennent un plaisir très grand à l'audition des borborygmes des écoulements de lavabos ; ils nous entraînent pour un moment de plaisir partagé en attention conjointe, en quelque sorte, de ces mêmes bruits, ou parfois d'autres jolies rythmicités sonores, par exemple obtenues en faisant résonner des gouttes d'eau sur un récipient renversé, et en même temps ils reprennent plaisir aux échanges vocaux. Comment comprendre cela ? Est-ce que le « sameness » (recherche d'immuabilité) de Kanner, en lien probable avec la non régulation émotionnelle faisant fuir justement tout aléatoire serait déjà à l'œuvre ? Là où cette

perception, chez le fœtus sans problème, provoque au contraire les racines prénatales de l'échange émotionnel (de « type chant et danse » dit S. Langer citée par Meltzer, 1984), en même temps que des sursauts de perception-conscience et par là-même d'un noyau très primitif d'identité/altérité, ici se produirait un détournement de la voix humaine bloquant l'un des deux principaux canaux d'échanges émotionnels périnatal (C. Trevarthen, *ibid.*) ramenant ainsi à l'hypothèse de la fragilité au débordement émotionnel dès la vie prénatale.

À noter que nous enregistrons, au cours des psychothérapies, les mêmes démonstrations pour l'œil à œil que pour la pénétration de la voix : pénétration, oui, à condition qu'elle soit suffisamment douce. Nous pouvons penser qu'ils traduisent ainsi leur expérience de débordement émotionnel comme une pénétration corporelle violente faisant en quelque sorte « exploser » leur fragile construction identitaire, et tout d'abord celle du premier « moi corporel » et aussi exploser momentanément certains secteurs cognitifs acquis. Y aurait-il là aussi, pour la reconnaissance des visages et le décryptage des émotions sur le visage, le même phénomène de détournement dû au débordement émotionnel de la pénétration du regard ? D. Williams (*ibid.*) dit de cette rencontre qu'elle était engloutissante et lui faisait perdre pendant quelques temps « des pans entiers de signification ».

Dans notre expérience, les relations entre le degré de tolérance à la pénétration des bruits ou sons trop intenses et à celle du regard d'une part et la construction de la première étape de l'image corporelle (« l'entourance » l'enveloppe) d'autre part, sont étroites ; la pénétration du regard, une fois dédramatisée, est démontrée constituer un facteur important de la formation de

l'enveloppe (Haag, 2000). Lorsque l'enfant a stabilisé ce sentiment d'« entourance », est dans sa peau, la diminution ou disparition des stéréotypies en étant l'un des principaux résultats, l'intolérance aux bruits de machines variés disparaît ou s'atténue considérablement.

III. Rassemblement de nos questions aux chercheurs

Nous sommes bien assurés, quelle que soit la disqualification courante dans les médias à l'encontre des psychanalystes qui auraient ignoré le cerveau, qu'aucune de nos opérations mentales, même les plus complexes, n'existe sans le substrat d'un fonctionnement neurophysiologique et de la biochimie cérébrale, et qu'un grand nombre d'entre nous sont très attentifs aux recherches de laboratoire en cours. Mais :

- Est-il possible de ne pas déclarer cause première la non activation de zones qui n'est peut-être que la conséquence d'autres dysfonctionnements ? La question est posée à la fin de l'article scientifique, mais non reprise dans les diffusions médiatiques. En effet, nous pouvons lire dans l'article paru dans Nature Neurosciences : « Une possible interprétation de ces résultats est que les sujets autistiques pourraient être caractérisés par une déviation attentionnelle vers des sons non vocaux (souligné par moi) dans la ligne des découvertes récentes sur la sensibilité accrue à l'intensité sonore chez les sujets avec autisme ; de futures études devront investiguer si ce manque de reconnaissance des stimuli vocaux cause, ou est une conséquence du pattern anormal d'activation corticale. Le

traitement anormal de la voix peut être l'un des facteurs sous-tendant les anomalies sociales dans l'autisme. La ressemblance marquée des déficits de traitement de la voix et de la reconnaissance des visages suggère un mécanisme commun sous-tendant ce traitement anormal de l'information sociale (souligné par moi) ».

- Ne faut-il pas plus de communication entre cliniciens et chercheurs ?
- Peut-on mettre l'état clinique des patients, avec les résultats de diverses évaluations, en parallèle avec les investigations ?
- Ne serait-il pas intéressant, dans le projet du côté des enfants (mais c'est sans doute l'intention des chercheurs), d'établir s'il y aurait corrélation entre l'activation ou non de ces zones spécifiquement réceptrices de la voix et les progrès des enfants autistes en communication ? Il serait alors important de noter quels types de traitements leur ont été proposés, car nous doutons que des programmes purement rééducatifs pris dans la perspective de zones cérébrales à activer puissent aboutir. Une conjonction d'abord éducatifs et psychothérapeutiques travaillant parallèlement cette fragilité émotionnelle et la solidification progressive des représentations de moi corporel, serait sans doute plus opérante ; c'est déjà notre expérience pour un certain nombre de cas.

Tous les apports concernant ces problèmes seront les bienvenus dans le cadre de cette coordination.

Bibliographie

- Amy Marie-Dominique, Comment aider l'enfant autiste ?, 2004 (Dunod)
- Gervais H., Belin P., Boddaert N., Leboyer M., Coez A., Sfaello I., Barthélémy C., Brunelle F., Samson Y., Zilbovicius M. (2004), Abnormal cortical voice processing in autism, *Nature Neuroscience*, volume 7, number a, p. 801-802.
- Haag G. (1984), Réflexions sur certains aspects du langage d'enfants autistes en cours de démutisation, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 32 (10-11), 539-544.
- Haag G. (1996), Réflexions sur quelques particularités des émergences de langage chez les enfants autistes, Vol. 9, n° 5, p. 261-264.
- Haag G. (2000), Mise en perspective des données psychanalytiques et des données développementales (concernant l'autisme), *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* ; 48 : 432-40.
- Haag G. et coll. « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » *La Psychiatrie de l'enfant*, XXXVIII, 2, p. 495-527, 1995 ; et « Résumé de cette grille », *Carnet Psy*, n° spécial sur l'autisme, 2002.
- Houzel D. (2002), *L'aube de la vie psychique*, Paris, E.S.F.
- Maiello S. (1991), *L'Oracolo, Un 'esplorazione alle radici della memoria auditiva*, *Analysis, Rivista Internazionale di psicoterapia clinica*, Anno 2 N.3, p. 245-268, trad. fr.
- L'objet sonore. L'origine prénatale de la mémoire auditive ; une hypothèse, *Journal de la psychanalyse de l'Enfant*, n° 20, p. 40-66
- Maiello S. (1998), *Trames sonores et rythmiques primordiales - Compte rendu du Gerpen*, vol. 39, p. 2-24 (*Gerpen Bulletin, renseignements : Secrétariat du GERPEN*, 38, avenue Ardoin, 94420, Le Plessis Tréville, Tél./Fax : 0145941630).
- Meltzer D. (1975), *Explorations in Autism*, Roland Harris Trust, Clunie Press, trad. fr.
- Explorations dans le monde de l'Autisme*, Paris, Payot, 1980.
- Meltzer D. (1984), *Dream-life*, Pertshire, Clunie Press, trad.
- Tordjman S. et coll. (1997), Plasma endorphin, adreno-corticotropin hormone, and cortisol, in *Autism, Journal of child psychology and psychiatry*, vol. 38, p. 705-716.
- Tustin F. (1981), *Autistic States in children*, London, Routledge and Keagan Paul, trad. fr.
- Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, Seuil, 1986.

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

Zilbovicius M. (2002), *l'imagerie cérébrale et l'autisme infantile*, document fondation France Télécom, consultation sur <http://autisme.ocisi.net>