

## A propos des conceptions et théories actuelles de l'autisme

Jean-Marie Gauthier

### Résumé

Longtemps considérés comme des défenses par rapport aux autres, vécus comme menaçants, les symptômes autistiques apparaissent de plus en plus pour ce qu'ils sont: des troubles majeurs du développement précoce. L'abord thérapeutique de ces enfants réclame ainsi de plus en plus que nous approfondissions les conditions optimales de ce développement. L'observation, longtemps négligée par la psychologie clinique, reprend une place centrale dans notre abord de la pathologie autistique, à partir du moment où nous cessons de penser que c'est l'enfant qui ne communique pas, pour nous demander comment il se fait que nous n'arrivions pas à entrer en contact avec lui.

### I. L'autisme occupe une place centrale en psychopathologie de l'enfant

Il importe, tout d'abord, de rappeler que l'autisme et les troubles qui lui sont associés occupent une place centrale en psychopathologie de l'enfant et ceci pour deux raisons. La première est historique. L'autisme comme entité nosographique a fondé la pédopsychiatrie et la psychopathologie de l'enfant. Les premières descriptions de cette pathologie spécifique à l'enfant datent de la dernière guerre mondiale et sont l'œuvre de deux pionniers en la matière: Kanner et Asperger. Tous deux ont décrit de manière séparée la pathologie de l'autisme et c'est à partir de là que va se constituer la psychopathologie de l'enfant comme discipline autonome.

La deuxième des raisons qui expliquent l'importance centrale de l'autisme en psychopathologie de l'enfant est que l'autisme est une pathologie extrêmement spécifique sur le plan symptomatique. Sa symptomatologie est en effet tout à fait particulière à la psychopathologie de l'enfant et ne peut être comparée à aucune autre pathologie adulte. C'est ainsi aussi que, dès les premiers abords de cette psychopathologie, les deux auteurs fondateurs ont eu vis-à-vis de ce syndrome deux types d'interprétations. Kanner, en particulier, a longtemps hésité entre une approche explicative qui se fondait sur des raisons relationnelles et un abord beaucoup plus biologique comme fondement de cette pathologie qui est d'emblée apparue comme très sévère, gravement invalidante et dont l'origine précise reste jusqu'à nos jours fort hypothétique.

C'est à partir de ces deux descriptions que va se constituer une psychopathologie spécifique à l'enfant. Avant la dernière guerre, la situation de la psychologie de l'enfant était marquée par le fait qu'elle était dominée par une idéologie spécifique à cette époque: celle qui considérait que l'enfant est comme une sorte de «cire molle» que l'éducation a pour charge de modeler et organiser. Le but de l'éducation est de fournir un moule adéquat dont la qualité sera jugée aux effets qu'il produit, soit une bonne ou mauvaise éducation. Ainsi, les difficultés de l'enfant étaient considérées comme des difficultés d'éducation et la psychologie de l'enfance était essentiellement une pédagogie qui s'intéressait tout particulièrement d'une part à la déficience mentale et de l'autre à la délinquance, c'est-à-dire à ces situations particulières où la pédagogie ne semble pas avoir été en état de formater des enfants selon les normes et les désirs des

adultes. D'un certain point de vue, la découverte de l'autisme marque un tournant fondamental qui s'accentue encore ces dernières années dans la mesure où plus la psychopathologie de l'enfant approfondit ses connaissances, plus nous nous rendons compte que l'enfant n'est pas un être passif, qu'il n'est pas assimilable à une cire parfaitement modulable par ses parents, mais qu'il est un acteur de son propre développement et ceci dès la naissance en fonction d'un certain nombre de compétences qui lui sont propres. On pourrait dire que, chaque jour, nous découvrons la spécificité et l'importance de ces compétences, ce qui a comme conséquence d'accentuer cette vision fort nouvelle de la place de l'enfant dans son devenir psychique.

Mais, dans les années cinquante, la situation de la psychiatrie — comme ensemble des pratiques médicales et psychologiques — est dominée par la psychiatrie adulte. On va avoir tendance ainsi, dans ces premières années du développement de la pédopsychiatrie, à assimiler la psychopathologie de l'enfant à celle de l'adulte. On va en quelque sorte oublier la spécificité de l'autisme, en ce sens que sa symptomatologie n'est comparable à aucune autre symptomatologie adulte, et réduire la psychopathologie de l'enfant à n'être qu'une image de la psychopathologie de l'adulte. Ce qu'on oublie, ce sont en particulier les facteurs de développement: sur un plan épistémologique, on ne peut, en effet, à priori comparer une psychose adulte avec l'autisme, puisque celui-ci se développe avant que le langage n'apparaisse, alors que la pathologie adulte ne se déclare que chez des adultes jeunes. Pour illustrer ce type d'idéologie de l'époque, il suffit de prendre, pour exemple, les théories développées par Mélanie Klein. Ses théories sont particulièrement caricaturales de ce point de vue, puisque cet auteur prétend que l'enfant est en quelque sorte pleinement développé dans ses pulsions et quasiment dans son organisation psychique et ce dès la naissance. Cette théoricienne semble avoir oublié que, en faisant ce type d'hypothèse, elle construisait dans l'après-coup, à partir d'enfants «psychotiques» de 4 ou 5 ans, ce qu'aurait pu être leur vécu à la naissance. Il n'est pas impossible, de plus, que ce que ces enfants lui montraient — outre le fait qu'elle l'entende à travers le filtre de sa propre théorie — était aussi le fruit de leur propre reconstruction. On le voit, ce type d'hypothèse souffre de défauts majeurs: s'appuyer sur des reconstructions et des hypothèses invérifiables (il est vraisemblable qu'on ne connaîtra jamais le «vécu» des nourrissons) et négliger totalement les aspects développementaux.

Néanmoins, les découvertes initiales de Kanner et Asperger vont permettre à la psychopathologie de l'enfant de se développer en tant que science autonome. Dans ces années de l'immédiat après-guerre, vont être créés les centres de consultations destinées aux enfants et, peu à peu, va se constituer un corpus scientifique propre à cette catégorie de patients. Mais, bien entendu, ce développement s'inscrit dans un cadre historique particulier qui est aussi celui d'une époque où la psychiatrie de l'adulte est dominée par la pensée psychanalytique. C'est en quelque sorte «tout naturellement» que la psychiatrie de l'enfant va s'inscrire dans cette voie. On va ainsi tenter de retrouver chez l'enfant les catégories fondamentales de la psychopathologie de l'adulte que sont les névroses, psychoses et autres perversions. Selon ce schéma, on va aussi estimer que plus la psychopathologie est sévère, plus elle renvoie à un traumatisme précoce et archaïque. On va ainsi assimiler l'autisme à une forme de psychose. Il faut dire que ce terrain avait été préparé par le fait que Bleuler, le célèbre psychiatre de la fin du 19e siècle, avait utilisé le terme d'autisme pour décrire la schizophrénie.

## 1. L'autisme comme défense

C'est dans ce contexte bien particulier que va se développer l'interprétation psychanalytique de l'autisme selon le schéma classique d'une défense contre la relation à l'Autre; l'autisme serait une façon pour l'enfant de se protéger d'une relation qu'il ressent menaçante; une façon de se retirer, de s'enkyster loin de l'autre dans une défense dont nous ne parvenons pas à le déloger. Comme on le sait, un des symptômes majeurs de l'autisme est que ces enfants communiquent très peu, que ce soit par le regard, les gestes ou les paroles. Signes majeurs auxquels s'associent une absence de communication émotionnelle et d'autres symptômes faits de jeux stéréotypés et répétitifs. On va trop rapidement conclure, à cette époque, que l'enfant autiste est un enfant qui refuse de communiquer. Cette symptomatologie serait la conséquence d'un traumatisme précoce dont il se défendrait dorénavant dans une position de repli inexpugnable. C'est ce traumatisme qui l'empêcherait de développer son identité et d'entrer en communication par crainte d'un monde extérieur vécu comme menaçant. Le titre du livre de Bettelheim «La forteresse vide» est particulièrement éloquent de ce type d'idéologie. Nous parlons d'idéologie, car il semble évident que toutes ces théories qui vont être développées par divers auteurs — tels que Meltzer, Houzel, Haag ou Tustin (pour ne citer que les plus éminents) — reprennent chacune, à leur compte, sans l'interroger, une erreur épistémologique importante à comprendre.

Il est vrai que la méthodologie de la psychiatrie repose essentiellement sur l'échange et la communication entre le patient et le psychiatre. Il est bien rare en effet que le patient soit à ce point déficitaire qu'il ne puisse pas communiquer; la description fine des symptômes, de leur signification, de leur rôle et de leur développement s'effectue grâce à l'analyse du discours du patient, de son attitude et de ce qu'il donne à voir dans la relation au médecin. Il est évident que, de ce point de vue, le patient autistique est extrêmement déficitaire du point de vue de notre méthodologie habituelle, puisqu'il ne communique pas, ou, plus exactement, ne communique pas suivant nos modes habituels d'échanges, c'est-à-dire en partageant autre le langage, des gestes communs dans un rythme d'interaction qui est le nôtre. Il est cependant extrêmement dangereux de considérer que ces patients ne communiquent pas, dans la mesure où la communication est l'outil préférentiel des psychiatres; c'est un peu comme si nous considérions que quelqu'un qui ne possède pas de voiture, est incapable de conduire; il existe peut-être d'autres véhicules utiles aux déplacements. Il serait ainsi beaucoup plus prudent de considérer que peut-être ces patients communiquent sur un mode difficile à décoder et il serait prudent d'adapter notre mode d'interaction à des types particuliers de patients, puisque c'est nous qui imposons le moyen de l'échange. Il est plus satisfaisant, sur un plan épistémologique, de considérer que nous n'arrivons pas à entrer en communication avec ces patients que l'inverse. Nous sommes encore aujourd'hui tributaires de cette erreur épistémologique concernant l'autisme. C'est ainsi que trop souvent encore, on utilise des termes tels que «défense autistique» à tout propos et souvent mal à propos et hors contexte, car cela revient à désigner une tendance peut-être excessive d'un enfant à se replier sur lui, ce qui n'a rien à voir, habituellement, avec la gravité du syndrome autistique.

## 2. Les origines du démenti

Ces hypothèses psychanalytiques vont subir plusieurs démentis au cours de ces dernières années. Ces démentis sont à la fois cliniques et dus à l'évolution de nos connaissances de la neurobiologie du développement du nourrisson.

Sur un plan clinique tout d'abord, les hypothèses développées qui font état d'un traumatisme extrêmement précoce dont l'enfant aurait été victime, ont été démenties. Il est, en effet, extrêmement difficile dans la plupart des cas de prouver cette hypothèse qui reste ainsi purement théorique. Les parents de ces enfants ne sont pas «les pires des parents» et on est loin des hypothèses de mères mortifères, développées par la psychanalyse, pour expliquer l'apparition de l'autisme. Il était évident que, comme aucun traumatisme manifeste ne pouvait être retrouvé, il devenait nécessaire de faire appel à des traumatismes qui auraient pour origine des fantasmes cachés au cœur de l'inconscient maternel. On sait combien ces perspectives ont été traumatisantes pour ces parents. Il a bien fallu reconnaître que les hypothèses étaient purement théoriques et qu'elles ne correspondaient à aucune manifestation clinique. Si on peut estimer que la pathologie autistique est sans doute la psychopathologie de l'enfant qui entraîne le plus grand dommage, celle qui invalide le plus intensément le devenir d'un enfant, il faut bien reconnaître cependant que les enfants qui sont victimes de maltraitances ou de négligences graves ne souffrent pas d'autisme. On pourrait dire que la psychopathologie relationnelle la plus grave du côté des parents ne s'associe pas à la psychopathologie la plus sévère pour les enfants, ce qui invalide l'hypothèse d'un trauma précoce pour expliquer l'autisme, surtout si, cliniquement, on doit recourir à l'existence de traumas qui restent fantasmatisques et reconstruits après-coup. Outre le fait que cette hypothèse était parfaitement théorique, elle ne reposait sur aucune observation clinique. Et il faut bien reconnaître que, par ailleurs, la prise en charge des enfants autistes à partir de ces hypothèses s'est montrée extrêmement peu contributive sur le plan thérapeutique.

Un autre démenti, venu de la clinique, est celui qui nous a fait découvrir que derrière l'enfant autiste se cachent des formes de pathologie extrêmement diverses et qu'il est très difficile de prédire, au vu des seuls symptômes, le devenir et le pronostic de la pathologie autistique. Sur un plan clinique, il faut bien reconnaître que nous ne disposons pas des outils suffisants pour faire un diagnostic suffisamment fin qui nous permette d'organiser la prise en charge des enfants autistes de la manière la plus efficace possible. Sur un plan épistémologique, il faut, sans doute, reconnaître que les changements dans nos conceptions de l'autisme s'associent au déclin de l'idéologie psychanalytique, comme référence théorique, ainsi qu'à une augmentation des connaissances à propos du développement du bébé. Il est hors de mon propos, dans un texte aussi restreint, de faire état de l'ensemble de ces développements que, sans doute, des lecteurs de cette revue connaissent bien par ailleurs.

Il devenait évident dans ces conditions qu'il fallait poser dès lors la question des potentialités développementales de l'enfant et des conditions de la rencontre entre ces potentialités et l'environnement, pour pouvoir jeter un regard neuf sur l'autisme. On est ainsi progressivement arrivé à considérer que l'autisme était sans doute une voie finale commune à des pathologies sans doute multiples, c'est-à-dire le symptôme qui peut apparaître lorsque les troubles du développement sont suffisamment importants et qu'ils se manifestent dès la naissance ou dès les premiers mois de la vie de l'enfant de telle manière qu'ils vont perturber de manière importante le développement de l'enfant durant la première année de sa vie. C'est l'hypothèse de la voie finale commune qui expliquerait que des troubles suffisamment différents mais suffisamment graves peuvent en fait altérer toutes les fonctions qui sont en train de se développer dans la première année de l'enfant, c'est-à-dire la reconnaissance des émotions, du visage, de l'échange émotionnel gestuel et bien sûr le début de l'échange verbal. On le voit, ce qui a changé le plus ces dernières années, c'est que les théories concernant la

psychopathologie autistique réintègrent, et de manière beaucoup plus forte qu'avant, la question du développement de l'enfant et des conditions d'une bonne évolution de celui-ci.

## 11. Hypothèses actuelles: la théorie de l'esprit

Certaines recherches sur le développement cognitif de l'enfant autiste ont permis de préciser un certain nombre de caractéristiques communes à l'ensemble des pathologies autistiques. C'est ainsi que s'est développée l'idée que les enfants autistes ne développent pas de théorie, d'hypothèse sur l'existence chez l'autre d'un état mental et affectif (Frith, 1996). Tout se passe comme si l'enfant autiste était incapable d'imaginer, de lire l'état émotionnel et de motivation de son interlocuteur; il n'utilise pas dans ses interactions d'hypothèse sur l'état d'esprit de son interlocuteur, ce qui est un handicap très sérieux au plan relationnel. De ce point de vue, il ne pourrait pas comprendre comment il peut entrer en communication avec son interlocuteur. L'hypothèse est évidemment ici non pas que l'enfant autiste ne souhaite pas communiquer dans la volonté d'un repli sur lui, mais qu'il ne possède pas des outils nécessaires pour entrer en communication. La question est alors de savoir comment se développe cette théorie de l'Esprit de l'autre chez la plupart des enfants: on est passé d'une théorie de la défense à une théorie et à des questions qui concernent le développement.

Différentes recherches ont également montré qu'il existe des formes différentes d'autisme et que l'autisme peut être présent à des degrés variables chez divers enfants. À côté des autistes tels qu'ils furent décrits par Kanner, on a pris la résolution d'intégrer l'autisme dans un cadre plus général qui est celui qu'on appelle aujourd'hui des Troubles Envahissants de Développement. Il s'agit de regrouper tous les enfants qui présentent des troubles de développement suffisamment intenses, pour perturber gravement leur développement affectif et cognitif ainsi que leurs possibilités de communication avec leur entourage. C'est dire que les conceptions actuelles de l'autisme poussent les différents chercheurs à devoir mieux affiner leurs observations cliniques. Comme on l'a déjà souligné, la population des enfants autistes est certainement très hétérogène et il nous faudra définir de meilleurs critères d'observation et de classification pour distinguer des formes d'autisme extrêmement différentes les unes des autres.

## III. L'observation

Les personnes qui travaillent aujourd'hui avec les patients autistes sont donc confrontées à la nécessité d'une observation rigoureuse de ces enfants, de leurs comportements, de leurs potentialités comme de leurs déficits, de leurs ressources comme de leurs impuissances, que ce soit sur un plan individuel ou familial. Il importe aujourd'hui d'observer les enfants autistes non seulement dans les endroits de soins spécialisés, mais aussi dans leur milieu de vie. Nous avons décrit dans un ouvrage (Gauthier, 2002) comment nous utilisons la méthodologie d'observation pour nous permettre de rendre compte d'une clinique plus fine et ajustée de la pathologie autistique. Nous utilisons une méthode d'observation issue de la méthode développée par Bick (1968): c'est une observation globale dans un premier temps que nous effectuons dans les milieux de vie de l'enfant. A partir de là, nous formulons des hypothèses sur le fonctionnement de l'enfant et nous poursuivons des observations globales ou spécifiques sur certains aspects de la relation, en essayant d'appliquer les principes de la microanalyse telle qu'elle a été définie, il y a déjà quelques années par Stem.

Comme nous l'avons montré dans cet ouvrage, l'utilisation des méthodologies d'observation nous a permis d'abandonner nos préconceptions stéréotypées à propos de l'autisme. Lorsqu'on l'observe dans différents milieux, et en particulier dans ses milieux de vie «naturels», cet autiste que l'on considérait auparavant comme un être incapable de communiquer nous apparaît sous différentes facettes. Nous pouvons, en effet, souvent constater de grosses différences de comportement chez ces enfants en fonction de la variété des environnements dans lesquels ils se trouvent. C'est ce qui nous a permis de penser que, loin d'être indifférent et sans communication avec son environnement, l'enfant autiste s'adapte au contexte, mais sur un mode que nous ne comprenons pas. Il ne nous apparaît plus comme un être rigide, stéréotypé, insensible et coupé de son environnement, mais plutôt comme quelqu'un qui s'adapte sans que cela ne conduise au nouage d'une relation réciproque. Il devient peu à peu évident que ses stéréotypies sont peut-être celles de son environnement qui, à force de croire qu'il ne communique pas, finit par reproduire ses propres stéréotypes.

Comme nous l'avons montré (*ibid.*), le regard occupe, dans la relation humaine, une place essentielle. Un des signes les plus sûrs et les plus précoce d'une pathologie autistique semble être l'incapacité à montrer du doigt. Or, le fait de montrer du doigt fait effectivement référence à l'état mental d'autrui; si je montre un objet du doigt, je fais l'hypothèse implicite que l'autre qui regarde dans la même direction, va poser le même regard que moi sur l'objet que je désigne; il va se mettre en concordance avec mon propre espace mental, c'est du moins ce que je souhaite. Le regard partagé est ainsi un moment fondamental de notre relation à l'autre. Comme nous l'avons montré, il arrive très souvent que la relation thérapeutique avec un enfant autiste ne puisse changer de sens et devenir signifiante que lorsque chacun des deux partenaires devient capable de partager un regard commun sur les objets et le monde environnant.

Comme nous l'avions suggéré dans un livre précédent (Gauthier, 1999), il apparaît, au terme de ces évolutions de nos conceptions de l'autisme, que cette pathologie est relationnelle, dans la mesure où elle remet en question nos modes habituels de communication. Comme adultes et thérapeutes, nous avons le devoir demain de nous interroger sur la qualité des canaux de communication que nous organisons pour l'enfant autiste. La manière dont nous le regardons est plus importante que ce que nous pensons de lui. Ou plus exactement, la manière corporelle dont nous le regardons, indique à l'enfant autiste, qui y est très sensible, notre disponibilité à son égard. Comme professionnels, nous sommes contraints de nous interroger et de maîtriser ce que nous avons appelé le contre-transfert corporel. Il est certain que le fait de penser que ces enfants refusent de communiquer, ne peut conduire qu'à nous replier à notre tour, à nous fermer à toute forme de rencontre possible. C'est à nous de chercher les voies possibles de la rencontre car — quelles que soient les hypothèses théoriques faites à propos de l'autisme —, il faudra bien d'une manière ou d'une autre tenter de communiquer avec ces enfants, si nous voulons partager un minimum de notre patrimoine humain commun. C'est ce qui exige de nous une disponibilité nouvelle qui se manifeste avant tout dans la manière corporelle dont nous entrons en relation avec eux.