

Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste

Cette grille fut élaborée au milieu des années 1990 par un groupe de psychanalystes et de psychothérapeutes d'enfants ayant une longue expérience thérapeutique auprès d'enfants autistes : outre G. Haag, A. Duprat, A. Cukierman, C. Druon, F. Jardin, A. Maufras du Chatellier, J. Tricaud, S. Urwand, s'étaient adjointes deux pédopsychiatres ayant également une expérience psychanalytique : M.C. Clément, consultante en service de neuropédiatrie, et S. Tordjman, qui avait engagé une recherche clinico-biologique INSERM sur l'autisme (CRE n° 931009) ; cette recherche portait plus particulièrement sur l'évaluation longitudinale et comparative entre profils comportementaux et biologiques chez les enfants autistes. L'ensemble du groupe, animé par G. Haag, avait participé à deux réseaux INSERM Autisme coordonnés par P. Ferrari (RRC n° 487010 et RRC n° 492006) entre 1987 et 1994. La majorité des thérapeutes du groupe avait également pratiqué la discipline de l'observation du développement d'un nourrisson dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick (1964) et reçu l'enseignement direct des psychanalystes anglais ayant particulièrement approfondi la clinique de l'autisme, à savoir D. Meltzer (1975) et F. Tustin (1981), dont les travaux sont maintenant bien connus en France.

Cette grille utilisa comme base les développements de G. Haag sur la genèse du moi corporel : formation des identifications intracorporelles (Haag 1984, 1985, 1988 a et b, 1990, 1991, 1997). Nous avons fait l'hypothèse d'un repérage processuel qui pourrait suivre ce développement du « premier moi », « qui est avant tout une entité corporelle » (Freud, 1923). La confrontation des matériaux cliniques des uns et des autres nous a confortées dans la possibilité d'un tel repérage, des séquences nettes se dégageant et se répétant d'un processus à l'autre pour la reprise développementale ; par exemple la séquence appui dos, interpénétration des regards et démonstrations de l'acquisition d'un sentiment d'entourance.

Étaient également constantes la transposition de ces perceptions corporopsychiques en constructions visuospatiales et leur projection sur l'architecture et les objets géométriques. Nous avons pensé intéressant de corréliser ce développement du moi corporel, repéré en étapes assez nettes, avec d'autres aspects du comportement et du développement : *les symptômes autistiques, les manifestations émotionnelles dans la relation, l'état du regard, l'exploration de l'espace et des objets, l'état du langage, l'état du graphisme, le repérage temporel, les conduites agressives, la réactivité à la douleur et l'état immunitaire* reflété par l'occurrence des maladies somatiques infantiles courantes.

Pour ces derniers items, à partir des conduites agressives, nous étions particulièrement poussées à les corréliser aux premiers par la recherche clinico-biologique engagée par S. Tordjman, et nous devons à cette recherche l'invitation à mettre en forme autant que nous pourrions ces constats cliniques en une grille qui puisse lui servir très pratiquement. En effet, en deçà des tests projectifs classiques évaluant la personnalité à partir de 2 ans et demi environ (Scénotest, Patte noire, Rorschach), nous n'avions aucun test évaluant l'état du moi. Par ailleurs, nous ne pouvions pas penser que les modifications biologiques concernant le stress, l'immunité par exemple, puissent être les mêmes à différentes étapes de l'évolution des enfants autistes, selon qu'ils sont très en retrait, ou en « explosion volcanique » (Tustin) dans le dégel pulsionnel et émotionnel, ou en état maniaque postautistique ; selon qu'ils sont blindés contre toute infection, ou bien très vulnérables au contraire à une certaine étape. Nous espérions que l'utilisation d'une telle grille pourrait être utile non

seulement pour ce type de recherche, mais aussi aux équipes psychoéducatives, ce qui se confirma, y compris dans des équipes ayant principalement un souci éducatif (TEACCH) et qui participèrent volontiers à cette recherche. Depuis, de nombreuses équipes ont déjà témoigné avoir utilisé cette présentation de la grille, même sans mise au point plus fine de son glossaire, pour affiner leurs observations et leur repérage de l'évolution des enfants et des adolescents dans le cadre du travail institutionnel ou thérapeutique.

Cette grille a ainsi servi, dans un premier temps, pour cette recherche clinicobiologique de S. Tordjman centrée sur certains troubles autistiques, les conduites auto et hétéroagressives et la réactivité à la douleur ; ces troubles autistiques étaient mis en rapport avec l'étude biologique des neurohormones de stress, de l'état immunitaire et de certains neuromédiateurs comme la sérotonine. Des échelles particulièrement détaillées ont été construites pour ce faire en collaboration avec le Child Study Center du Dr Cohen, aux États-Unis : *ces échelles Yale-Paris des conduites auto et hétéroagressives* sont actuellement homologuées au Centre de psychologie appliquée (CPA), et seront prochainement publiées par les éditions ECPA¹; de même une *échelle de réactivité comportementale à la douleur* a pu être élaborée et validée et sera publiée ultérieurement ; cette échelle précise également les modifications du rythme cardiaque. Ces échelles n'ont pas été reprises dans les tableaux de notre grille ; par contre, nous y avons inclus l'échelle des stéréotypies utilisée pour cette recherche dans notre rubrique image du corps. Il faut donc compléter le glossaire par ces deux échelles. Cette grille s'est ainsi trouvée testée au cours de cette recherche clinicobiologique qui portait sur soixante-dix enfants et s'est déroulée sur plusieurs années, permettant un affinement du glossaire, qui sera publié prochainement. Il s'est révélé une bonne validité de contenu et particulièrement une bonne validité de consensus de onze pédopsychiatres et psychologues quant à la définition des différents mots-clés du glossaire : définition claire, non ambiguë et compréhensible par les quotateurs. A été également constatée une bonne fidélité interjuges : deux quotateurs de l'équipe soignante ont évalué pour chaque enfant, de façon indépendante, les comportements définis par les différents mots-clés de la grille ; nous avons eu une excellente concordance.

Concernant l'agressivité, dans la présentation de la grille, nous avons fait l'hypothèse qu'il y aurait tout d'abord, dans les états les plus sévères, une prédominance de l'autoagressivité, en raison de la non-différenciation des parties du corps du sujet et de l'objet, suivie d'une période d'hétéroagressivité au moment où se différencient les parties du corps, et finalement un mélange, au-delà de l'individuation, par retour sur le sujet d'une agressivité dirigée nettement contre un objet séparé. En fait, ces premiers résultats ne corroborent pas cette hypothèse : on retrouve à toutes les étapes un mélange d'auto et d'hétéroagressivité. Il reste à affiner l'étude, notamment en considérant l'émergence progressive de la différenciation des parties du corps, partant du tête-à-tête et aboutissant à la séparation finale des membres inférieurs, et d'autre part différencier de la pulsion agressive la destructivité liée au dégel de la pulsion orale, ce qui sera évoqué plus loin, car elle donne une apparente hétéroagressivité.

Nous allons maintenant résumer de manière très schématique les **principales étapes** que nous avons dégagées, en sachant que *cette évolution n'est pas linéaire*, qu'il faut *tenir compte de certains clivages entre des fonctions* qui se mettent en route pendant que d'autres stagnent, et que *chaque problématique se retravaille à chaque avancée* mais dans une *réélaboration à un niveau de symbolisation plus avancée*. Par exemple, la problématique de la chute, dans les états les plus graves, se traduira par des alternances d'effondrements toniques ou d'agrippements corporels dans diverses stéréotypies ; à une étape de reconstitution corporelle suffisante, la problématique, dans les moments de fragilisation, sera reprise dans les jeux de chute corporelle maîtrisée puis dans des théâtralisations avec des objets tombant du bout des tables, puis avec des figurines humaines et animales dans des scènes complexifiées d'un niveau supérieur et à travers des expressions de

langage, et de même pour les autres problématiques.

D'autre part, *il est important de chercher à dégager, à chaque étape, les manifestations témoignant de la reprise développementale correspondant au développement normal* (par exemple les séquences susmentionnées : dos-regard-récupération du sentiment d'entourance), de *manifestations pathologiques dans ce même développement*, par exemple usage d'une identification projective trop intrusive dans la retrouvaille de la communication symbiotique : hyperpénétration parfois corporelle, souvent dans les représentants architecturaux et mobiliers, ou les objets creux, réalisant une phase psychotique postautistique plus ou moins marquée, mais rarement aussi violente dans la destructivité que la psychose symbiotique native apparaissant entre 2 ans et demi et 4 ans (Haag, 1997 b). Autre exemple, dans la mise en place de l'érotisme anal : il reste souvent une tendance à l'hypersphincté-riation qui peut provoquer une constipation opiniâtre et, du côté psychique, une repossesion trop maîtrisante de l'objet avec fantasmes de masturbation anale (Meltzer, 1972), recherche maniaque de coexcitation sexualisée, ou prolifération de rituels de classification, ce qui est à distinguer des qualités et capacités dérivées de l'érotisme anal : plaisir d'une bonne maîtrise, plaisir des triages, des sériations, élargissement des capacités de penser.

Nous ne pouvons, dans le cadre de ces pages, redonner la totalité, même résumée, des étapes repérées ; nous donnerons quelques indications sur les éléments les plus saillants des différentes étapes intéressant les cliniciens, en détaillant un peu plus la première dans le cadre évoqué plus haut.

Première étape : état autistique sévère²

Les *symptômes autistiques* : retrait quasi permanent sur des stéréotypies d'autostimulation sensorielle (Tustin, 1981), ou recherche d'immuabilité (Kanner, 1946) dans des rituels plus complexes. Les *expressions émotionnelles relationnelles* sont réduites au minimum bien qu'il y ait une perception très primitive de l'état émotionnel de l'entourage. Des crises de « tempertantrum » (Tustin, 1981) ou « crises émotionnelles » des cognitivistes, longues crises de rage/angoisse, ne se déclenchent que si l'on contrarie les stéréotypies ou les rituels. Les *troubles de l'image du corps*, état hypertonique, ou grande hypotonie, témoignent des vécus corporels de chute et liquéfaction (signes de dépression primaire). L'« amputation du museau » (zone érogène orale péribuccale) est fréquente : bouche atone, amimique, écoulement de salive. Le *regard* est absent, évitant, ou traversant, ou collé, et souvent alors en périphérie. Le *langage* est inexistant ou écholalique. Le *graphisme* est souvent inexistant ou réduit à des traces dépourvues de l'élémentaire rythmicité (traits dégoulinants ou lancés sans retour). L'*exploration de l'espace et des objets* témoigne de la tendance à se maintenir dans un espace uni ou bidimensionnel (tournoiements autour d'un point, collages peau à peau, empilages de petites assiettes plates [Haag, 1988], exploration de la surface des objets en évitant tout orifice). Le *repérage temporel* est uni ou bidimensionnel (temps figé ou circulaire de la « mêmeté »). Les *manifestations agressives*, auto et hétéroagressivité, sont indifférenciées. L'automutilation de nature proprement autistique est vraiment dangereuse, car il s'agit de l'augmentation insidieuse d'une autostimulation selon un processus toxicomane, sans mise en jeu d'une véritable pulsion agressive (désintrinsication ou non-intrinsication presque totale). La *réactivité à la douleur* est apparemment nulle ou faible, mais, au cours de sa recherche, S. Tordjman a montré que, s'il n'y avait pas en effet d'expression immédiate d'affects douloureux, il existait des réactions végétatives plus importantes que dans le groupe témoin capable, lui, de ressentir la douleur en tant qu'affect (Tordjman, 1999). *Sur le plan immunitaire*, il y a une très grande résistance aux infections.

Deuxième étape : nous l'avons appelée étape de récupération de la première peau (on pourrait discuter sur le fait de garder ou non le terme « première », car E. Bick, qui est notre

référence à ce sujet [Bick, 1968, 1986], ne parle de seconde peau qu'en tant que formation pathologique).

Pour cette « peau », qu'elle décrit en tant qu'introjection de contenance, nous avons précisé qu'il s'agit d'une perception d'entourance qui n'est pas d'abord collée à la peau et se dédouble ensuite en peau proprement dite et espace proxémique (Haag, 1988 b).

Nous avons aussi, à cette étape, des signes patents de la récupération du pourtour de la bouche (zone érogène orale), de sa sphinctérisation par des jeux d'expulsion, avec des moments des re-perte très angoissants dans de véritables vécus de dépersonnalisation, de même pour les extrémités des membres (mains surtout). La cavité buccale peut se réinvestir, y compris sur le plan sonore, avec reprise purement vocalique type lallations et avec les activités d'exploration main-bouche.

Du côté des conduites agressives, on peut voir apparaître, et cela est à bien connaître, une *apparente hétéroagressivité* vers le visage de l'autre, dans des mouvements correspondant au dégel pulsionnel oral et à l'intense possession du visage qui lui est lié (destructivité liée à la pulsion orale) qui réagit bien, et c'est un virage fondamental à ne pas manquer, aux jeux transformateurs et dramatisants introduisant le faire-semblant (jeux de lion). On peut voir aussi des pincements de la peau plus ou moins arrachants. C'est là également que se placent les « symptômes vêtements » : compulsions à la dénudation, ou au contraire accumulation de vêtements/peaux, déchirage des vêtements dans certains grands états de malaise, auto-attaques de la peau.

Soulignons que nous sommes à cette étape dans une relation où commence à prédominer l'organisation tridimensionnelle du corps et de l'espace, et par conséquent la circulation des projections identificatoires, alors que dans l'étape précédente, c'est l'identité adhésive pathologique qui prédomine.

La troisième étape confirme le *développement d'une étape symbiotique dans laquelle nous avons été amenées à distinguer le clivage vertical de l'image du corps et la recherche de sa réduction pour la formation de l'axe vertébral*. Cette réduction ne se fait que grâce à la poursuite et à la consolidation de la circulation émotionnelle dans le tête-à-tête mieux établi. À l'instar de ce que nous avons découvert être également une étape de développement dans la première année de la vie (2^e et 3^e trimestres) (Haag, 1985), l'identification adhésive d'un hémicorps au corps de l'autre pendant l'échange se reprend dans l'autoérotisme main/main. C'est là que se situent les symptômes bien connus de l'enfant autiste qui se colle latéralement au corps de l'adulte, lui prend la main ou le bras de manière souvent aimantée, pour faire un certain nombre de choses. Là aussi, comme pour les attaques du visage de la phase précédente, la façon de gérer ce collage peut être déterminante : il convient de laisser l'enfant, ou l'adolescent, ou même l'adulte, prendre cet appui, tout en maintenant les échanges émotionnels et de compréhension et en proposant un décollage très progressif : faire chacun son tour, maintenir l'appui en l'allégeant et se retirant tout doucement vers la racine du membre. C'est là que peut se comprendre la proposition de la communication facilitée de soutenir le bras pour prendre les objets, pointer les images, écrire à l'ordinateur. Ce soutien, qui était proposé intuitivement par certains éducateurs, l'est actuellement dans des programmes éducatifs tels le PECS.

Du côté de l'*exploration spatiale et des objets*, la récupération de l'axe se projette particulièrement sur les angles architecturaux et mobiliers. Le *langage* est possiblement en écho et en clivages variés : demi-doublets (pa = papa), demi-mots, attendant le complément de la part de l'adulte, ou bien clivage sons vocaliques/sons consonantiques (démütisation en sons vocaliques, Haag, 1984 b). Le *graphisme* peut réaliser des moitiés de dessins en clivage vertical, appelant aussi notre complément. Les *conduites autoagressives* peuvent viser particulièrement l'hémicorps dominant.

Ensuite, et en chevauchement, la réduction du *clivage horizontal* se fait par l'appropriation des membres inférieurs autour de l'axe du bassin, parfois marquée par des pliages en deux du corps, couché ou debout. Le plus grand investissement des zones anale et sexuelle peut alors apparaître, s'accompagnant souvent d'un déplacement des stéréotypies du haut du corps vers des masturbations plus ou moins compulsives. Mais des progrès sont possibles en mentalisation, symbolisation maintenant secondaire incluant le langage : imitation de la mélodie de la phrase, émergence de mots, apparition du « non ». Par contre des fluctuations thymiques de type maniaco-dépressif peuvent venir remplacer les manifestations primaires de dépression.

La quatrième étape est celle de l'*individuation* : *séparation en corps total sphinctérisé* où l'on observe : quasi-disparition des stéréotypies ; manipulation de figurations humaines et animales dans des jeux symboliques ; émergence d'une rivalité qui peut être féroce à l'égard des rivaux avec *hétéroagressivité vraie* ; confirmation du stade du miroir. Si le *langage* est apparu, émergence d'une structuration grammaticale, perfectionnement de la prosodie, bien que certaines anomalies de la tonalité de la voix puissent persister longtemps. Le *graphisme* peut se développer avec fermeture du cercle et développement des formes radiales (Haag, 1993). Les *explorations des objets* rejoignent celles des deuxième et troisième années de la vie : contenant/contenu, transvasements, enfoncements, emballages (Sinclair et coll., 1982). L'intérêt pour le jeu des portes et des couvercles peut se développer parallèlement à la maîtrise sphinctérienne et le souci de la séparation dedans/dehors. Il est fréquent de constater à titre de séquelles anxieuses un peu trop d'obsessionnalité dans ces manipulations. La notion de temps linéaire peut advenir. La *réactivité à la douleur* et l'*état immunitaire* sont devenus normaux.

Conclusion

Au total, cette grille propose de repenser l'évolutivité des enfants atteints de syndromes autistiques ; nous considérons en effet que l'état autistique n'est pas immuable et peut passer, grâce à l'alliance de traitements psychothérapeutiques et de programmes psychopédagogiques adaptés, par des étapes psychopathologiques variées, parfois difficiles à traverser, tout en gardant certaines particularités probablement liées à la prédisposition à l'autisme. Dans un relevé des différentes échelles d'évaluation concernant les états autistiques, S. Tordjman a mis en évidence (dans un tableau) que la grille que nous proposons est la seule à prendre cette perspective évolutive dans les termes psychodynamiques³. Elle peut être considérée comme un tout premier test de personnalité basé sur le repérage du moi corporel.

Copyright : G. Haag et coll.

Appel aux équipes et thérapeutes qui utilisent cette grille pour certains repérages lors de leurs synthèses cliniques ou en complément des évaluations standardisées

Cela aiderait beaucoup à la validation de son utilité, de sa pertinence et de sa fiabilité si me parvenait, pour un certain nombre de cas, le degré de congruence (bonne, approximative, mauvaise) entre, d'une part, l'étape où en est l'enfant selon la grille et, d'autre part, selon tous les autres moyens d'évaluation. Signalons qu'il est habituel de trouver une étape prévalente, mais avec quelques réélaborations des étapes précédentes, et des émergences vers l'étape suivante. Il est également utile de noter des clivages avec développement de certains secteurs et panne dans d'autres. Un glossaire, dépouillé des notations interprétatives maintenues dans les tableaux, est maintenant mis au point et peut être adressé à ceux ou celles qui souhaiteraient utiliser cette grille dans une recherche. Nos remerciements pour votre éventuelle coopération, qui serait très utile et dont il serait fait état dans les publications à venir concernant cette grille.

Notes

1. Tordjman S., Cohen D.J., Haag G., Sparrow S., Éditions du Centre de psychologie appliquée, 2002.
2. Nous l'avions appelé « réussi » dans l'article de 1995, au sens de « défense réussie », c'est-à-dire de l'état le plus autistique possible. Au moment de la traduction anglaise, des collègues américains nous ont fait remarquer le caractère possiblement choquant d'un tel terme pour un public élargi. Nous avons donc choisi « sévère », terme plus phénoménologique.
3. Tordjman S., « Instruments d'évaluation de l'autisme. Intérêts et limites », *la Psychiatrie de l'enfant*.

Bibliographie

Bick E. (1964), « Notes on infant observation in psycho-analytic training », *Int. J. Psychoanal.*, 45 : 558-566, trad. fr. M. Haag: « À propos de la place de l'observation du nourrisson et du tout-petit dans la formation du psychanalyste », in M. Haag, *À propos et à partir de l'œuvre et de la personne d'Esther Bick*, vol. 1, Paris, autoédition, 2002.

Freud (1923, 1968, 1986), *The ego and the id*, trad. fr. « Le moi et le ça », in *les Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1965.

Haag G. (1984 a), « Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques - Réflexions psychanalytiques », *la Psychiatrie de l'enfant*, 27(2) : 293-354.

Haag G. (1984 b), « Réflexions sur certains aspects du langage d'enfants autistes en cours de démutisation », *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 32(10-11) : 539-544.

Haag G. (1985), « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 33(2-3) : 107-114.

Haag G. (1988 a), « Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie », *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 36(1) : 1-8.

Haag G. (1988 b), « Aspects du transfert concernant l'introjection de l'enveloppe en situation analytique individuelle et groupale : duplication et dédoublement, introjection du double feuillet », *Gruppo*, 4 : 71-86.

Haag G. (1990), « Le dessin préfiguratif de l'enfant, quel niveau de représentation ? », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 8 : 91-92.

Haag G. (1993), « Hypothèses d'une structure radiaire de contenance et ses transformations », in Anzieu D., Haag G., Tisseron S., Lavallée G., Boubli M., Lassègue J., *les Contenants de pensée*, Paris, Dunod (X-93), p. 41-59.

Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Chatellier A., Tricaud J., Urwand S. (1995), « Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », *la Psychiatrie de l'enfant*, 38(2) : 495-527.

Haag G. (1997 a), « Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 20 : 111-131.

Haag G. (1997 b), « Ressemblances et différences entre les psychoses symbiotiques et les psychoses

post-autistiques chez l'enfant », in *les États psychotiques chez l'enfant et l'adolescent*, Larmor-Plage, Éd. du Hublot, p. 211-232.

Kanner L. (1946), « Early infantile autism », *Journal of Pediatrics*, 25, 211-217.

Meltzer D. (1972), « Anal masturbation », in *Sexual states of mind*, Perthshire, Scotland : Clunie Press, trad. fr. J. et Fl. Bégoïn, *les Structures sexuelles de la vie psychique*, Paris, Payot, 1977.

Meltzer D. et al. (1975), *Explorations in Autism*, Scotland: Clunie Press, trad. fr. *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980.

Sinclair H., Stambak M., Lézine I., Rayna S., Verba M. (1982), *les Bébés et les choses*, Paris, PUF.

Tordjman S., Antoine C., Cohen D.J., Gauvain-Piquard A., Carlier M., Roubertoux P., Ferrari P. (1999), « Étude des conduites auto-agressives, de la réactivité à la douleur et de leurs interrelations chez les enfants autistes », *l'Encéphale*, 25(2) : 122-134.

Tustin F. (1981), *Autistic States in children*, London: Routledge and Keagan Paul, trad. fr. *les États autistiques chez l'enfant*, Paris, Seuil, 1986.