

Psychopathologie

Psychoses de l'enfant et autisme

Formation de base

CEPUSPP axe psychanalytique

V. Dolivo

- « ..on est en train de regarder ce qui est écrit sur un papier en en cherchant le sens et (d'un autre côté) vous me demandez : est-ce que l'analyse chimique du papier ou de l'encre va me raconter le sens ? Je pense que le support a du sens, qu'il joue un rôle important. Mais je ne voudrais pas que l'on confonde l'analyse des propriétés du support avec ce que l'on écrit dessus ». André Bullinger

Histoire du concept de psychose infantile

- 1943: description de l'autisme par Kanner
- Spitz: dépression anaclitique, hospitalisme
- H. von Hug-Hellmuth: 1^{ère} analyse d'enfant psychotique
- Le terme de psychose infantile remplace peu à peu celui de schizophrénie dès les années 1940
- Étude et traitement des enfants psychotiques et autistes par les psychanalystes, notamment de l'école anglaise (Klein, Winnicott, Bion, Bick, Meltzer, Tustin)
- Intérêt des pédagogues pour le traitement institutionnel des enfants psychotiques

Histoire du concept de psychose infantile

- Dans les classifications internationales, le concept de psychose infantile a disparu dès les années 1980, englobé dans les troubles envahissants du développement (CIM-10), et dans l'autisme infantile, puis dans les Troubles du spectre autistique (DSM V)
- Influence des associations de parents d'autistes, pour « dépsychiatriser » l'autisme, que deviennent les enfants psychotiques ??
- Courant francophone visant à différencier les pathologies en fonction de leur gravité et de leur potentiel évolutif (prépsychoses, dysharmonies, pathologies limites), d'où un certain appauvrissement du concept de psychose infantile
- CFTMEA R- 2012: la catégorie « autismes et psychoses précoces » devient « troubles envahissants du développement, schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence ».

Définitions

- Classiquement, on distingue 2 grandes catégories de psychoses infantiles:
- Autisme: absence ou pauvreté du contact, notamment visuel, absence de langage, intérêts particuliers, refus des apprentissages, réticence aux changements
- Psychose de l'enfant: début plus tardif, se révèle souvent par troubles de l'alimentation ou du sommeil (massifs). Langage présent, agitation, stéréotypies gestuelles, troubles relationnels, troubles sphinctériens

Formes de psychoses

- Psychose déficitaire précoce
- Psychose symbiotique
- Psychose schizophrénique
- Psychose dysthymique
- Dysharmonie psychotique

Psychose déficitaire précoce

- Déficit mental sévère d'emblée présent (pas ou peu de langage, retard massif des acquisitions..)
- Symptômes psychotiques: angoisse majeure, troubles du comportement et de la relation etc.
- Retrait relationnel, ruptures

Psychose symbiotique

- Décrite par Margaret Mahler (1952), qui a conçu une théorie du développement du Self et de la relation d'objet en 3 phases:
- Phase autistique: indifférenciation bébé – monde extérieur
- Phase symbiotique: chevauche le 1^{er} et le 2^{ème} semestre de la vie, caractérisée par l'indifférenciation entre les représentations du Self du bébé et de la mère
- Phase de séparation - individuation

Psychose symbiotique

- Par régression, fixation et distorsion, les ratés du développement précoce pourront provoquer, en fonction de leur moment de survenue:
- Psychose autistique: la mère n'est pas perçue, un état d'hallucination négative (déli profond) rend l'orientation vers le monde extérieur impossible.
- Psychose symbiotique: défaut d'individuation et de formation d'un self stable. Délire de fusion entre Self et mère, dans un fantasme de toute-puissance partagée, unité duelle.
- Dans les 2 cas, étiologie semblable: incapacité à percevoir la mère comme un agent d'orientation et comme source externe de gratification.

Psychose symbiotique

- Existence de certains signes de différenciation et de perception de l'objet partiel, mais représentation de la mère fusionnée régressivement à celle du Self.
- Echech du processus de séparation-individuation, ressenti comme une rupture de l'illusion fusionnelle.
- La régression survient souvent dans la 3^{ème} ou la 4^{ème} année, lors du conflit œdipien, et lorsque la maturation des fonctions du Moi menace l'illusion fusionnelle.
- La cassure aigue suit souvent une expérience de séparation

Psychose symbiotique: symptômes

- 1ers symptômes: souvent perte de fonctions, notamment détérioration du langage, pendant la 2^{ème} ou 3^{ème} année
- Perte des limites du Self, angoisses massives de perte d'identité et d'annihilation, états de panique, réactions extrêmes aux séparations, aux échecs et à la frustration
- Relation à l'autre marquée par un collage tyrannique associant symbiose et destructivité, avec à la fois une panique de séparation et une angoisse d'engloutissement par l'objet symbiotique
- Cliniquement, comportement typique d'enfant qui repousse l'adulte tout en s'y accrochant
- Activités magiques gestuelles (stéréotypies), écholalie, échopraxie
- Irruption fréquente du processus primaire, de fantasmes archaïques
- Jeu hyper investi et répétitif avec des objets inanimés

Relation mère-enfant

- M. Mahler décrit des interactions particulières, mais sans en inférer de lien de causalité (pas de mère schizophrénogène !).
- Mismatching: défaut de mutualité dans la communication, défaut d'accordage.
- Diverses réactions possibles aux demandes symbiotiques de l'enfant, allant de la symbiose partagée au déni des requêtes symbiotiques.

Psychose schizophrénique

- Synonymes: psychose désintégrative, délirante, discordante, psychose de la latence, psychose tardive de l'enfant, schizophrénie infantile
- Sans doute plus fréquente qu'il n'y paraît (diagnostic du délire difficile chez l'enfant jeune)
- Début après l'âge de 4-5 ans
- Prodromes: enfant anxieux, perçu comme bizarre ou différent, sociabilité pauvre, rigidité de la pensée et des réactions
- Début progressif et insidieux, plus rarement aigu par une bouffée délirante ou une angoisse massive avec retrait

Psychose schizophrénique: symptômes

- Détérioration, désintégration du psychisme avec perte du sentiment d'identité et de la connaissance adéquate de l'autre
- Troubles de la pensée et de son expression
- Troubles dans l'agencement du discours, lenteurs, « blancs », coqs à l'âne, illogismes
- Délire et hallucinations peu fixés, mouvants
- Troubles dans la régulation des affects
- Processus évolutif au long cours

Psychose schizophrénique: clinique

- Délire à teinte le plus souvent persécutoire, idées de transformation corporelle, phobies étranges
- Dissociation, discordance, incohérence, retrait
- Angoisses archaïques (désintégration, morcellement etc.)
- Désorganisation majeure de la vie mentale
- Perte des capacités adaptatives

Le délire chez l'enfant

- Existence longtemps remise en cause car l'enfant n'aurait pas les moyens de pensée et d'expression pour construire un délire systématisé et stable
- Difficulté de différencier délire et certaines formes d'activité fantasmatique du petit enfant
- Le plus souvent décrit à partir de 4-6 ans, mais sans doute existence du délire chez l'enfant sous-estimée

Clinique du délire chez l'enfant

- Mode d'expression: sentiments, idées, perceptions exprimés directement par l'enfant
- Thèmes empruntés le plus souvent aux jeux vidéos, séries télévisées etc.
- Thèmes dérivés de fantasmes archaïques: dévoration, engloutissement, explosion, morcellement, meurtre etc.
- Crudité du mode d'expression, processus primaire

Clinique du délire chez l'enfant

- Labilité extrême de la pensée, défaut d'organisation, délire non systématisé, rarement hallucinatoire et interprétatif (différence avec le délire chez l'adulte)
- Discours haché, décousu, fréquentes ruptures, néologismes, stéréotypies verbales, associations par assonance, contamination et contiguïté
- Expression parfois plus comportementale que verbale

Diagnostic du délire chez l'enfant

- DD fantaisies ludiques: mieux construites, plus riches, plus créatives, plus évolutives. L'enfant a conscience de leur caractère fictif
- Dans le délire, souvent envahissement de la vie entière de l'enfant, non modification en présence de l'adulte, retentissement négatif sur toute la vie de l'enfant et de la famille (sommeil, repas, école..)
- DD délire induit et mythomanie calomnieuse (abus sexuels notamment), en lien avec la grande suggestibilité de l'enfant

Contexte clinique de survenue

- Causes somatiques : épisode fébrile sévère surtout, chez un enfant « normal » ou présentant une certaine fragilité psychique
- Chez l'enfant psychotique, mode d'expression incoercible, infiltration de toute la vie quotidienne et de toutes les activités, « préférence donnée aux exigences de l'imaginaire plutôt qu'à celles de la réalité et de la collectivité où il vit » (R. Misès), d'où désinsertion sociale et scolaire

Contexte clinique de survenue

- Psychose infantile = matrice du délire
- Autisme infantile = négatif du délire (Amado)
- Dysharmonie psychotique, prépsychose: expressions fantasmatiques crues et peu élaborées dans certaines productions et à certains moments, mais pas d'envahissement global du fonctionnement psychique et meilleure distinction réel – imaginaire
- Dysthymie grave: possibilité de délire imaginatif dans les phases maniaques ou mélancoliques

Contexte de survenue

- Déficience mentale: bouffées délirantes possibles, enfant plus « suggestible », plus de peine à différencier réel et imaginaire, pauvreté de l'appareil conceptuel, difficulté à faire face à l'anxiété
- Productions délirantes dans certaines symptomatologies d'apparence névrotique: phobies, d'empoisonnement notamment, rituels obsessionnels « magiques » etc.
- Hystérie: certaines formes de conversion, de simulation ou de fabulation majeure posent la question du délire

Diagnostic différentiel

- Chez l'enfant présentant une symptomatologie d'allure névrotique, les caractères suivants évoqueront l'existence d'un délire:
 - Systématisation de la construction imaginative
 - Solidité de la conviction
 - Extrême fragilité de l'inscription de l'enfant dans son environnement

Dégradation psychique d'un enfant: Diagnostic Différentiel

- Processus démentiel
- Psychose schizophrénique
- Hystérie de conversion
- Traumatisme psychique lié à une maltraitance intrafamiliale (PTSD), soit maltraitance directe sur l'enfant soit contexte maltraitant lié à un conflit parental majeur

Psychose dysthymique

- Rare chez l'enfant ,plus fréquente chez l'adolescent mais peut apparaître après l'âge de 3-4 ans
- Clinique rappelle la psychose maniaco-dépressive de l'adulte, mais pas forcément de passage de l'un à l'autre
- Tableau psychotique: relation au réel en général maintenue, mais organisation archaïque avec prédominance de la relation duelle, infiltration des processus II par le processus I, faible intrication pulsionnelle, difficultés de symbolisation ,flou des limites, sentiments de vide, angoisse de vidange et d'éclatement
- Fantasmatique pauvre, monotone, à tonalité orale surtout
- Troubles massifs de l'humeur avec alternance de phases de dépression majeure et de phases d'excitation maniaque

Dysharmonie psychotique

- Notion introduite par R. Misès, très opérante en pratique
- Synonymes: dysharmonie évolutive de nature ou de structure psychotique
- Forme qui recouvre la plupart des cas de troubles envahissants du développement rencontrés en ambulatoire et dans les CTJ
- Catégorie Dysharmonie multiple et complexe du développement MCDD dans la CFTMEA-R pour faire le lien avec les travaux anglo-saxons

Classer ici les formes présentant les caractéristiques suivantes :

1/ Elles ont une expression manifeste à partir de l'âge de 3 à ans ;

2/ La symptomatologie varie d'un cas à l'autre et pour le même enfant, elle se modifie en cours d'évolution. On rencontre, parmi les motifs de consultation, les manifestations somatiques ou importementales, l'instabilité, les inhibitions sévères, les manifestations phobiques, hystériques ou obsessionnelles, les dysharmonies dans l'émergence du langage et de la psychomotricité sans ce le déficit intellectuel mesuré aux tests occupe une place centrale, au moins dans la période initiale. Les échecs dans les essais scolaires sont fréquents (phobies scolaires, difficultés d'apprentissage).

3/ Derrière cette symptomatologie variable, les traits et mécanismes de la série psychotique constituent un élément commun :

menace de rupture avec le réel, absence ou mauvaise organisation du sentiment de soi et des rapports avec la réalité ; tendance au débordement de la pensée par des affects et des représentations d'une extrême crudité ; les angoisses sont de divers types : angoisses de néantisation, angoisses dépressives et de séparation, parfois attaques de panique ; dominante d'une relation duelle avec incapacité d'accès aux conflits et aux modes d'identification les plus évolués ; prédominance de positions et d'intérêts très primitifs.

4/ En dépit de ces traits et mécanismes propres à la psychose, la capacité d'adaptation et de contrôle assurent souvent une protection contre les risques de désorganisation. Ainsi, les modes

phases évolutives. Cette adaptation repose toutefois sur la mise en oeuvre de modalités défensives contraignantes impliquant des restrictions notables dans les échanges avec autrui.

Inclure, lorsqu'ils répondent aux critères précédents :

- les prépsychoses ;
- les parapsychoses ;
- les dysharmonies évolutives de structure psychotique ;
- les psychoses pseudo-névrotiques ;
- les psychoses pseudo-caractérielles ;
- les troubles schizoïdes ;
- le syndrome dit de l'enfant atypique ;
- les psychoses de type symbiotique.

Exclure :

- les autres sous-catégories des psychoses de l'enfant ;
- les pathologies de la personnalité (catégorie 3) ;
- les troubles névrotiques (catégorie 2).

Les diverses organisations citées parmi les inclusions soulèvent des problèmes diagnostiques difficiles. Ainsi, les psychoses symbiotiques décrites par M. Mahler sur des critères psychanalytiques n'entrent pas toutes dans ce cadre mais peuvent être classées également parmi les psychoses de type autistique (1.01), ou de type schizoïde (1.04), selon les aspects cliniques dominants.

De même, les enfants dénommés, par certains auteurs, atypiques, schizoïdes, entrent assez rarement dans le cadre des psychoses, ils trouvent plutôt leur place parmi les pathologies de la personnalité (catégorie 3), les troubles névrotiques (catégorie 2), et même quelquefois parmi les variations de la normale (catégorie 9).

Enfin, les prépsychoses, les parapsychoses soulèvent la question des frontières vis-à-vis des pathologies de la personnalité (catégorie 3).

Dysharmonie psychotique

- Apparition dès l'âge de 3-4 ans
- Une partie de la personnalité reste adaptée à la réalité, mais cette adaptation implique des restrictions dans les relations et la communication avec autrui
- La plupart du temps, les capacités d'adaptation et de contrôle permettent d'éviter la désorganisation
- Symptômes variés, se modifiant au cours de l'évolution, pas tous présents en même temps

Dysharmonie psychotique: symptômes

- Troubles instrumentaux massifs : langage, motricité fine et globale, graphisme, orientation spatiale, praxies
- Dysharmonie cognitive, grandes discordances intra- et inter-échelles au QI, mais le plus souvent pas de déficit inscrit et homogène: enfant présentant des potentialités dans la norme, mais dans l'incapacité d'utiliser son potentiel en raison de l'infiltration de la problématique affective

Dysharmonie psychotique: symptômes

- Manifestations comportementales: instabilité, agitation, inhibition, agressivité, peine à suivre les consignes et à s'intégrer dans un groupe, intolérance à la frustration
- Symptômes de la série psychotique: troubles de l'identité, menace de rupture avec le réel, confusion réalité – imaginaire, crudité des affects et des représentations qui envahissent la pensée (processus primaire)

Dysharmonie psychotique: symptômes

- Angoisse massive, non liée (attaques de panique), ou angoisse de persécution, de néantisation, d'engloutissement etc.
- Angoisses dépressives massives, profonde dépendance infantile
- Symptômes d'allure névrotique, phobiques surtout mais aussi obsessionnels et parfois hystérique

Bibliographie

- Bizouard, P.: Le délire chez l'enfant, in: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé), PUF, 1995, pp.1315-1323
- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012: <http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA%20-%20R-2012.pdf>
- Cramer, B.: Les psychoses infantiles et les étapes du développement de la séparation et de l'individuation chez Margaret Mahler, in: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé), PUF, 1995, pp.1011-1037
- De Becker, E.: Dégradation psychique d'un enfant. Questions de diagnostic différentiel. In: Perspectives psy, 51, 2, 2012, p.112-123-
- Delion, P.: Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile, Eres, 2009
- Hochmann, J.; Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant, L'information psychiatrique, 2010; 86: 227-235

Bibliographie

- Mahler, M.: Psychose infantile, PBP, 1968.
- Roussillon, R. et al.: Manuel de psychologie et de psychopathologie générale, Masson, 2007
- Wiener, P. : La psychose de l'enfant à la première consultation. In: L'information psychiatrique, 68,7,1992, p.705-708

Autisme

- Kanner (1943-45): Inaptitude à établir des relations normales avec des personnes et à réagir normalement aux situations. Ces enfants ont tendance à s'isoler et à maintenir leur environnement constant.

Autisme infantile CIM 10

- Trouble du développement, caractérisé par un développement anormal manifeste avant l'âge de 3 ans. Les 3 domaines suivants sont touchés:
 - 1. Interactions sociales
 - 2. Communication
 - 3. Comportement (restreint et répétitif)

Psychopathologie de l'autisme

- Travaux théoriques des auteurs postkleiniens surtout: W. Bion, D. Meltzer, F. Tustin, G. Haag, D. Houzel, qui s'intéressent au fondement de la pensée, à la constitution de l'identité
- Observation du nourrisson selon E. Bick
- Travaux sur la relation précoce (C.Trevarthen, D. Stern)
- Psychothérapies d'enfants autistes

Formes d'autisme selon F. Tustin

- Autisme primaire normal (F. Tustin renoncera à ce concept à la fin de sa carrière).
- Autisme primaire anormal
- Autisme secondaire à carapace
- Autisme secondaire régressif

Autisme primaire anormal

- Autisme « mou », forme « amibienne » d'autisme
- Conséquence d'une désafférentation, environnementale par carence d'apports (cf. hospitalisme de Spitz), ou due à des facteurs internes (déficit sensoriel dû à cécité, surdité, encéphalopathie)
- Pas de constitution d'un corps, celui-ci est réduit à une constellation de sensations, sans limite corporelle ni peau psychique.

Autisme secondaire à carapace

- Correspond à l'autisme de Kanner
- F. Tustin conceptualise l'autisme psychogène sur le modèle du traumatisme
- L'enfant autiste serait victime d'une naissance psychique prématurée, c'est à dire d'une prise de conscience de la séparation de l'objet zone orale du bébé - sein de la mère) survenant trop tôt, lorsque les processus d'intériorisation ne sont pas suffisamment établis, ce qui l'expose à une situation psychique traumatique, qu'il n'a pas les moyens d'élaborer

Autisme secondaire à carapace

- L'autisme serait alors une réaction défensive face au traumatisme, c'est la douleur du traumatisme qui conduirait l'enfant à se détourner du monde humain et à s'enfermer dans une sorte de carapace, une « coque d'autosensorialité » en lieu et place de la peau psychique normale.
- Cette coque le protège mais bloque les expériences relationnelles auquel l'enfant devrait être perméable. Tous ses investissements sont dirigés vers ses propres sensations internes et sensorielles proximales, cutanées et muqueuses.

Autisme secondaire à carapace

- L'enfant « sauterait hors de sa peau par effroi »
- Cette naissance psychique prématurée doit être vue comme un processus, pas comme un événement ponctuel.
- F. Tustin reprend la « dépression psychotique » de D. Winnicott, définie comme « l'association d'une perte de l'objet et d'une perte d'une partie du sujet que l'objet perdu entraîne avec lui », avec chez l'autiste un fantasme d'arrachement de l'objet en même temps que de la partie correspondante du corps propre, laissant un vide éprouvé d'une manière plus corporelle que psychique (« trou noir avec un méchant piquant »).

Autisme secondaire à carapace

- Pour lutter contre l'angoisse suscitée par ce trou noir et le sentiment de persécution qu'il provoque, l'autiste établit des défenses visant à nier toute séparation, tout écart, toute distance, toute altérité qui réactiveraient l'expérience traumatique.
- Il entretient un délire de continuité entre lui et le monde environnant en utilisant des objets autistiques, qui lui permettent de « boucher les trous » (« illusion autistique »), et en s'entourant de formes autistiques, sortes d'impressions cutanées ou muqueuses floues, instables, non représentables ni partageables avec autrui.

Autisme secondaire régressif

- Sur le plan sémiologique, proche de la psychose symbiotique ou de la schizophrénie infantile.
- Séparation d'avec la mère vécue comme insupportable, d'où régression protectrice face à la terreur du non-moi.
- L'enfant réagit en utilisant des défenses archaïques: clivage, identification projective, fragmentation.
- Confusion interne et soi-autre, menace d'effritement et de désintégration, démantèlement du moi.

Théories de F. Tustin

- Existence de défenses autistiques dans d'autres problématiques de l'enfant: phobies, anorexie mentale, psychopathie, organisations psychosomatiques.
- Description clinique de patients névrosés adultes porteurs d'une « capsule d'autisme » dans les profondeurs de leur personnalité (cf faux self de D. Winnicott)

Théories de E. Bick

- Description de la fonction psychique de la peau dans le développement normal du bébé : zone limitante qui maintient en contact les parties de la personnalité et leur permet de s'interconnecter en un ensemble cohérent.
- Le bébé doit faire l'expérience d'un objet contenant avec lequel il puisse s'identifier pour se sentir suffisamment contenu à l'intérieur de sa propre peau, afin de pouvoir supporter l'absence de la mère sans désintégration de son self corporel.

Théories de E. Bick

- Si la peau psychique est défectueuse, établissement de la « fonction de seconde peau », succédané faisant intervenir la motricité, l'agrippement sensoriel pour éviter la sensation de lâchage et de chute.
- Cette identification à un objet contenant, qui se réalise très précocement, est une condition préalable à l'accession à la position schizo-paranoïde.

Théories de D. Meltzer

- Identification adhésive: l'autiste ne peut se constituer une peau psychique autonome et tout se passe comme s'il adhérerait à la surface de l'objet, qu'il ressent comme dépourvu d'intérieur. Ces mécanismes ont pour but d'annuler toute distance entre le self et l'objet, mais cela supprime en même temps toute possibilité de constituer un espace psychique interne, tout espoir de communication et de développement psychique.

Théories de D. Meltzer

- Démantèlement du moi: en raison de « facteurs spéciaux » ou de « tendances de personnalité » particulières, l'enfant réagirait à l'expérience traumatique de la naissance prématurée par un démantèlement du moi et de son appareil perceptuel. Pour ces enfants, le monde ne deviendrait alors plus qu'une simple juxtaposition de données sensorielles sans unité.

Théories de D. Meltzer

- Fonctionnement psychique en bi-dimensionnalité chez l'autiste: le monde psychique n'a pas de frontière, il n'a ni dedans ni dehors, il se résume à une surface. La profondeur n'existe pas, ni la dimension du temps, qui se réduit à une circularité qui ramène toujours au même.
- Les facteurs liés à l'enfant sont prédominants dans la survenue d'une pathologie autistique, beaucoup plus que les failles de l'environnement.

Conceptions de D. Houzel

- L'autisme est une pathologie de l'altérité.
- L'autiste ne peut se constituer comme sujet face à un autre, il ne peut différencier un extérieur et un intérieur, aucun objet ne peut prendre forme durablement, seules des sensations fugitives et informes le traversent.
- 2 variantes d'autisme: autisme traumatique (défense contre un vécu catastrophique), et situation où l'enfant n'a pas pu faire d'expériences de contenant, d'intimité prises dans une relation triangulaire, d'où identification adhésive.

Conceptions de D. Houzel

- Angoisses de précipitation: toutes premières angoisses, fondement de l'autisme, impression de tomber dans un gouffre.
- Le monde de l'autiste est un monde tourbillonnaire: tout se passe comme si l'enfant était entraîné dans un tourbillon sans fin créé par ses propres mouvements pulsionnels et émotionnels, faute d'avoir pu créer une enveloppe psychique adéquate.

Conceptions de D. Houzel

- Angoisses d'amputation: craintes que le décollement du monde autistique ne s'opère par déchirure.
- Angoisses de cassure: l'enfant craint de se sentir coupé en deux moitiés, ouvert comme une coque de noix et de tomber lui-même dans le trou ainsi créé.
- Angoisses d'écoulement: crainte de l'enfant que toute sa substance ne s'écoule, d'où besoin de boucher les trous au moyen de l'objet autistique.
- Angoisses d'explosion: crainte d'exploser soi-même ou phobies /fascination de tout ce qui peut exploser.

Apports de G. Haag

- Développement du Moi corporel de l'enfant autiste: clivage sagittal et horizontal de l'image du corps, particularités langagières etc.
- Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité
- Technique psychothérapeutique s'étayant sur les données de l'observation du bébé (E. Bick)

Apports de G. Haag

- **« La spécificité des psychanalystes est de capter des séquences de comportements qui sont l'expression de communications émotionnelles et de pensées primitives préverbales, dans un cadre temporel et spatial défini, avec une mise à disposition d'un matériel de jeu adapté aux capacités d'expression de l'enfant, la règle d'association libre restant tout à fait valable même pour les enfants sans langage et en activité stéréotypée. C'est dans ce cadre que ces enfants nous ont amenés à décrypter un langage préverbal avec lequel ils cherchent à nous communiquer la nature de leur mal-être corporel : sensations très pénibles de chute, de liquéfaction, états vertigineux dont nous comprenons actuellement qu'ils provoquent des rigidifications et les kinesthésies rythmiques des stéréotypies ».**

- « Il est possible en ne préjugant d'aucune étiologie, qu'une voie commune puisse se frayer : l'autisme comme « mode d'expression par l'enfant des modalités particulières de sa rencontre avec l'environnement, qu'il perçoive cet environnement comme mosaïque de petits détails, qu'il souffre d'un défaut de perception globale, qu'il ait une difficulté émotionnelle ou cognitive à s'engager dans une rencontre avec autrui » (J. Hochmann, Histoire de l'autisme, p. 475).

Bibliographie

- Amy, M.-D.: Autismes: spécificités des pratiques psychanalytiques, II. .Eres, 2017
- Aussilloux C.: Livoir-Petersen M.F.: L'autisme 50 ans après Kanner, Erès, 1994.
- Delion P.: la méthode d'observation du bébé selon Esther Bick: la formation et les applications préventives et thérapeutiques. Erès, 2009.
- Golse B., Delion P.: Autisme: état des lieux et horizons. Le carnet psy, Erès, 2005.
- Haag G. : www.genevievehaagpublications.fr
- Haag G.: Les avancées thérapeutiques dans la clinique psychanalytique de l'autisme. In: Amy M.-D.: Autismes et psychanalyses, Eres, 2014.
- Hochmann J.: Histoire de l'autisme, Ed. Odile Jacob, 2009.
- Hochmann J.: De l'autisme de Kanner au spectre autistique. Perspectives psy, 2017/1 (Vol.56), 11-18
- Houzel D.: L'aube de la vie psychique, études psychanalytiques. ESF Ed., 2002
- Houzel D. : Le concept d'enveloppe psychique. In Press, 2005.

Bibliographie

- Marcelli D.: Position autistique et naissance de la psyché. PUF, 2015.
- Meltzer D.: Explorations dans le monde de l'autisme. Payot, 2002.
- Soulé M. : « L'enfant qui venait du froid ». Mécanismes défensifs et processus pathogènes chez la mère de l'enfant autiste. In: Lebovici S., Kestemberg E.: Le devenir de la psychose de l'enfant. Seuil, 1986.
- Tustin F.: Les états autistiques chez l'enfant. Seuil, 1986.
- Tustin F.: Le trou noir de la psyché. Seuil, 1989
- Tustin F.: Journal de la psychanalyse de l'enfant, 38, 2006: numéro consacré à Frances Tustin.
- www.psynem.org. Dossiers: Autisme.
- DVD: autisme et psychose: une nosographie à revisiter. Centre national audiovisuel en santé mentale, 2009. www.cnasm.fr