

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

Quand l'Angoisse prend Corps...

Les Angoisses corporelles de la pathologie autistique dans la prise en charge psychomotrice

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Session 2009

Référent mémoire
Mme Muriel CHAUVET

Présenté par
Marion PROUTIERE

Quand l'Angoisse prend Corps...

Les Angoisses corporelles de la pathologie autistique dans la prise en charge psychomotrice

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Session 2009

Référent mémoire

Mme Muriel CHAUVET

Présenté par

Marion PROUTIERE

*« La folie fait peur tant qu'on n'y comprend rien.... C'est de ne rien comprendre
qui fait le plus peur »*

F.TUSTIN

*« Le but est de rentrer avec tact dans l'univers de l'enfant autiste pour y
promouvoir des changements »*

F.TUSTIN

*« Le respect de la personne humaine ne doit pas induire à laisser un enfant dans
l'autisme »*

D.RIBAS

Remerciements

*Je tiens avant tout à remercier les **enfants et adolescents** qui m'ont inspiré les lignes de ce mémoire. Ces rencontres hors du commun m'ont permis de m'enrichir tant au niveau professionnel que personnel.*

*Je tiens également à adresser mes remerciements les plus sincères à **Muriel CHAUVET**, pour avoir accepté d'être mon référent de mémoire, m'avoir soutenue et conseillée malgré un emploi du temps chargé.*

*Un grand merci à ma maîtresse de stage, **Marie ANGRAND** pour les réflexions cliniques qu'elle m'a apportées, sa disponibilité, sa confiance et son soutien.*

*Je remercie également **Mélanie SENTIER** et **Cécile HELLO** pour le temps qu'elles m'ont consacré et leurs judicieux conseils.*

*Je n'oublie pas ma **famille** et notamment mes parents, ma sœur et ma tante qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire ; ainsi que mes **amis** qui m'ont soutenu tout au long de l'année et particulièrement le **club des neuf** avec qui j'ai partagé mes réflexions et mes doutes et qui ont toujours été présentes pour m'aider et m'encourager.*

SOMMAIRE

Introduction	1
Partie 1 : L'autiste, son corps et ses angoisses	2
I. L'Autisme	2
A)- Aperçu historique et généralités sur l'autisme :	2
1)-Naissance du concept d'autisme :	2
2)- L'autisme de KANNER :	2
3)- Définitions et classifications après KANNER:	4
a)- un trouble du développement :	4
b)- un trouble de la personnalité :	4
c)- classification de Frances TUSTIN:	5
B)- Les hypothèses étiologiques :	6
1)- Les facteurs génétiques et environnementaux:	6
2)- Les recherches biochimiques :	6
3)- Les recherches neurophysiologiques et organiques:	7
C)- Plusieurs approches de l'autisme :	7
1)- L'autisme et les cognitivistes :	7
2)- La psychanalyse de l'autisme :	8
3)- La perspective instrumentale par A. BULLINGER :	10
II Le corps autistique	12
A)- Sentir son Corps pour l'Habiter :	13
1)- L'Image du corps :	13
a)- Paul Ferdinand SCHILDER:	13
b)- Françoise DOLTO:	13
2)- Une Peau pour Penser:	14
a)- Moi-peau, peau-psychique et enveloppe: structures contenantes et limitantes:	14
b)- fonctions du Moi-peau:	15
B)- Du Moi corporel au Moi psychique:	16
1)- Genèse et construction:	16
a)- lors de la vie intra-utérine:	16
b)- à la naissance:	16
2)- Les conditions de survenue:	17
a)- le rôle de maintien de la mère:	17
b)- la fonction alpha:	18

C)- Le Vécu Corporel des Autistes:	18
1)- Défaut d'organisation de l'image du corps:.....	18
2)- Défaillances des enveloppes et de la peau:.....	19

III Quand l'Angoisse prend corps..... 20

A)- L'autisme, une pathologie de l'angoisse:20

1)- Définition et concept d'angoisse:	21
a)- les définitions:.....	21
b)- les théories freudiennes de l'angoisse :.....	21
2)- Les tentatives d'explication des angoisses archaïques :	22
a)- le traumatisme de la naissance :	22
b)- un traumatisme précoce:	22
c)- l'expérience du « trou noir » :	23
d)- les défauts d'organisation d'un contenant :.....	23
3)- Présentation des angoisses de corps dans la pathologie autistique:.....	24
a)- l'angoisse de perte d'une partie du corps :.....	24
b)- l'angoisse de morcellement :	24
c)- l'angoisse de chute :	25
d)- les angoisses liées aux orifices :.....	25

B)- Manifestations et Défenses contre lesangoisses corporelles :.....26

1)- Perception de leur environnement :	26
a)- hypersensibilité et démantèlement :.....	26
b)- l'uni ou bidimensionnalité :	26
c)- l'identification adhésive :.....	27
2)- Objets et Formes autistiques :.....	27
a)- les objets autistiques :	27
b)- les formes autistiques :	28
3)- Les Auto-agrippements :.....	28
a)- les agrippements à l'hypertonie :.....	28
b)- les agrippements kinesthésiques :	28
c)- l'agrippement sensoriel :.....	29
d)- les agrippements à la pensée ou pseudo-pensée :	29
e)- les agrippements à l'excitation psychique :.....	29

Partie 2 : Une Aventure clinique..... 30

I. Rencontre avec Max : 30

A)- Le contexte institutionnel :30

1)- L'établissement :	30
a)- l'admission :.....	30

b)- les objectifs :	30
c)- les moyens mis en œuvre :	31
d)- l'organisation :	31
e)- la dynamique d'équipe :	32
2)- La place de la psychomotricité :	32
a)- une reconnaissance de la prise en charge psychomotrice :	32
b)- particularités de la démarche psychomotrice dans cette institution :	32
B)- Présentation de Max :	34
1)- Première description :	34
2)- Anamnèse :	34
3)- Contexte familial et environnemental :	35
C)- Bilans et observations :	35
1)- Prises en charge complémentaires :	35
2)- Bilan sensori-moteur :	36
D)- Conclusion du bilan et Projet thérapeutique :	37
E)- Observations et Évolution dans la prise en charge:	38
1)- Les angoisses corporelles de Max et leur évolution :	38
2)- Du corps angoissant au corps sécurité :	40
II. Rencontre avec Sam :	42
A)- Le contexte institutionnel :	42
1)- L'association :	42
2)- L'établissement :	43
a)- l'admission :	43
b)- les objectifs :	43
c)- les moyens mis en place :	43
d)- l'organisation :	44
e)- les relations avec les parents :	44
f)- la dynamique d'équipe :	44
3)- La place de la psychomotricité :	45
a)- une reconnaissance de la prise en charge psychomotrice :	45
b)- de nombreuses médiations :	45
c)- particularités de la démarche psychomotrice dans cette institution :	46
B)- Présentation de Sam :	47
1)- Première description :	47
2)- Anamnèse :	47
3)- Contexte familial et environnemental :	48
C)- Bilans et observations :	48

1)- Prises en charge complémentaires :	48
a)- évaluation pédagogique :	48
b)- évaluation éducative :	48
2)- Bilan psychomoteur :	49

D)- Conclusion du bilan et Projet thérapeutique :.....50

E)- Observations et Évolution dans la prise en charge:.....51

1)- Le groupe « théâtre » :	51
a)- présentation du groupe et du projet :	51
b)- mon vécu des premières séances :	51
c)- interrogation sur la prise en charge:	52
d)- description d'une séance type :	52
2)- La place et l'évolution de Sam au sein du groupe :	53
a)- les angoisses corporelles de Sam et leur évolution:	53
b)- trouver la place de Sam au sein du groupe:	54

Partie 3 : Comment la Psychomotricité peut-elle aider l'autiste à surmonter sesangoisses corporelles, à mieux vivre dans son Corps ? 56

I La Psychomotricité comme réponse aux angoisses de corps autistiques 56

A)- L'autisme, une problématique corporelle :56

B)- La psychomotricité, une thérapie à médiation corporelle :57

II. Vers la Construction d'un Corps Unifié et Sécurisé..... 58

A)- Les atouts du psychomotricien :58

1)- La disponibilité psychique :	59
a)- le holding :	59
b)- la capacité de rêverie:	59
c)- la fonction alpha :	60
2)- Les atouts corporels du psychomotricien :	60
a)- un engagement corporel :	60
b)- sa parole :	61
c)- son regard :	63

B)- La relation psychomotricien/sujet autiste :.....63

1)- L'empathie et le vécu corporel et émotionnel du psychomotricien:	64
2)- La recherche de la bonne distance :	65
3)- L'importance d'un tiers :	66
4)- Le transfert et le contre-transfert émotionnel :	67

C)- Les spécificités du travail en psychomotricité avec la population autistique :68

1)- Un travail corporel :.....	68
a)- la manipulation du corps : le travail des appuis corporels.....	68
b)- l’enveloppement :.....	71
c)- la prise de conscience du corps à travers la sensori-motricité :	73
2)- L’utilisation de l’espace et des objets:	74
a)- structurer l’espace pour construire son corps :	74
b)- l’objet comme médiateur :	75
3)- Le cadre thérapeutique.....	76
III. Réflexions et limites de la psychomotricité	78
A)- Entre thérapie et maternage :	78
B)- L’émergence des angoisses en psychomotricité :	79
C)- La souffrance du psychomotricien :.....	80
Conclusion	81

INTRODUCTION

Aujourd'hui, personne ne peut ignorer la question de l'**autisme** qui soulève les passions, envahit les médias, et s'insinue même dans le langage courant.

Ma première rencontre avec ces enfants et adolescents au contact « étrange », s'est déroulée pendant l'été 2007, lors d'un voyage humanitaire en Roumanie dans un orphelinat accueillant des jeunes handicapés. J'ai tout de suite été très intriguée par leurs comportements bizarres, leur façon d'être au monde si particulière... L'isolement, l'apparente indifférence qu'ils laissaient transparaître me décontenaient et en même temps, m'incitaient à comprendre, à me questionner : Que peuvent ressentir ces sujets pour s'enfermer ainsi, quelle est l'origine de leur souffrance? Ces premières questions ne m'ont pas quittée et la recherche de mes stages de fin d'étude a donc été guidée par ce désir de mieux connaître cette pathologie, et par l'idée, encore vague, de réaliser un mémoire sur l'autisme.

Cette année, mes lectures et ma place de stagiaire psychomotricienne ont fait naître en moi des éléments de réponses. Je me suis alors aperçue que les sujets autistes parlent un autre langage, bien plus primitif, celui du **corps**. Face à cette pathologie de l'extrême et de l'archaïque, je me suis sentie touchée par un sentiment à la fois familier et étranger, incompréhensible et désagréable : L'**angoisse**. Je me suis rendue compte que dans leur manière très archaïque d'habiter leur corps, les autistes nous disent leurs angoisses, elles se dessinent au niveau du corps, « parle-corps ». D'autres interrogations se sont alors imposées à moi : quelle est l'origine et la nature de ces angoisses autistiques et comment la **psychomotricité** peut-elle aider le sujet autiste à les surmonter ?

La réalisation de cet ouvrage suit l'évolution de ma pensée et de mes réflexions. Je vous montrerai avant tout, comment l'angoisse prend corps dans la pathologie autistique. Je développerai ensuite, l'idée que l'apaisement des angoisses passe par la construction d'un corps unifié et représenté. Enfin, j'analyserai à travers ma modeste expérience, comment le psychomotricien peut accompagner le sujet autiste dans un processus d'habitation corporelle, afin qu'il soit suffisamment sécurisé et apaisé pour entrer en relation.

PARTIE 1 :

L'AUTISTE, SON CORPS ET SES ANGOISSES

I. L'AUTISME

A)- APERÇU HISTORIQUE ET GENERALITES SUR L'AUTISME :

1)-NAISSANCE DU CONCEPT D'AUTISME :

Le terme « autisme » est dérivé du grec « *autos* », qui signifie « soi-même ». Il est défini comme un « repliement sur son monde intérieur du sujet qui refuse le contact avec le monde extérieur » (Dictionnaire fondamental de la psychologie, Larousse).

Il a été introduit pour la première fois en 1911 par E. BLEULER, psychiatre suisse, pour désigner un des symptômes majeurs de la schizophrénie. L'autisme est alors, caractérisé par la perte de contact avec la réalité, un repli sur soi, et une prédominance de la vie intérieure, ayant pour conséquence une grande difficulté à communiquer avec autrui.

En 1943, un psychiatre américain, Léo KANNER, décrit dans son article « Autistic disturbances of affective contact » (perturbations autistiques du contact affectif), une forme particulière de psychose infantile sous le terme d'« autisme infantile précoce », qui présente un tableau clinique différent de la schizophrénie. Plus tard, divers auteurs décriront des pathologies se rapprochant de l'autisme, notamment par les troubles du comportement. En 1980, ces dernières seront regroupées sous le terme de « troubles envahissants du développement » dans le DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3^{ème} révision).

2)- L'AUTISME DE KANNER :

A partir de l'observation de onze enfants, de deux ans et demi à huit ans, ayant des troubles qualifiés d'autistiques, KANNER présente pour la première fois, en 1943, les signes cardinaux de l'autisme. Le désordre fondamental de ces enfants est, selon lui, une affection psychogène caractérisée par une incapacité innée du tout petit à établir un contact affectif avec son environnement. KANNER, dans sa description, a isolé un certain nombre de signes cliniques caractéristiques de l'autisme :

- **le retrait autistique** (aleness) : est caractérisé par l'absence massive de contact avec la réalité extérieure. Les sujets autistes frappent par leur indifférence et leur désintérêt total vis-à-vis des personnes, des objets qui les entourent. KANNER note également leur manque d'empathie: ils ne peuvent se mettre à la place et comprendre les ressentis d'autrui. Ils semblent utiliser l'autre comme un objet inanimé ou une prolongation de leur propre corps. L'enfant autiste évite aussi l'interaction visuelle (regard fuyant, périphérique) et refuse tout contact corporel. Provoquer ce contact peut entraîner une crise d'agitation, de l'agressivité et une montée de l'angoisse.
- **le besoin d'immuabilité** (sameness): est la nécessité pour l'enfant de maintenir stable et inchangé son environnement matériel. La permanence et la stabilité des repères font l'objet de vérifications plus ou moins ritualisées. La rupture avec cette immuabilité est source d'angoisse et de colère.
- **les comportements stéréotypés** : sont des gestes répétés inlassablement, exécutés de façon rythmique et compulsive et qui surprennent par leur étrangeté. Leur aspect clinique varie (mouvements de grattage, tapotage, gestes des mains, balancements, sauts, tournoiement sur lui-même) et impliquent parfois des objets. Ces comportements se manifestent avec une certaine excitation et satisfaction, ayant valeur d'autostimulation et de plaisir auto-sensuel. Leur interruption provoque des manifestations anxieuses ou agressives.
- **les troubles du langage** : sont constants mais variables suivant l'âge et l'évolution. Le langage peut être inexistant ou particulier avec des anomalies caractéristiques comme des inversions pronominales (« tu », « il » pour parler de lui-même), des écholalies (répétition de mots, de phrases, immédiate ou différée, avec reproduction de la prosodie de la phrase initiale), un néo-langage (création de nouveaux mots, d'un nouveau langage, dont la signification est personnelle au sujet). La voix peut se présenter comme déshumanisée, monocorde ou haut perchée. Chez ces enfants, le langage possède donc une faible valeur communicative et son acquisition est toujours retardée.
- **l'intelligence** : KANNER décrit ces enfants comme intelligents. Des examens plus complets amènent aujourd'hui à constater que les performances cognitives sont très variables.
- **Au niveau moteur** : ces enfants ont une certaine maladresse dans les performances motrices. Mais, ils présentent une grande habileté dans les coordinations motrices.

Selon KANNER, le début des troubles de l'autisme infantile est précoce, généralement dans les deux premières années de la vie, avec un tableau clinique constitué avant l'âge de trois ans.

3)- DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS APRES KANNER:

De 1970 à 1980, les débats nosographiques autour de l'autisme infantile ont été très importants dans les domaines scientifiques, neurobiologiques et psychanalytiques. Les classifications suivantes sont celles qu'utilisent en France les cliniciens dans la mise en place d'un diagnostic d'autisme:

a)- un trouble du développement :

La Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision, 1993) s'inspire du DSM-IV (4^{ème} révision, 1994), d'origine nord-américaine. Cette classification descriptive donne une liste de critères à satisfaire pour que l'enfant reçoive le diagnostic : troubles des interactions sociales, troubles de la communication, activités et intérêts restreints et répétitifs, y compris dans le domaine de l'imagination. Pour établir le diagnostic, il faut, en plus de cette triade caractéristique de l'autisme, que ces symptômes soient en partie présents avant l'âge de trois ans.

Dans le CIM-10, l'autisme infantile est placé dans un grand groupe nosographique : les troubles envahissants du développement. Ce groupe est constitué de l'ensemble des déviations et retards du développement des grandes fonctions psychologiques, notamment des relations sociales et du langage. Outre l'autisme typique (autisme de KANNER avec quelques différences), il comprend également un autisme atypique (symptomatologie moins complète, apparition plus tardive, souvent avec un important retard mental), des syndromes caractéristiques, comme le « syndrome de Rett » ou le « syndrome d'Asperger », et des catégories moins caractérisées.

Cette classification ne s'appuie que sur des symptômes et comportements observables sans tenir compte du vécu subjectif, du côté relationnel ou des mécanismes psycho-affectifs. C'est pourquoi, je développe également la classification française.

b)- un trouble de la personnalité :

Le mouvement pédopsychiatrique français, d'inspiration plutôt psychanalytique, a une position différente dans le domaine des repérages nosographiques. A l'initiative de R. MISES, une « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent » (CFTMEA, 2002) a été proposé. Dans cette classification, les troubles mentaux ne sont pas repérés uniquement par l'énumération de signes cliniques directement observables. Elle s'appuie aussi sur une évaluation du fonctionnement psychique de l'enfant (type d'angoisse, mécanismes de défense utilisés,

caractéristiques de sa relation à l'autre et au monde, ...). Les auteurs ont choisi de regrouper sous le nom de « psychoses infantiles précoces », les troubles précoces de la personnalité qui entraînent des défaillances majeures dans l'organisation de l'appareil psychique et de sa relation au monde et à autrui. La CFTMEA retient alors, les formes cliniques suivantes : l'autisme infantile précoce de type KANNER (celui-ci étant la forme la plus grave des psychoses infantiles précoces), les autres formes d'autisme infantile (différentes par leurs variations cliniques ou symptomatiques), les psychoses précoces déficitaires, et les dysharmonies psychotiques.

Certains auteurs psychanalytiques, comme Frances TUSTIN, ont également apporté leur éclairage sur cette pathologie qu'est l'autisme.

c)- classification de Frances TUSTIN:

F. TUSTIN, psychothérapeute anglaise, a tenté de définir l'autisme au regard des autres formes de psychoses infantiles. En 1977, dans son ouvrage « Les états autistiques chez l'enfant », elle propose une classification des psychoses infantiles en fonction du type de manœuvres autistiques :

L'autisme à carapace renvoie à la description de KANNER. Ces enfants sont physiquement bien formés, se déplacent avec agilité et grâce, contrastant avec une grande maladresse. Le contact corporel provoque chez eux, un raidissement et ils ne peuvent se blottir. Ils utilisent les objets, le plus souvent durs, de manière obsessionnelle (objets autistiques), ne faisant que les tapoter, fascinés par leur mécanisme et fonctionnement. Le regard fuyant et souvent mutiques, ces autistes semblent coupés de toute communication. Du fait de son impossibilité à supporter le choc de la séparation corporelle, il se protège du monde extérieur avec la mise en œuvre de délires autistiques de carapace :

-l'**enfant crustacé** élabore une carapace globale, une sorte de coquille qui le protège du traumatisme. L'enfant vit dans l'illusion d'une fusion avec le « non-Moi », percevant les personnes et les objets comme un prolongement de lui-même. Il ne distingue pas l'animé de l'inanimé, le monde étant perçu en deux dimensions, comme une succession de formes, de contours.

-l'**enfant à segments** construit une carapace qui n'est pas totale, touchant seulement certaines fonctions. Ils ont souvent accès au langage avec des particularités comme des écholalies et des inversions pronominales. Ces enfants fractionnent les éléments extérieurs pour les rassembler sous la forme d'un « Moi », permettant de maîtriser le « non-Moi ». Ils réduisent les objets à une qualité sensorielle (à un son, une odeur, une apparence, ...), les assimilent à des segments de leur propre expérience sensorielle.

L'état autistique confusionnel renvoie à une prise de conscience de la séparation corporelle

incertaine, confuse. Ces enfants mettent en place pour se défendre une sorte de voile plutôt qu'une carapace. Les limites entre le « moi » et le « non-moi » deviennent floues. Ils confondent, enchevêtrent les objets extérieurs et les éléments du soi. L'air confus, ces enfants sont assez mal coordonnés et présentent une certaine mollesse, une atonie. Ils regardent les gens droit dans les yeux, peuvent se blottir dans les bras et avoir des hallucinations.

B)- LES HYPOTHESES ETIOLOGIQUES :

Les causes des troubles autistiques sont multiples et encore incertaines. Aujourd'hui, un consensus considère l'autisme comme d'origine multifactorielle, avec des facteurs individuels divers, notamment génétiques, et des facteurs environnementaux qui restent encore à préciser.

1)- LES FACTEURS GENETIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX:

La **dimension innée** du trouble, telle que l'envisageait KANNER, renvoie à une interrogation sur le patrimoine génétique. Le sex-ratio (4 garçons pour 1 fille) est un premier argument en faveur d'une cause génétique. Des études chez les jumeaux monozygotes montrent que le risque pour le second enfant de développer un autisme si le premier est atteint, est de 60 à 80% (C.BERT, 1998). Aussi, des recherches moléculaires tentent d'isoler des gènes associés à l'autisme. Enfin, les troubles autistiques sont souvent associés au syndrome de l'X fragile, une maladie génétique liée au chromosome X à l'origine d'un déficit intellectuel. Toutes ces recherches vont dans le sens d'une « transmission polygénique multifactorielle à seuil » pour cette pathologie.

Plusieurs **facteurs environnementaux** divers et variés ont été évoqués : les infections pendant la grossesse, les complications obstétricales, la dépression maternelle, un environnement très carenciel, la dépression sévère et chronique de l'enfant, ... Cependant, l'implication de ces situations dans le développement de la pathologie autistique reste, le plus souvent, hypothétique.

2)- LES RECHERCHES BIOCHIMIQUES :

Les nombreuses études réalisées (essentiellement sur les neurotransmetteurs) ont mis en évidence certaines modifications biochimiques, mais aucune n'apparaît spécifique de l'autisme:

- l'augmentation de la **sérotonine** sanguine et plaquettaire qui serait l'anomalie la plus fréquemment retrouvée chez les sujets autistes.

- l'observation d'une baisse du taux des **catécholamines** dans les plaquettes, ainsi que leur élévation dans le plasma.

- l'augmentation des **hormones de stress** et de la sensibilité au stress.
- une diminution des **endorphines** plasmatiques, explication possible de l'insensibilité à la douleur et des automutilations.

De cet ensemble de recherches, il n'est pas possible actuellement de dégager une explication biochimique univoque applicable à l'autisme.

3)- LES RECHERCHES NEUROPHYSIOLOGIQUES ET ORGANIQUES:

Les recherches en neurophysiologie ont montré des anomalies corticales qui expliqueraient le trouble du filtrage des influx sensoriels (GARREAU, ORNITZ). Aussi, même s'il ne semble pas y avoir de problème spécifique de l'activité électrique, on observe cependant des anomalies de la comitativité (pointes ou pointes ondes) chez certains autistes présentant des crises d'épilepsie. Des anomalies cérébrales seraient corrélées au syndrome autistique: on peut observer au scanner, dans 10 à 20% des cas, une dilatation ventriculaire ou une modification de la densité de la substance blanche. Il a également été observé une activité restreinte de certaines régions cérébrales comme le lobe frontal (fonctions mentales supérieures, la planification de l'action et du mouvement), dont la maturation interviendrait tardivement chez l'enfant autiste (ZILVOBIUS et al).

C)- PLUSIEURS APPROCHES DE L'AUTISME :

1)- L'AUTISME ET LES COGNITIVISTES :

Les cognitivistes envisagent un dysfonctionnement cérébral à l'origine de l'autisme. Pour M. RUTTER, chef de file des cognitivistes, les troubles fondamentaux se situent au niveau de la cognition. Plusieurs chercheurs ont tenté de définir la nature exacte du déficit cognitif:

- **L'intelligence chez les autistes** : KANNER avait insisté sur le fait que ces enfants paraissaient intelligents. Cependant, les études réalisées par E.R. RIVO, ont montré que, d'une façon générale, les enfants autistes se situaient dans une zone de déficience intellectuelle modérée ou profonde. Malgré un retard mental global, on peut parfois observer chez ces enfants des possibilités exceptionnelles dans un domaine particulier notamment en ce qui concerne les capacités mnésiques.
- **Un trouble de la modulation sensorielle** : l'autisme serait dû à une hypersensibilité sensorielle associée à un défaut de filtration des stimuli extérieurs. Cette hypothèse explique l'agression du

milieu intérieur par ces stimuli non filtrés du milieu extérieur (BERGMAN et ESCALONA, 1949).

- **Un déficit de la perception spatiale** : la personne autiste privilégie les détails mineurs de son environnement au détriment d'une perception globale. Elle vit dans un monde fait d'expériences spatiales fragmentées sans cohésion interne (U. FRITH). Ce vécu perceptuel très limité de son environnement extérieur ne lui permet pas de former un ensemble cohérent unifié.
- **Un déficit langagier** : Selon RUTTER, l'anomalie proviendrait d'un trouble de la perception et compréhension du langage, ayant pour conséquence l'isolement autistique. D'autres pensent que ce sont les troubles relationnels qui seraient la cause de l'impossibilité à entrer en communication par la parole. U. FRITH a également montré que l'autiste a une compréhension du langage extrêmement littérale, les difficultés se situant au niveau sémantique (donner du sens au langage) et au niveau pragmatique (capacité à utiliser le langage dans le but de communiquer).
- **Un déficit de la symbolisation** : trouble essentiel de la pathologie autistique, il s'agit de la capacité à se représenter une chose par son symbole. L'enfant autiste est incapable de se représenter l'absence de l'objet et de tolérer cette absence. De ce déficit, on observe également, des difficultés d'accès au langage, à l'imitation, aux jeux symboliques, de « faire-semblant ».
- **L'absence de la « théorie de l'esprit »** : il s'agit de la capacité à percevoir chez autrui, ses états mentaux internes, à partir de l'observation de ses comportements (PREMACK ; WOODURF, 1978). L'autiste ne semble pas ressentir d'empathie pour l'autre. Ce déficit cognitif serait à l'origine de l'indifférence autistique et de l'incompréhension du sens de l'humour.

2)- LA PSYCHANALYSE DE L'AUTISME :

A partir des années 40, les travaux sur l'autisme, dans le domaine psychanalytique, vont devenir nombreux et féconds. Plusieurs auteurs ont tenté de comprendre les mécanismes psychologiques à l'œuvre dans l'autisme. Certains se sont même risqués à expliquer une étiologie de cette maladie:

- **Mélanie KLEIN**, psychanalyste britannique, semble être à l'origine de l'interrogation sur l'autisme dans le mouvement psychanalytique. En effet, dans un article de 1930, elle rend compte de l'analyse d'un petit garçon nommé Dick qui serait aujourd'hui considéré comme

autiste. A partir de cette analyse, elle comprend et découvre un autre mécanisme qui ne peut être assimilé à la schizophrénie infantile, son objet d'étude jusque là. La pensée de M. KLEIN sera à l'initiative de la thèse selon laquelle les processus autistiques permettent de pallier les difficultés d'introjection d'un bon objet contenant et sécurisant.

- Suite à sa douloureuse expérience dans les camps d'extermination pendant la Seconde Guerre Mondiale, **Bruno BETTELHEIM** expose sa théorie, qu'il appelle « *la situation extrême* », où l'être humain est confronté à un environnement hostile et destructeur. Dans son ouvrage « *La forteresse vide* », il émet l'hypothèse que l'enfant autiste ressentirait une angoisse similaire à une menace de mort imminente, engendrée par un environnement hostile. Ce ressenti surviendrait, à un âge si précoce, que l'enfant serait dans l'incapacité d'atténuer cette angoisse. Cela provoquerait un retrait dans son monde interne aboutissant à un désinvestissement du monde extérieur, autrement dit au repli autistique. La conception étiologique de BETTELHEIM, selon laquelle l'autisme serait une réaction de l'enfant face à l'attitude de sa mère, a été très fortement critiquée. Elle a été perçue comme très culpabilisante, mettant en cause les parents dans la survenue de l'autisme.
- **Margaret S. MAHLER**, psychiatre et psychanalyste, a proposé une théorie sur le développement psycho-affectif du nourrisson et présente la phase symbiotique comme une étape normale et indispensable. Elle décrit alors en 1957, la « *psychose à forme autistique* » où l'enfant ne perçoit pas sa mère comme représentante du monde extérieur et nie ainsi le besoin normal de symbiose. Il annule le monde extérieur par une « *hallucination négative* » pour ne pas être confronté à la séparation. Selon M. MAHLER, les causes de l'autisme remonteraient à la première année de vie, au cours de laquelle la mère ne parviendrait pas à apaiser la « *faim d'affects* » (émotions, amour, contact) de son enfant. Toutefois, la mère n'est pas responsable de l'échec de la relation mère-enfant car ces enfants ont une « *prédisposition à une angoisse envahissante* » que la mère ne peut, de toute façon, pas combler.
- Pour **Donald W. WINNICOTT**, pédiatre et psychanalyste, le point de départ de l'autisme serait comme pour MAHLER, la « *perte de l'objet symbiotique* » (le sein, la mère). Il parle alors de « *dépression psychotique* » pour caractériser cette perte ressentie par l'enfant comme une perte d'une partie de son propre corps (1958). Il se perd alors en tant qu'unité. Cette séparation a heurté l'enfant devenu autiste, dans un état d'immaturation psychique, où les objets et les êtres humains ne sont pas encore différenciés, mais sont uniquement vécus comme une réunion de

sensations. Ces sensations corporelles constituent, d'ailleurs, le premier sentiment d'existence. WINNICOTT a également évoqué l'« *espace transitionnel* », espace intermédiaire entre la psyché maternelle et celle de l'enfant, l'aire du jeu et du semblant. Pour l'autiste, fusionné à un objet sans jouer avec lui, cet espace est inexistant.

- **Frances TUSTIN** rejoint WINNICOTT dans sa description de la « *dépression primaire* ». Les troubles autistiques ont alors été compris comme une défense contre la prise de conscience de la séparation corporelle de l'enfant d'avec sa mère. La perte de ce qu'elle appelle le « *bouquet de sensations au niveau de la bouche* », vient rompre l'illusion d'une continuité corporelle entre la mère et son enfant, entre « bouche-sein-regard ». Cette prise de conscience, survenue trop tôt et brutalement pour le bébé, provoque ainsi l'arrêt de son développement affectif à un stade extrêmement précoce, celui précédent la différenciation « Moi/non-Moi », l'individuation. L'enfant, alors amputé d'une partie de lui-même, est poussé avec violence dans un monde inquiétant et dangereux.

3)- LA PERSPECTIVE INSTRUMENTALE PAR A. BULLINGER :

André BULLINGER, professeur en psychologie et psychologue, a présenté une tentative de compréhension des troubles autistiques dans une perspective instrumentale. Elle s'appuie sur les théories de PIAGET et WALLON qui concevaient le développement de l'enfant comme une progressive construction de ses moyens d'action sur l'environnement. BULLINGER tente de comprendre comment l'individu se construit une subjectivité et la façon dont il s'approprie son organisme et les objets de son milieu. Son hypothèse (1994) serait que les autistes ne feraient pas le même choix de matériaux pour alimenter leur activité psychique. Les sensations seraient recherchées pour elles-mêmes, pour entretenir un flux, et non dans un but de compréhension, de représentation et de maîtrise du milieu. BULLINGER aborde divers troubles autistiques et propose ainsi son explication :

- **Perturbation du niveau de vigilance**: ce sont les signes les plus précoces qu'il ait rencontré chez le bébé à risque autistique: le contact auparavant établi peut être rompu en raison d'un tout petit événement. Il faut recommencer du début pour être en lien avec ce bébé qui ne semble pas avoir l'intégrité suffisante pour maintenir la relation pendant le court instant où le porteur s'est détourné.

- **Troubles de la sphère orale:** Chez les autistes, la fonction instrumentale de la bouche est déviée de ses finalités usuelles. Elle est utilisée pour fournir des sensations et stabiliser un état tonique fragile. Cet agrippement oral ne permet pas d'engager une activité d'exploration et semble compenser un déficit de l'arrière-fond. Il diminue lorsque l'enfant trouve un appui-dos.
- **Troubles de la régulation tonico-posturale:** les autistes présenteraient souvent une **posture en hyperextension** qui entraînerait des difficultés pour joindre les mains dans le plan médian et perturberait la constitution de l'axe corporel. Elle est caractérisée par un arrière-fond fragile et une incapacité à fléchir le buste. Cette absence d'appui-dos chez les autistes, a également été développée par G. HAAG, psychiatre et psychanalyste française.

Un **blocage de la rotation du buste**, parfois observé chez les autistes, provoquerait un verrouillage en **posture asymétrique**. Cette posture empêcherait les passages harmonieux entre les deux hémicorps, la préhension manuelle sous contrôle visuel et l'unification des espaces gauche/droit. Si les rotations ne s'installent pas, la bouche peut rester un moyen de transit et d'exploration. Ce clivage gauche/droit peut aussi s'observer au niveau du tonus avec un hémicorps plus tonique que l'autre, et au niveau moteur avec une disparité fonctionnelle entre les deux hémicorps, l'un étant beaucoup plus utilisé que l'autre (« *hémiplégié autistique* »). BULLINGER développe aussi le terme de « *tonus pneumatique* » (blocage de la respiration), observé chez certains autistes et rendant impossible les vocalisations et autres expressions sonores.

Ces désorganisations tonico-posturales perturbent les praxies, les coordinations, l'organisation spatiale, et la mobilisation de la zone orale (salivation, mouvement de langue, protrusion).

- **Troubles de l'intégration sensorielle:** Chez les autistes, le traitement des « *flux sensoriels* » (signaux continus et orientés détectés par un système sensoriel) reste dans la dimension archaïque, c'est-à-dire l'aspect qualitatif. Il s'agit de maximiser l'efficacité des systèmes sensori-moteurs afin de maintenir une mobilisation tonique. Cela suppose un autre usage des systèmes sensori-moteurs :

Au niveau visuel : BULLINGER a mis en évidence des anomalies dans les processus de perceptions visuelles chez l'enfant autiste : lenteur de la poursuite oculaire, utilisation préférentielle de la fonction périphérique au détriment de la fonction focale, et une perte de la liaison visuo-manuelle ne permettant pas au regard de se diriger vers la main. Ces anomalies et l'agrippement visuel sont, pour BULLINGER, la preuve d'une fragilité de l'arrière fond et de son intégration.

Au niveau tactile : La prévalence du système tactile, chez les autistes, rend les sensations tactiles irritatives, entraînant ainsi, un recrutement tonique et un retrait en extension qui désorganise la mise en forme du corps.

Au niveau auditif : Les réactions des enfants autistes à des stimuli auditifs sont fluctuantes et paraissent parfois paradoxales. L'hypothèse d'une surdité est souvent posée. La réaction d'alerte semble privilégiée pour son recrutement tonique et émotionnel.

Au niveau proprioceptif : Son instrumentation porte sur les aspects immédiatement ressentis, privilégiant l'espace du geste et non sa trace. Ces enfants vont rechercher la maximisation des sensations sensori-motrices: mouvements en cocontraction, marche sur la pointe des pieds, ...

- **Troubles spatiaux** : Les autistes semblent donc considérer les effets spatiaux comme des sous-produits du geste. Par exemple, la marche est avant tout une source de sensations polysensorielles.

« *Habiter son corps suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme* » (A. BULLINGER, 2007, p.63). Avec la pathologie autistique, nous sommes renvoyés aux expériences archaïques dans le domaine sensori-moteur. L'autiste reste ainsi, « englué » dans un défaut de construction, de prise de conscience de son corps. La recherche d'appui, la particularité des trajectoires et des positions choisies relèvent de cette problématique de l'image du corps ...

II LE CORPS AUTISTIQUE

Il ne suffit pas d'être en vie pour être vivant, encore faut-il « habiter son corps ». Selon une formule d'AJURIAGUERRA, « Le corps n'est rien sans le corps de l'autre ». Pour Fabien JOLY, psychomotricien et psychologue, l'autisme serait un exemple de cette faillite de l'« habitation corporelle » ou du destin singulier du corps et de la psychomotricité sans le passage par l'autre. De nombreux travaux psychanalytiques présentent le corps comme l'indispensable substrat de tout sentiment de soi. D. MELTZER, psychanalyste, souligne un paradoxe dans la pathologie autistique celui « d'être en n'étant pas », elle pose le problème de l'existence.

A)- SENTIR SON CORPS POUR L'HABITER :

« *Nous ne sommes pas notre corps en chair et en os, nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps* » (NASIO, 2008, p 79). Le corps est considéré comme l'étai de la psyché. FREUD dit en ces termes : « *Le Moi est avant tout corporel* ». Aussi, le corps devient image et apparaît dans la vie psychique. Les psychanalystes donnent ainsi naissance au concept d'image du corps.

1)- L'IMAGE DU CORPS :

a)- Paul Ferdinand SCHILDER:

En 1935, SCHILDER, est l'un des premiers à appréhender le concept d'image du corps. Pour lui, les fondements de l'image du corps sont physiologiques. Les composantes toniques et motrices, la vue, l'audition, la cénesthésie ont une importance capitale dans sa construction, de même que la douleur qui peut la renforcer. L'image du corps parle et dit ce qu'il en est du ressenti du corps.

b)- Françoise DOLTO:

La théorie de l'image inconsciente du corps de DOLTO (psychiatre et psychanalyste française) est la plus citée de toutes les théorisations relatives à l'image du corps. Selon elle, l'image inconsciente du corps se forme durant la vie intra-utérine et au cours de la prime enfance. C'est dans le corps, éminemment relationnel, que vont naître les sensations qui s'imprimeront dans le psychisme encore immature du bébé sous la forme d'image inconsciente du corps. La question de l'image du corps ne peut être posée que dans le cadre d'une relation entre deux personnalités, entre deux corps. Elle possède donc une composante sociale. DOLTO décrit cette image comme « *...à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et, en même temps, elle est actuelle, vivante en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle* » (DOLTO, 1984, p23). Toujours inconsciente, elle est liée au vécu, à l'histoire du sujet et donc propre à chacun. L'image inconsciente du corps se remanie également en fonction des stades libidinaux, se lie aux zones érogènes où s'expriment les pulsions. Ainsi, chaque étape de la construction de l'image du corps est franchie au prix d'une castration, c'est à dire un manque amenant à la représentation symbolique de celui-ci. Elle s'élabore donc par rapport aux besoins pulsionnels, aux désirs de l'individu. NASIO, psychiatre et psychanalyste, va encore plus loin en disant: « *Je tiens l'image du corps pour la substance même de notre moi* » (NASIO, 2008, p 81).

2)- UNE PEAU POUR PENSER:

Le psychisme s'étaye sur le corporel et notamment la surface du corps, la peau. La perception de cette surface s'acquiert lors des expériences de contact corporel avec la mère et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle. Le bébé parvient ainsi, à la notion d'une limite entre intérieur et extérieur, mais aussi à l'idée d'un espace contenant les pensées. La peau fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du moi et ses principales fonctions.

a)- Moi-peau, peau-psychique et enveloppe: structures contenantes et limitantes:

Le terme d'enveloppe apparaît chez FREUD en 1920 mais il le laisse en jachère. En 1968, Esther BICK, parle dans son article, de « *peau psychique* » et Didier ANZIEU de « *Moi-peau* » en 1974 dans la « nouvelle revue de psychanalyse ».

BICK montre l'importance de l'expérience d'un objet contenant auquel l'enfant puisse s'identifier et l'introjecter afin de se sentir suffisamment sécurisé et contenu dans sa propre peau. Il s'agit de la peau comme première enveloppe, d'une « *peau psychique* ». A. CICCONNE et M. LHOPITAL (1991) considèrent que les parties de la personnalité, ressenties au début de la vie comme disjointes, sont maintenues ensemble grâce à l'introjection d'un objet externe capable de remplir cette fonction. L'objet contenant, ressenti comme une peau, donne alors naissance à un espace interne et externe.

Didier HOUZEL définit « *l'enveloppe psychique* » comme le plan de démarcation entre monde intérieur et monde extérieur, monde psychique interne et monde psychique d'autrui. Elle représente une membrane souple qui différencie le dedans du dehors tout en permettant des échanges entre ces espaces. Elle permet de rendre compte d'une certaine plasticité de l'appareil psychique. Toute atteinte de l'enveloppe risque d'entraîner une confusion entre monde interne et monde externe.

Enfin, ANZIEU utilise le terme d'enveloppe psychique pour désigner la structure qui limite et contient le Moi. Cette enveloppe psychique s'étaye sur la peau. Il définit alors le « *Moi-peau* » comme étant « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* »(ANZIEU, 1985, p.61).

Tous ces concepts présentés renvoient à différentes fonctions.

b)- fonctions du Moi-peau:

ANZIEU se fonde sur un principe freudien pour expliquer les huit fonctions du Moi-peau: toutes fonctions psychiques se développent par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. Je m'attarderai sur les trois premières fonctions qui me paraissent essentielles à développer pour mon sujet, les cinq autres découlant de celles-ci.

1)- fonction de maintenance:

De même que la peau soutient le squelette et les muscles, le Moi-peau maintient le psychisme en état de fonctionner. Cette fonction de maintenance du psychisme se développe par intériorisation du holding maternel. L'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à sentir son corps unifié et solide et à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale. Il s'agit de l'identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se sert et qui le contient. La capacité du bébé à se maintenir physiquement par lui-même conditionne l'accès à la position assise, debout et à la marche.

2)- fonction de contenance:

De même que la peau enveloppe tous les organes, recouvre tout le corps, le Moi-peau vise à contenir tout l'appareil psychique. Cette fonction est exercée principalement par le handling maternel. Le Moi-peau est à percevoir comme un sac contenant sensations, représentations, affects et pulsions. Il permettrait « *d'éviter l'éparpillement des objets internes dans un espace sans frontière* » et de « *lier entre eux les objets internes en un ensemble cohérent* » (ANZIEU et al., 1987, p.70).

3)- fonction de pare-excitation:

La mère semble servir de pare-excitation auxiliaire au bébé jusqu'à ce que son Moi soit suffisamment élaboré et trouve sur sa propre peau un étayage pour assurer cette fonction.

Nous voyons donc ici l'importance des expériences corporelles sur les fondations du psychisme. La peau dans ses fonctions de maintien, de contenant et de pare-excitation, agit dans le processus d'individuation et permet à l'enfant de se constituer à partir de l'expérience d'un corps à lui, qui le distingue et lui permet de communiquer.

B)- DU MOI CORPOREL AU MOI PSYCHIQUE:

1)- GENESE ET CONSTRUCTION:

Il me semble important de comprendre comment s'élabore l'image du corps pour comprendre la symptomatologie autistique. HAAG souligne que les autistes nous font ressentir au ralenti cette genèse des premières formations du Moi corporel qui correspond, selon elle, à l'image du corps. Elle part du principe que le Moi corporel et le Moi psychique sont indissociables au début du développement. La construction de l'image du corps débiterait par un sentiment d'enveloppe, du haut jusqu'au bas du corps, à travers le toucher, les mobilisations du corps et sa mise en relation.

a)- lors de la vie intra-utérine:

La cavité utérine est un espace clos et chaud qui enveloppe le fœtus. Le développement progressif de ses organes sensoriels lui permet de vivre ses premières sensations. Le contact tactile utérus de la mère/dos du fœtus constituerait la première sensation d'enveloppe chez l'enfant. En effet, in utero, la surface de contact la plus importante est celle du dos qui épouse les courbures de la cavité utérine. Le fœtus adopte une position de repliement dans le ventre de sa mère, la colonne vertébrale est alors une surface de contact et de maintien privilégié. Ce bain utérin est un premier contenant qui laisse des traces dans le corps et le psychisme de l'enfant.

b)- à la naissance:

La naissance provoque une modification des sensations perçues par l'enfant avec la mise en jeu de la pesanteur. L'enfant rechercherait le contact dos susceptible de lui procurer la sensation d'enveloppe sécurisante qu'il trouvait in utero. L'utérus porteur est alors, remplacé par « *l'objet d'arrière-plan* » caractérisé par le « *holding maternel* ». **L'intériorisation de cet arrière-fond** s'effectue, selon HAAG, essentiellement à travers l'interpénétration des regards. A ce stade, l'enfant a l'illusion d'une peau commune avec sa mère. Cette première étape de la construction du Moi corporel forme ainsi, une unité corporelle rassurante dans une enveloppe contenante. CICCONNE évoque également, cet « *objet contenant optimal* » joué par la mère dans la situation de nourrissage, qui permet au bébé de vivre différentes jonctions sensorielles: l'éprouvé tactile-dos dans le portage, l'échange des regards, le contact du mamelon dans la bouche, et l'apaisement lié à la satiété. Pour lui, il y a là un sentiment basal d'identité et une première organisation de l'image du corps. L'interpénétration du regard associée à un appui-dos participerait également à la constitution du sentiment de **l'axe vertébral**, le sentiment de solidité du Moi corporel de l'enfant étant ainsi

assuré. L'étape suivante requiert l'effacement de la peau commune et la reconnaissance que chacun a sa propre peau et son propre Moi. Après constitution d'un minimum d'**enveloppe corporelle**, l'enfant poursuit sa structuration en rompant « *l'identification adhésive* » (MELTZER) et en se différenciant de l'objet d'arrière-plan. Il va, peu à peu, prendre conscience de la **pliure verticale** du corps, grâce à l'intégration de son axe corporel dans l'image du corps. A ce stade, l'enfant intègre les deux moitiés de son corps en venant coller son hémicorps sur l'hémicorps de l'autre, en rassemblant ses mains au niveau de son axe ou de sa bouche.

Enfin, la dernière étape, **l'intégration des membres inférieurs**, s'effectue par l'expérimentation du clivage horizontal du corps: le bébé attrape ses pieds, tire dessus, en éprouve les attaches. Selon BULLINGER, la sensorialité et la tonicité forment la « *plate-forme sensori-tonique* ». Celle-ci, associée aux échanges émotionnels, élabore l'image du corps. HAAG poursuit en affirmant que ces échanges émotionnels vont fonder l'enveloppe nécessaire pour contenir les émotions.

2)- LES CONDITIONS DE SURVENUE:

a)- le rôle de maintien de la mère:

Pour WINNICOTT, l'enfant est « *un être immature qui est tout le temps au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir idée. Cette angoisse inimaginable est tenue à l'écart par la fonction de la mère, d'une importance vitale à ce stade* » (WINNICOTT, 1971, p.2). La structuration du Moi s'effectue donc en fonction de l'environnement et notamment de la mère avec sa capacité d'empathie, sa sensibilité accrue à comprendre les besoins de son bébé. WINNICOTT désigne cette capacité particulière par la « *préoccupation maternelle primaire* ». Elle permettrait au bébé d'avoir un « *sentiment continu d'exister* ». Il aborde également trois fonctions que l'environnement doit apporter au nourrisson afin de permettre sa structuration psychique :

-le « *holding* » ou la façon dont l'enfant est porté joue essentiellement un rôle de protection contre les expériences angoissantes que peut vivre le nouveau-né. Il doit être assuré de manière suffisante et régulière pour que le sentiment continu d'exister persiste.

-le « *handling* » ou la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé permettrait un processus de personnalisation par l'installation de la psyché dans le soma.

-l'« *object presenting* » correspond à la façon dont l'objet est présenté à l'enfant. Il concerne la construction des premières relations objectales.

WINNICOTT précise que la construction du Moi se fait par le holding et toutes les expériences sensori-motrices.

b)- la fonction alpha:

W. R. BION définit ce qu'il appelle la relation de « *contenant/contenu* » qui est apparentée à la relation psychique du bébé à sa mère. Il a montré le processus normal qui consiste pour l'enfant à projeter dans le psychisme de sa mère des données d'origine sensorielle que BION baptise « *éléments β* », qu'il ne peut penser, ni lier entre eux. La mère reçoit et traite ces éléments grâce à sa « *capacité de rêverie* » (capacité d'élaboration et de compréhension de son appareil psychique) et les restitue à son bébé, sous la forme d'éléments assimilables et pensables, les « *éléments α* ». Le bébé peut alors, réintrojecter ces éléments α mais aussi l'appareil « contenant-contenu » qui a donné du sens à ses expériences sans nom. Leur intériorisation permet la constitution de sa propre « *fonction alpha* », de son propre appareil à penser.

Ainsi, l'environnement conduit progressivement l'enfant à se différencier en tant qu'être distinct, avec son propre corps et sa propre capacité à penser.

C)- LE VECU CORPOREL DES AUTISTES:

1)- DEF AUT D'ORGANISATION DE L'IMAGE DU CORPS:

Dans le drame autistique, la sensorialité pure, n'est pas intégrée, et se sépare des échanges émotionnels pour prendre une direction addictive. L'autiste vit dans une illusion de continuité corporelle avec sa mère, se confond avec elle et ne peut se différencier. La construction de l'image du corps en est donc perturbée et ne peut aboutir à la constitution d'un Moi uni et total. Les « signes corporels » de l'autisme, souvent au premier plan, témoignent du défaut d'organisation du Moi-corporel. Je vais ici citer quelques exemples, non exhaustifs, de ces troubles de l'image du corps qui me sont apparus dans mon expérience clinique:

L'activité de « **faire-faire** », où l'enfant vient saisir la main de l'adulte pour faire comme s'il s'agissait d'un prolongement de son propre corps, est souvent présente chez les autistes. HAAG a développé le terme d'« *identification intracorporelle* », une partie du corps de l'enfant étant vécue initialement par lui comme une partie identifiée au corps maternel. Cette identification permettrait la formation d'un squelette interne et le processus d'individuation. L'autiste reste dans cette identification et ne parvient pas à s'individualiser. Elle insiste aussi sur le fait que certains semblent méconnaître certaines parties de leur corps, aboutissant à un mésusage de celles-ci. Aussi, l'**investissement particulier du bas du corps et de la marche**, comme la marche sur la pointe des pieds, montrerait des failles dans la construction de l'image du corps (intégration des membres inférieurs). La difficulté de flexion du buste provoquerait un clivage haut/bas du corps

conduisant à un non-investissement des membres inférieurs, des difficultés d'exploration (pas d'adaptation spatiale, régulation tonique en tout ou rien) et de portage (tonus des jambes faible). Tout se passe comme si les signaux provenant des membres inférieurs étaient ignorés. HAAG insiste aussi sur la **carence d'axialité** qu'elle observe chez beaucoup d'autistes qui demeurent avec un corps morcelé, non rassemblé. Elle relie, comme BULLINGER, l'axialité et la subjectivité. L'enfant autiste n'a donc pas conscience du clivage vertical et horizontal du corps. Les troubles de l'image du corps sont également observés à travers des **troubles toniques**: hypertonie, « *carapace tonique* » ou grande hypotonie témoignant alors d'un vécu corporel probable de chute ou de liquéfaction. Le sentiment d'unicité, le ressenti des limites corporelles peuvent être suscités par une variation brusque du tonus qui permet de rassembler les sensations corporelles. Cette variation est obtenue par la variation d'un flux sensoriel ou une émotion. De plus, la posture en hyperextension, perte du sens inné de l'enroulement selon S.-B. ROBERT-OUVRAY, peut être expliquée comme un moyen pour l'enfant de pallier un manque d'enveloppe en s'agrippant à son tonus, pour ne pas tomber dans le puit sans fond...

Le « *tonus pneumatique* » peut refléter chez certains autistes un défaut dans la construction de l'équilibre entre flexion et extension. Dans cette situation, la bouche est souvent ouverte et la tendance à baver est accentuée.

Enfin, les **stéréotypies d'autostimulation sensorielle** sont fréquemment retrouvées et constituent, pour l'enfant autiste, un moyen de sentir, d'éprouver son corps et d'entretenir un sentiment d'exister. La constitution du Moi corporel encore insuffisante ne peut assurer la permanence, la stabilité du sentiment d'exister. Mais, l'équilibre apporté par ces conduites reste fragile: l'image du corps disparaît dès que cesse l'activité.

2)- **DEFAILLANCES DES ENVELOPPES ET DE LA PEAU:**

Les autistes attirent notre attention sur les structures limitantes, enveloppantes, et contenant justement parce qu'ils nous confrontent aux défaillances possibles de ces structures. Cette pathologie est caractérisée par une panne de la formation ou de la qualité de la peau psychique, indispensable pour que commence le fonctionnement psychique. L'autiste se protège et se retire dans un système fermé, dans une indifférenciation du Soi et du non-Soi, dans le fantasme d'une peau commune à sa mère. L'enveloppe autistique témoigne du refus de prendre conscience de la séparation d'avec la mère. Elle est une adaptation d'un organisme immature pour survivre. TUSTIN décrit deux images du corps pathologiques liées à une défaillance des fonctions du Moi-peau chez l'autiste:

-le « ***Moi poulpe*** » correspondant à la perception du corps dans l'autisme confusionnel avec une

sensation de Soi dispersé.

-le « *Moi crustacé* » correspondant à l'autisme à carapace où il y a la création d'une carapace rigide qui pallie au manque de limites au niveau de la peau.

La « *seconde peau* » décrite par BICK vient témoigner de la non-élaboration de la « peau psychique » lorsque le contenant maternel fait défaut. Cette cuirasse défensive, ceinture de rigidité musculaire ou d'agitation motrice vient constituer une seconde peau, une carapace autistique.

Les questions du corps, de son habitation et de sa psychisation sont omniprésentes au coeur de la clinique autistique. Le développement psychomoteur et les expériences du corps seraient bien la partie ratée par l'enfant autiste. JOLY soutient que les signes corporels et psychomoteurs de l'autisme témoigneraient du défaut d'enveloppe, de la mise en place des limites corporelles, d'une peau-psychique, et ainsi, de la faillite de la mentalisation et subjectivation. Le Moi-peau apparaîtrait donc défaillant, « percé de trous » (HAAG, 1990). Par conséquent, le vécu corporel de l'enfant autiste est de l'ordre de l'insécurité. Il vit dans l'angoisse constante d'intrusion et de perte de substance. C'est dans ce corps inhabité, morcelé, dans cette peau trouée, que surgissent les angoisses de corps.

III QUAND L'ANGOISSE PREND CORPS

La clinique de la pathologie autistique, nous montre la prégnance, l'omniprésence de la dimension corporelle dans toutes ses formes envahissantes et terrifiantes d'angoisses archaïques : angoisse de chute sans fin, d'anéantissement, de morcellement ou de dissociation, de précipitation, de liquéfaction, de vidage ou d'écoulement, de perception de « trous dans le corps », vécus d'amputation et autres bizarreries corporelles. Toutes ces angoisses questionnent de fait l'image du corps. L'autisme est caractérisé par ce lien très intime entre la fragilité ou l'absence de constitution du Moi corporel et la dimension corporelle des angoisses.

A)- L'AUTISME, UNE PATHOLOGIE DE L'ANGOISSE:

Le corps autistique semble être la proie d'angoisses primitives. Elles frappent par leur expression corporelle, si massive et exemplaire. Ces angoisses terribles témoignent de la faillite des premières représentations du corps, des premières images du corps, de la construction du Moi corporel. Ainsi, l'autisme permet d'aborder les formes corporelles et archaïques de l'angoisse.

1)- DEFINITION ET CONCEPT D'ANGOISSE:

a)- les définitions:

Le mot « angoisse » dérive du latin « *angustia* » qui désigne un espace étroit, un passage resserré. En psychiatrie, l'angoisse est un « *ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisés par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre* ».

La psychanalyse définit l'angoisse comme un « *état d'alerte psychique vécu comme tension incompréhensible, qui s'accompagne de phénomènes corporels d'anxiété* » (dictionnaire fondamental de la psychologie, p67).

L'angoisse est une réaction du sujet qui se trouve dans une situation traumatique, c'est à dire qu'il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles.

b)- les théories freudiennes de l'angoisse :

Selon FREUD, l'angoisse est avant tout, un affect essentiel, fondamental et fondateur de la vie psychique. Il propose deux théories de l'angoisse qui nous permettent d'appréhender théoriquement et cliniquement les mises en formes autistiques de l'angoisse.

La **première théorie** correspond à la première partie de son œuvre (1888-1926), à l'élaboration de la première topique, qui atteste du primat de l'économie psychique. Freud situe alors, l'angoisse du côté de l'affect dans une relation étroite avec la sexualité. L'angoisse résulte pour lui, d'un débordement de l'énergie sexuelle non-élaborée, voir non-élaborable. Cette énergie ne peut être transformée et se dégage de façon anarchique dans un « retour dans le corps ». Il s'agit d'un trouble économique du côté du quantitatif, du trop. Il y a un débordement de cet affect-angoisse, dépassant la capacité d'élaboration de l'individu.

La **deuxième théorie** de l'angoisse est associée à la conception de la seconde topique. C'est une théorie plus complexe, présentée en 1926 dans le texte « Inhibition, symptôme et angoisse ». L'angoisse est alors comprise comme une réactivation dans l'après coup, d'un traumatisme et d'un conflit de l'enfance. Liée à la mémoire des expériences antérieures, elle se présente comme un « *signal d'alarme du moi* », en prévention d'un danger interne ou externe. Le Moi qui élabore alors des défenses, est ici un lieu psychique de gestion et de production de l'angoisse. Pour FREUD, le Moi est toujours au cœur de l'angoisse, le siège et l'origine.

D'après JOLY, l'autisme nous mène vers une **troisième théorie** de l'angoisse, précisément là ou le

Moi ne peut pas être supposé construit et fonctionnel. Ce sont les failles mêmes de ce Moi-sujet, sa non-intégration qui déterminent la nature archaïque et extrême des angoisses autistiques. Le lieu de l'angoisse se situe alors dans le ça, le Moi n'étant que le traducteur de ces dites angoisses. L'absence de traduction par le Moi laisse l'angoisse pulsionnelle « libre » en son niveau corporel originaire. Plusieurs auteurs ont appréhendé cette autre compréhension de l'angoisse, une autre catégorie d'angoisses plus profondes questionnant la constitution du Moi précoce, du Moi corporel.

2)- LES TENTATIVES D'EXPLICATION DES ANGOISSES ARCHAÏQUES :

a)- le traumatisme de la naissance :

Otto RANK a entrepris de développer dans « *le traumatisme de la naissance* » (1924) que l'action de naître, cette rupture avec le « tout », est le premier fait d'angoisse et par conséquent la source et le modèle de toute angoisse. Il oppose l'heureuse union mère-enfant au cours de la grossesse à l'expérience de séparation brutale que représente la naissance. Il fait remarquer que cette dernière s'accompagne des sensations d'étouffement, de constriction, de claustration. RANK prolonge ces hypothèses en reliant l'expérience de la naissance au sentiment de chute ou celui de passer d'un espace clos à un espace ouvert et sans limites...

L'arrivée en milieu aérien provoque de nouvelles sensations tactiles et gravitaires à l'origine des premières angoisses archaïques. D'un seul coup, les repères ne sont plus les mêmes, en particulier ceux de l'équilibre provoquant des impressions de chute. Le réflexe de Moro et les sursauts musculaires sont une illustration de cet éprouvé corporel contre lequel le bébé se défend. Elle aborde également le traumatisme de la naissance comme constitué d'une « *angoisse claustrophobique* » dans l'espace utérin, suivie d'une « *angoisse agoraphobique* » lors de la sortie dans l'espace aérien. Ces angoisses sont le lot commun de l'humanité et déclenche les processus d'identification précoce. La confrontation avec l'angoisse, si elle n'est pas excessive, engendre la recherche de l'objet et la formation de la peau.

Enfin, pour BION (1975), la naissance est la première expérience de « *césure* », c'est à dire de discontinuité dans la relation d'objet.

b)- un traumatisme précoce:

WINNICOTT a développé la notion de « *peur de l'effondrement* » qui renvoie à la conséquence d'une faille grave de l'environnement du petit enfant, survenue à un stade trop précoce pour qu'il puisse l'élaborer. Il nous invite à considérer le bébé comme un être immature tout le temps aux prises d'angoisses que nous ne pouvons imaginer. Il appelle ces angoisses « *agonies primitives* »,

qui revient à la notion de « *terreur sans nom* » de BION : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation,... Ces angoisses échappent à toutes possibilités de mémorisation et atteignent le corps, ses premières images. Il distingue deux sortes de bébés: ceux qui ont l'expérience de la continuité d'être, portés par un bon environnement (holding) et ceux qui connaissent l'angoisse archaïque d'être, la peur de l'effondrement, contre laquelle ils produisent des défenses. Ces derniers peuvent représenter l'état dans lequel se trouvent les enfants autistes. L'existence d'un sentiment de désintégration du Moi induirait alors les angoisses primitives et l'enfant organiserait une défense, celle de la pathologie autistique (nous étudierons ces défenses plus loin). Ainsi, pour WINNICOTT, la perte de la « *persistance de son être* » est l'origine de la peur de tomber, de s'écrouler, de tomber en morceaux, de se déverser, se dissoudre, d'exploser...

c)- l'expérience du « trou noir » :

TUSTIN (1977) évoque l'origine des angoisses primitives avec l'expérience du « *trou noir* ». Le traumatisme de la séparation corporelle d'avec la mère laisse un trou dans le corps de l'enfant. Cette description renvoie essentiellement au sentiment d'anéantissement du psychisme qui s'écoule dans le trou noir (« *tourbillon autistique* », MELTZER, 1975). L'autiste n'a alors pas l'impression d'être soutenu, il se sent lâché dans un trou, vécu comme une chute sans fin selon l'expression de WINNICOTT. Leur vécu corporel est rompu, discontinu et à l'origine des angoisses archaïques. Il tente désespérément de ne pas s'enliser, de ne pas tomber dans le trou noir. Dès lors, les manoeuvres autistiques sont comprises comme n'ayant pour seule fin de colmater, d'effacer de la conscience, cette brèche dans le Moi corporel en procurant à l'enfant des sensations permanentes « *pour se sentir exister* ». Pour TUSTIN, l'autisme est une tentative pathologique de se dégager du trou noir.

d)- les défauts d'organisation d'un contenant :

Le traumatisme de la séparation vient perturber le développement et les processus de maturation du Moi. L'enfant n'a pas suffisamment expérimenté la sensation d'être contenu physiquement et psychiquement lors des premiers contacts peau à peau. Il se sent donc extrêmement vulnérable. La peau devient un contenant aux limites imprécises et discontinues. Ainsi, chez l'autiste, la peau n'est pas intériorisée comme surface enveloppante et fondatrice du psychisme. Ce défaut d'intériorisation, d'introjection d'un contenant, cette peau trouée ne lui permettrait pas de se sentir à l'abri des angoisses corporelles les plus primitives. Les angoisses archaïques resteraient crues car

non-contenues dans l'enveloppe psychique. D'ailleurs, les angoisses de liquéfaction, de vidage, d'écoulement témoignent véritablement d'une défaillance de l'espace contenant, d'une peau fermée.

En d'autres termes, il existerait une angoisse originelle des angoisses corporelles : la peur de perdre le « *sentiment continu d'exister* » corporellement et psychiquement. Elles apparaissent comme des « angoisses d'être » renvoyant inévitablement à des vécus de mort psychique, d'anéantissement ou d'annihilation. Le « Moi autistique » organiserait des défenses contre l'effondrement de sa propre organisation. L'autisme constitue alors une tentative de réponse à une terreur primale intense.

3)- PRESENTATION DES ANGOISSES DE CORPS DANS LA PATHOLOGIE AUTISTIQUE:

Comme nous l'avons vu précédemment, les angoisses corporelles sont dites archaïques car présentes dès la naissance, avant l'apparition du langage. Souvent inconscientes, elles se retrouvent tout au long de la vie. Leur évolution courante est d'être surmontées au fil du développement. Du fait des troubles de l'image du corps et de la mauvaise intériorisation des limites psychocorporelles chez l'autiste, les angoisses prennent une dimension corporelle pathologique.

a)- l'angoisse de perte d'une partie du corps :

L'enfant autiste perpétue l'illusion d'une continuité corporelle avec sa mère. Il extrapole cette confusion corporelle dans sa relation avec son environnement, ne différenciant pas le Moi du non-Moi. Il annule donc toute perception de « l'étranger à soi » en percevant les personnes et les objets comme inanimés, faisant partie de son propre corps. Il se protège ainsi de la douloureuse et terrifiante expérience de la séparation qui, lorsqu'elle a lieu, est vécue par l'enfant comme un véritable arrachement d'une partie de son propre corps. En perdant l'autre dont il est totalement indifférencié, il perd simultanément une partie de lui-même.

b)- l'angoisse de morcellement :

Parmi les angoisses archaïques, l'angoisse de morcellement est la plus connue. On sait depuis M. KLEIN que le bébé ne dispose pas, à la naissance, d'une représentation de son corps unifiée. Il est morcelé. Le portage physique et psychique assure alors le sentiment d'existence, d'unité, et de solidité de son corps. Dans l'autisme, l'absence d'unité et de limites corporelles entraîne la sensation d'un corps morcelé. L'enfant ressent les parties de son corps comme des morceaux dépourvus de lien, ne perçoit pas son corps comme étant unifié. Il est dans l'angoisse constante de se morceler, de se démanteler, de s'écrouler et ainsi de perdre son existence corporelle et psychique.

c)- l'angoisse de chute :

L'angoisse d'une « chute sans fin » est l'une des angoisses archaïques les plus prégnantes dans la pathologie autistique. Nous avons vu que cette angoisse peut être due au passage à une pesanteur accrue au moment de la naissance. Il s'agit d'une sensation, d'une émotion vécue corporellement, de l'ordre du vertige, de la chute verticale, de l'engloutissement tourbillonnaire, une impression de « perdre pied ». HAAG nous a montré comment l'enfant a besoin d'un appui, comment le dos peut présenter une sécurité. Pour TUSTIN, la chute renvoie à la prise de conscience prématurée donc totalement déstructurante de la séparation corporelle chez le bébé. Chez ce dernier, les manifestations d'angoisse de chute se manifestent dans les agrippements. Les autistes sont forcés de s'accrocher physiquement et sensoriellement à l'autre, à l'objet, ou à eux-mêmes pour ne pas tomber. Ils nous montrent l'intensité des efforts qu'ils déploient pour lutter contre la terreur de la chute. L'autiste est coincé par la terreur de la chute et paradoxalement, il est fasciné par ce trou, ce précipice, ce puits sans fond. Il a l'impression d'un vide sans rien pour se rattraper.

d)- les angoisses liées aux orifices :

Du fait du défaut d'élaboration de la fonction contenant et protectrice de sa peau, de la non-intégration de l'intérieur/extérieur de son corps, et de ses limites corporelles floues, le sujet autiste est ainsi confronté aux craintes d'ouvertures corporelles et s'interroge sur la perte d'éléments internes et l'intrusion d'éléments extérieurs. Il a constamment peur de se vider, de s'écouler, de se liquéfier, de se dissoudre, de se déverser, d'être pénétré, d'imploser ou d'exploser. Il a le sentiment que son enveloppe peut être pénétrée, épluchée, percée, vidée de son contenu. TUSTIN (1986) raconte comment certains enfants autistes parlent de trous pour évoquer l'effondrement qu'ils ont vécu quand ils ont pris conscience de la séparation corporelle avec « le sein ». Ces trous sont source d'angoisses car ces enfants pensent que des choses dures et désagréables de l'extérieur vont pénétrer dans leur corps et que les choses molles et agréables qu'ils ont au-dedans vont s'échapper. Les angoisses de ces enfants existent aussi à propos du fonctionnement de leurs propres orifices. Les autistes peuvent examiner les trous de notre corps ou du leur, dans les murs, ... Notamment, la bouche et les yeux peuvent se révéler être des zones très anxiogènes : refus de manger, évitement du regard. Ces comportements peuvent être liés à une angoisse d'envahissement, d'être pénétré.

Ainsi, les angoisses de corps reflètent la problématique de l'image du corps chez les autistes, la défaillance de leur enveloppe psychocorporelle. Elles mettent principalement en jeu l'intégrité du sujet en tant que personne différenciée, maîtrisant la distinction Soi/non-Soi, intérieur/extérieur. Pour pallier ce manque d'unité corporelle et au risque d'effondrement du Moi qui en découle,

l'enfant autiste met en place différents moyens pour se défendre.

B)- MANIFESTATIONS ET DEFENSES CONTRE LES ANGOISSES CORPORELLES :

Les autistes réagissent par l'impression qu'ils chassent l'angoisse pour continuer à vivre. Ils emploient, pour annuler la conscience de la séparation et apaiser ces angoisses, divers modes de défense qui se traduisent par une perte de contact avec la réalité. Du fait du défaut d'enveloppe psycho-corporelle, l'autiste ne peut contenir ces angoisses. Il est en quête constante d'un objet contenant et sécurisant qui puisse lui permettre de s'éprouver momentanément comme rassemblé. Dans cette pathologie de l'archaïque, la survie corporelle est donc la principale préoccupation.

1)- PERCEPTION DE LEUR ENVIRONNEMENT :

a)- hypersensibilité et démantèlement :

Les autistes ont une capacité exceptionnelle à discriminer l'environnement grâce à leur hypersensibilité aux éléments sensoriels provenant d'eux-mêmes et du monde extérieur. Selon Donald MELTZER, ils utiliseraient un mécanisme de défense primitif nommé « *démantèlement* ». Afin de surmonter le trop de stimulations auxquelles il est soumis, l'autiste utilise ce mécanisme qui annule la capacité d'intégrer et d'unifier les différentes sensations. La perception des caractéristiques sensorielles de l'objet est fragmentée : il exerce sa sensorialité de manière dissociée sur plusieurs objets. L'autiste n'a donc pas de « sens commun », l'objet n'est pas reconnu dans sa globalité, mais de façon partielle.

b)- l'uni ou bidimensionnalité :

L'autiste ne perçoit pas l'épaisseur, l'intérieur. Sa peau n'existe pas comme fermée sur elle-même. Ainsi, toute séparation et toute discontinuité sont reconnues comme un arrachement, un déchirement et renvoient à l'inconnu de la troisième dimension et à la chute dans l'espace. Comme nous l'avons vu, les autistes s'intéressent principalement aux surfaces auxquelles ils peuvent se coller afin d'acquérir un certain sentiment des limites corporelles. Par conséquent, l'enfant autiste aurait tendance à se maintenir dans un espace uni ou bidimensionnel. Il perçoit donc son corps comme une simple surface, sans volume, sans enveloppe possédant un contenu. Le monde ainsi perçu est sans relief, ni volume, il se réduit à une juxtaposition de sensations, un monde plat en deux dimensions qui est pour une part, le résultat d'une absence de dialectique entre objet d'arrière-plan primaire et interpénétration des regards.

c)- l'identification adhésive :

Dans ce monde plat, bidimensionnel, où ni les objets, ni les autres n'ont de relief, la seule identification ne peut qu'être adhésive. MELTZER (1975) parle de cette « *identification adhésive* » qui rend compte d'un collage normal chez le nourrisson, mais pathologique chez les autistes. Ce mécanisme archaïque vise à supprimer toute perception de la séparation entre le Moi et l'objet. BICK préfère parler d' « *identité adhésive* » : l'enfant cherche désespérément à s'agripper à quelque chose, pour ne pas tomber, chuter sans fin. Toutes modifications de l'environnement perturbant l'« adhésivité » de l'enfant avec l'objet, entraîne d'intenses angoisses d'écoulement, de chute. L'identification adhésive assure à l'autiste de pouvoir entretenir lui-même sa continuité d'existence menacée. Ce corps à corps, cette continuité de peau à peau permet de ne pas se répandre ou tomber sans fin. Il semble trouver un appui, une contenance extérieure pour survivre à ces angoisses.

2)- OBJETS ET FORMES AUTISTIQUES :

TUSTIN a démontré que l'investissement de la sensorialité par l'enfant autiste a un aspect défensif contre ses angoisses corporelles d'anéantissement. Pour contrecarrer la menace, il s'accroche à des éléments de sa sensorialité, qui deviennent les « *objets* » et les « *formes autistiques* ». Ces deux mécanismes sont personnels, auto-générés par l'enfant et auto-sensuels c'est-à-dire pourvoyeurs de sensations et d'excitation. L'autiste en fait une activité répétitive et immuable pour se sentir apaisé et réconforté. Il se crée ainsi un contenant artificiel qu'il contrôle totalement et dont il dépend lui-même pour préserver son sentiment d'« exister », mais c'est un contenant hermétique à toutes explorations et communications avec l'extérieur.

a)- les objets autistiques :

Les autistes utilisent des objets, souvent durs, de manière bizarre et ritualisée. Les « *objets autistiques* » ne servent qu'à faire naître des sensations et notamment de dureté. Ces « *sensations-objets* » permettent à l'enfant autiste de se sentir protégé des angoisses corporelles et d'entretenir l'illusion d'une enveloppe. Ces objets sont perçus comme une surface qui se colle à lui, le recouvre entièrement, et faisant partie de son corps. Ils permettent de combler le trou noir laissé par la séparation corporelle et ainsi de la nier, ne pas la penser. Ils annulent ainsi, toute perception du non-Moi. TUSTIN distingue également, les objets autistiques des objets confusionnels, ces derniers étant généralement mous pour créer une enveloppe et n'annulent pas totalement la barrière entre le moi et le non-moi. Les objets autistiques assurent donc la survie corporelle de l'autiste en servant de « bouche-trou ». Il se cramponnerait à ces objets sensoriels pour se protéger d'une « terreur de ne

plus exister ».

b)- les formes autistiques :

Elles correspondent à des sensations que l'enfant autiste se fabrique à partir de substances corporelles molles ou de mouvements corporels et qui ont pour but de l'apaiser. Les autistes privilégient les sensations corporelles de ces formes, qui sont le principal moyen de créer un monde intérieur et extérieur. Ces formes dissimulent également le trou noir et annulent la perception de la séparation corporelle. Elles réconfortent les autistes et apaisent leurs angoisses corporelles en leur procurant un enveloppement et leur donnant une impression d'être.

3)- LES AUTO-AGRIPPEMENTS :

Les auto-agrippements sont des mécanismes de défense primitifs qui assurent les fonctions d'une enveloppe psycho-corporelle défaillante, de manière temporaire, tant que dure la sensation. Le terme « auto » met en évidence le repli sur soi, l'accrochage à son propre corps, sa sensorialité, sa motricité. Dans la pathologie autistique, l'expérience de l'objet contenant n'aurait pas été suffisamment structurante. S'agripper permet de garder la sécurité qu'on les soutient, les tient, qu'ils ne vont pas tomber. S'il lâche, il tombe dans le précipice. Les autistes sont pris au piège dans cet enjeu vital de s'agripper, se cramponner pour survivre corporellement et psychiquement.

a)- les agrippements à l'hypertonie :

L'agrippement à l'hypertonie de la musculature contractée conduit à la formation de la « *seconde peau musculaire* » (E. BICK, 1967). Il permettrait à l'autiste de se sentir unifié et rassemblé dans son corps. L'enfant contracte ses muscles, se raidit, se tend pour colmater les failles dans la continuité de sa peau. La peau devient une « fausse peau », une sécurité, une carapace au-dedans de laquelle l'autiste repose passivement.

L'hyperextension permettrait peut-être de lutter contre le vécu d'effondrement ou apparaîtrait comme une forme archaïque de pare-excitation. Il s'agirait alors de recréer temporairement l'arrière-plan qui n'est pas intériorisé, de se sentir existé et réunifié par contraction des muscles du dos. Cette posture assurerait la fonction de maintenance en procurant un état de cohésion du corps autour de la colonne vertébrale et du psychisme, autour de l'axe interne.

b)- les agrippements kinesthésiques :

Ils concernent toutes rythmies et stéréotypies motrices telles que l'agitation, les balancements, ...

L'agitation est un moyen de ressentir une sorte de dureté de la musculature en maintenant un certain niveau de tension de l'ensemble du corps. S'agiter permettrait de se sentir temporairement unifié, d'avoir une certaine continuité de l'image du corps et de lutter contre les angoisses corporelles. Aussi, le concept de « *prothèses de rassemblement* » (comme les conduites de tassement de la colonne vertébrale, les appuis-dos, les appuis-ventre, la mobilisation de la langue, la prise bimanuelle, ...), développé par BULLINGER, ont valeur de maintien de la continuité d'exister.

c)- l'agrippement sensoriel :

Souvent, les autistes ont des comportements de focalisation, fascination pour un stimulus particulier comme la lumière ou le son. Ces agrippements sont à rapprocher du processus de démantèlement. De plus, les agrippements à la douleur, l'automutilation, permettraient à l'enfant autiste d'éprouver la continuité de sa surface corporelle et de maintenir les limites de son corps. Il s'agit d'une forme d'enveloppe de souffrance palliant la défaillance du Moi-peau.

d)- les agrippements à la pensée ou pseudo-pensée :

Ils consistent à fixer l'attention sur une image mentale ou un scénario imaginaire répétitifs. Ils visent à protéger le Moi des angoisses d'anéantissement en annihilant toute activité de pensée. Cela peut s'apparenter à une « seconde peau intellectuelle ».

e)- les agrippements à l'excitation psychique :

L'excitation psychique est obtenue par une activité mentale ou par une activité corporelle, telle la masturbation compulsive. Le but est la survie du psychisme, de le préserver au moyen de son excitation permanente.

C'est ainsi que l'on peut survivre dans un monde sans espace, ni temps, un monde quasi unidimensionnel, linéaire et infini. L'autiste s'éprouve corporellement pour remédier à son Moi corporel fragile, à son « sentiment continu d'exister » trop précaire. L'autiste se défend de ses angoisses de corps avec les moyens du bord. Ces défenses sont un recours face à la perspective de mort corporéo-psychique. Elles sont à la fois vitales et aliénantes, l'obligeant ainsi à s'enfermer. Les conduites autistiques seraient elles-mêmes responsables de l'arrêt de l'intégration du Moi et du blocage de l'intégration des différentes expériences corporelles nécessaires à la construction de l'image du corps. Les autistes sont donc dans l'incapacité d'accéder à un véritable sentiment continu d'exister. Leur manière d'être au monde pourrait se résumer ainsi : « je sens, donc je suis ».

PARTIE 2 : UNE AVENTURE CLINIQUE

Après cette brève présentation de l'autisme et de sa problématique corporelle, je vais maintenant, tenter de vous retranscrire ma modeste aventure clinique auprès de sujets atteints de troubles autistiques. C'est à partir de deux rencontres que j'ai pu m'approcher d'une compréhension des angoisses de corps et de leur prise en charge en psychomotricité.

I. RENCONTRE AVEC MAX :

A)- LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL :

1)- L'ETABLISSEMENT :

Cette étude clinique a été réalisée au sein d'un Centre Médico-Psychologique du Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il s'agit d'un lieu de consultations et de traitements ambulatoires d'accès libre.

a)- l'admission :

Le C.M.P. est destiné aux bébés, enfants, adolescents, et à leur famille résidant dans l'arrondissement ou scolarisés dans un établissement de l'arrondissement. Suite à un entretien avec le médecin psychiatre, l'enfant est orienté dans différentes prises en charge (psychothérapie, psychomotricité, orthophonie, ...) en fonction de son projet de soins.

b)- les objectifs :

L'objectif principal du C.M.P. est de proposer de **remédier aux difficultés manifestes actuelles** d'un enfant et de **prévenir l'organisation possible à l'âge adulte d'états sévèrement pathologiques**. Il s'agit de déterminer un projet de soins pour chaque enfant et sa famille. Le centre présente également divers objectifs sous-jacents comme :

- la **prévention en santé mentale** : participation à la semaine nationale de santé mentale, interventions dans les collèges, ...
- la **participation à des réseaux de santé** : coordination en santé mentale, collaboration avec des partenaires institutionnels et des associations de patients et d'usagers.

- un département est aussi consacré à l'**enseignement**, et aux **recherches**. Les formations, publications, séminaires, et encadrement de stagiaires font parties intégrantes du travail des équipes.

J'ai eu la chance de pouvoir participer au cours de mon stage, à divers séminaires, notamment sur l'autisme, qui m'ont aidé dans mes recherches et l'élaboration de ce mémoire.

c)- les moyens mis en œuvre :

- la prise en charge au sein de l'institution est avant tout thérapeutique: psychothérapie, orthophonie, psychomotricité, groupes thérapeutiques,...

- les professionnels tentent également de privilégier des relations étroites avec les familles et s'appuient sur un travail en partenariat avec l'école et les collectivités voisines.

d)- l'organisation :

Actuellement, le Centre dispose :

- de **7 équipes pluridisciplinaires** regroupant médecins, psychanalystes, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, assistantes sociales, secrétaires médicales. Chacune de ces équipes s'occupe plus précisément d'un secteur géographique de l'arrondissement.

- d'un **dispositif de soins particuliers** : consultations thérapeutiques, traitement du langage oral et/ou écrit, psychomotricité, psychothérapie pratiquée individuellement par des psychanalystes ou encore en petit groupe d'enfants, psychodrame individuel, consultations familiales et/ou suivi personnalisé des parents.

- des **consultations** s'adressent particulièrement aux bébés et à leurs parents et des traitements précoces parents-bébés peuvent être réalisés.

- d'un **Accueil Thérapeutique à Temps Partiel** qui accueille, trois matinées par semaine, des enfants en âge d'aller en école maternelle présentant des troubles de la personnalité, du comportement et du langage.

- d'un **club du soir** qui accueille des enfants et des adolescents quatre fois par semaine après l'école.

D'autres structures de soins viennent compléter ce dispositif de consultation et de soins ambulatoires : l'hôpital de jour pour adolescents, le Centre Familial d'Action Thérapeutique. Ces structures traitent les enfants dans des conditions qui les séparent le moins possible de leur milieu de vie habituel.

e)- la dynamique d'équipe :

Plusieurs réunions existent afin de dialoguer sur les différents enfants et leur projet de soins :

- une **réunion d'équipe**, une fois par semaine, correspondant à la préparation de synthèse d'un enfant, à des discussions concernant la prise en charge globale d'un patient.

Cette réunion ayant lieu tous les vendredis, j'ai pu y assister et rencontrer ainsi les différents professionnels de l'équipe.

- une **réunion institutionnelle**, une fois par mois, qui traite principalement de l'organisation et des événements relatifs à l'établissement.

2)- LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE :

a)- une reconnaissance de la prise en charge psychomotrice :

Actuellement, le C.M.P. dispose de deux psychomotriciennes à temps partiel. Un des postes a été créé dernièrement (il y a un an). La psychomotricienne a été précisément embauchée en raison de sa formation au bilan sensori-moteur d'André BULLINGER. Mon vécu de stage rapporte donc une approche clinique singulière de la psychomotricité. Cette approche sensori-motrice présente des spécificités que je vais développer succinctement et m'a apporté une vision complémentaire de la psychomotricité à proprement parler.

Lors de mon arrivée, la psychomotricienne a eu quelques difficultés à se faire reconnaître au sein de l'équipe en tant que professionnelle à part entière. J'ai donc pu observer de quelles manières nous pouvons être accueillis et les difficultés que nous pouvons rencontrer pour faire notre place.

b)- particularités de la démarche psychomotrice dans cette institution :

1)- le bilan sensori-moteur :

Le bilan sensori-moteur est un outil novateur et complémentaire des autres démarches cliniques. Il se déroule en présence des parents et est intégralement filmé (le film constitue un outil de travail clinique). Ce bilan est composé d'un **temps d'observation** et de passation de différentes épreuves (pendant une heure et demie environ) où le thérapeute s'adapte au rythme et aux sollicitations de l'enfant, et d'un **temps d'entretien** avec le ou les parents présents (environ une heure). BULLINGER comprend l'enfant grâce aux principaux concepts développementaux (régulation tonique, développement postural, aspects praxiques) et dans son rapport avec ce qu'il nomme les

« *flux sensoriels* » (tactile, visuel, auditif, proprioceptif, ...) qui sont des matériaux privilégiés qui alimentent l'activité psychique. Ces observations constituent, en plus d'une indication d'un niveau de développement, des indices importants pour la compréhension de la dynamique de l'enfant. Le bilan sensori-moteur s'adresse donc à l'enfant dans sa globalité, mettant l'accent sur les dimensions sensori-toniques et tonico-émotionnelles.

Dans une rencontre humanisante, le bilan sensori-moteur vient témoigner de là où l'enfant en est dans son développement, dans son histoire corporelle. Il permet de le situer dans ses compétences et ses points d'appui instrumentaux qui dépendent de son niveau d'intégration sensori-motrice.

2)- un bilan adapté à la problématique autistique :

Tout d'abord, le bilan sensori-moteur est un bilan qui s'adapte au rythme et à la conduite de l'enfant. Les items ne sont pas fixes et s'ajustent en fonction du niveau et de la pathologie. Il s'agit d'un point important en ce qui concerne l'autisme : on connaît la difficulté à rencontrer ces enfants, à créer une relation avec eux, et leur angoisse face à celle-ci.

De plus, les autistes sont dans un fonctionnement très archaïque, ils restent dans le domaine de la sensori-motricité. Le bilan teste, avant tout, les outils dont dispose l'enfant, ses moyens d'action sur son environnement, son organisation. Il s'appuie sur les bases du développement, part de l'archaïque et propose à l'enfant différentes situations de stimulations sensorielles et de motricité dans le cadre d'une rencontre avec un thérapeute.

3)- les outils utilisés :

Le matériel utilisé lors du bilan sensori-moteur se retrouve également, lors des séances de psychomotricité. Il s'agit le plus souvent d'objets attractifs pour l'enfant qui permettent de voir la compréhension, l'utilisation, les actions qu'il est susceptible de développer avec ce matériel. Ces objets ont pour fonction d'alimenter un dialogue avec l'enfant. Je vais donc en présenter quelques-uns, qui reviennent fréquemment dans la prise en charge de Max :

La boîte à boutons : les boutons, variés en couleurs et en formes, développent l'exploration et les coordinations. Leur manipulation permet de multiples stimulations tactiles, auditives et visuelles.

Le plancher : cette planche en bois, avec des rebords, permet de créer un espace, de délimiter un intérieur/extérieur, un dedans/dehors. Max, qui ne possède pas de limites corporelles fiables, a bien investi cet espace qui lui permet de venir s'installer et de jouer ses allers-retours dans la relation. Le plancher est devenu aussi un point de repère spatial ou il peut venir se poser, se stabiliser.

Le panneau texturé : sorte de paravent en carton à carreaux noirs et blancs, a permis dans un premier temps de créer un arrière fond pour Max. Puis, il s'en est peu à peu détaché, l'utilisant

comme outil pour construire une cabane, à l'intérieur de laquelle il se cache.

Le ventilateur : il permet la création d'un flux tactile et visuel sur lequel Max peut s'orienter et choisir une distance. Il crée également, une co-variation sensorielle, c'est-à-dire une alternance entre le chaud et le froid, l'air, ...

La toupie : Max a beaucoup investi cet espace comme un moyen de se cacher dessous, de jouer le dedans et le dehors en relation avec nous. Il s'est aussi approprié la toupie comme repère spatial de la salle. De plus, elle nous a permis de travailler l'enroulement avec Max. Enroulé temporairement dans la toupie, il est contenu, adresse son regard et peut établir un contact, une relation avec nous.

Il est temps, à présent, d'aller à la rencontre de Max et de notre histoire commune autour de sa prise en charge...

B)- PRESENTATION DE MAX :

1)- PREMIERE DESCRIPTION :

Je rencontre Max une fois par semaine au C.M.P., lors d'une prise en charge individuelle en psychomotricité. Max est un petit garçon métis âgé de 3 ans et demi, atteint d'un trouble envahissant du développement de type autistique. Malicieux et séducteur, il n'a pas le langage, mais sait très bien se faire comprendre. Max accroche peu le regard et semble être « dans sa bulle ». Il est sans cesse dans une agitation anxieuse ou enfermé dans des activités stéréotypées. L'interaction et l'échange sont difficiles.

2)- ANAMNESE :

Max est né en décembre 2005. L'accouchement et la grossesse se sont bien déroulés. Enceinte de Max, la mère était très préoccupée par les troubles alimentaires et du sommeil de la sœur aînée (hernie hiatale, reflux). L'accouchement et la grossesse se sont bien déroulés, mais les troubles alimentaires et du sommeil de la sœur aînée ont été source d'anxiété pour la maman. Les difficultés alimentaires de Max ont commencé dès les premiers échanges avec un allaitement impossible. Au biberon, il tète très fort et avec avidité. Aujourd'hui, les repas se passent bien. Max est un gros mangeur avec quelques préférences alimentaires.

Au niveau du développement psychomoteur, aucune difficulté particulière n'est remarquée. Sur le plan médical, Max a eu de nombreuses otites moyennes aiguës, compliquées par des perforations tympaniques. Les parents et le personnel de la crèche ont cru que Max était sourd, ne

répondant pas à l'appel de son prénom, mais le bilan auditif est normal. Tout petit, Max présentait également des reflux gastro-oesophagiens sévères provoquant des troubles du sommeil importants. La pH-métrie, par exploration invasive à 10 mois, a objectivé les reflux gastriques et entraîné un traitement. Une intolérance au lactose a été diagnostiquée depuis, et le traitement a été arrêté. Max semble maintenant faire toutes ses nuits.

Les parents ne se sont pas inquiétés de manière générale pour le développement de leur fils. Monsieur fait remonter les troubles à l'entrée en crèche : Max s'isole, s'agite, accepte difficilement la frustration (colère, peut mordre), a des comportements bizarres (ne fait pas comme les autres enfants, tourne autour de la table, ramasse des miettes de pain, ...). Il est actuellement en moyenne section au sein de la crèche.

Les démarches de soins ont été entreprises par les parents, encouragés par la psychologue de la crèche. En avril 2008, le pédopsychiatre du C.M.P. reçoit Max et ses parents en consultation pour motif d'un retard de langage. Depuis, Max est suivi en psychomotricité deux fois par semaine. Aucun diagnostic n'a été encore établi, mais l'on peut tout de même observer la présence de traits autistiques caractéristiques (stéréotypies, isolement, pas de regard, ...).

3)- CONTEXTE FAMILIAL ET ENVIRONNEMENTAL :

Max est le cadet d'une fratrie de deux : une sœur aînée de 16 mois de plus que lui. La mère est d'origine indienne et est arrivée en France à l'âge de 8 ans. Elle travaille comme documentaliste et dit « porter la culotte » dans le couple. Le père est géologue de formation, et au chômage depuis plusieurs années. Le contexte était donc relativement insécurisant lors de la naissance de Max. La famille vit dans une certaine précarité sociale : ils habitent tous ensemble dans un studio.

La maman raconte que Max l'utilise uniquement comme sécurité, réconfort. Le père semble vite débordé par Max, et sa relation avec lui est très maternelle. Les parents ont aussi beaucoup de difficultés à gérer ses accès de colère.

C)- BILANS ET OBSERVATIONS :

1)- PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES :

Une prise en charge en orthophonie existait courant 2008, à raison de deux fois par semaine en libéral, mais celle-ci a été interrompue en septembre dernier. Adressé par la psychologue de la crèche, Max a été ensuite accueilli au C.M.P. Des rencontres avec le pédopsychiatre et la famille sont organisées tous les mois. Depuis juin 2008, Max suit une prise en charge en psychomotricité,

deux fois par semaine en individuel.

2)- BILAN SENSORI-MOTEUR :

Un bilan sensori-moteur a été effectué en mai 2008 par la psychomotricienne. Ce bilan a été demandé par le pédopsychiatre du C.M.P. et son équipe, afin d'affiner les observations et proposer des orientations de travail thérapeutique. La maman est présente lors du bilan, ainsi qu'une personne pour filmer la situation.

Rythme et vigilance :

Tout au long du bilan, il a peu de temps de pause. Le rythme est calme mais soutenu dans le mouvement. Les interactions sont difficiles. Max a besoin de contrôler la situation, d'aller et venir, d'avoir de l'espace. Mais, lorsqu'une enveloppe lui est proposée, un espace à lui (le plancher, la table), Max arrive à se poser. Cependant, l'échange reste difficile (il tourne le dos, ne regarde pas, ...). Ainsi, lorsqu'il n'est plus sollicité ou que l'environnement devient trop angoissant, il retourne vers ces espaces contenant. Il se fabrique des points d'attache.

Motricité globale :

Max se présente dans une posture en hyper-extension et sa régulation tonique s'effectue par la respiration pneumatique. Cette posture ne favorise pas les croisements de l'axe et l'exploration des objets. Les changements de position sont assez aisés. La marche est hésitante, parfois sur la pointe des pieds, et son équilibre est encore précaire.

Le lien entre le haut et le bas du corps est présent si Max est contenu par un arrière fond.

De plus, l'enroulement n'est possible qu'avec l'aide du gros ballon.

Langage et sphère orale :

Actuellement, Max ne parle pas. Au bout de 15 minutes de bilan, il se met à chantonner avec des lallations. Il n'a pas de tétine, mais garde un bout de tissu qu'il « enfourne » dans sa bouche. La bouche semble faite pour engloutir et le lien spatial main-bouche est absent. Face aux nombreux troubles digestifs et alimentaires de Max, on peut se poser la question des premiers échanges parents/enfants, dans le dialogue tonico-émotionnel.

Instrumentation :

Sa conduite exploratoire est pauvre et son instrumentation est encore fragile et immature : tapote, met dans la bouche, jette, secoue, ...

Dans un premier temps, Max aborde les objets de manière très archaïque : ce sont les sensations que l'objet procure qu'il privilégie au détriment de sa réelle fonction.

Il s'enferme dans des mouvements stéréotypés et se fabrique des flux visuels périphériques et tactiles de chaque côté du corps. Mais, lorsqu'il est soutenu avec un arrière fond, Max peut

davantage s'organiser et avoir de bonnes capacités d'instrumentation. Il présente une bonne coordination bi-manuelle accompagnée d'un bavage soulignant sans doute une fragilité de l'axe corporel et un défaut de coordination des espaces droite-gauche. A la fin du bilan, Max sollicite la main de sa mère pour qu'elle trace sur le papier. Madame parle de « faire-faire ».

Max ressent également le besoin de s'accrocher à des objets, un dans chaque main (des objets durs similaires). Cet agrippement semble le contenir.

Modalités sensorielles :

- **Auditif** : Max a de bonnes réactions d'alerte et d'orientation. Occupé à autre chose, il remarque les sons alentour. Il est donc capable de gérer plusieurs modalités sensorielles en même temps, d'être en double tâche. Max semble être très sensible à la mélodie musicale et vocale (il montre son intérêt pour le moulin à musique et les chansons).

- **Tactile** : Lors du bilan, la maman parle de difficultés à essuyer son fils à la sortie du bain. Il semble agacé lorsqu'elle le touche. De plus, il se dirige vers son père pour les câlins. Cependant, Max ne semble pas présenter d'irritations tactiles et les flux tactiles sont bien gérés (il marche pieds nus sur les boutons et les accepte sur le corps). Le contact corporel reste cependant difficile : Max finit toujours par s'échapper.

- **Visuel** : Max est capable de poursuite visuelle lente et la coordination visuelle périphérique et focale est en place. Mais, il ne regarde pas la source du laser. Il n'y a pas de relation de cause à effet.

D)- CONCLUSION DU BILAN ET PROJET THERAPEUTIQUE :

Dans le cadre de la prise en charge en psychomotricité, il nous semble important, tout d'abord, d'établir une confiance dans notre relation avec Max et ses parents.

Dans un premier temps, notre action s'orientera au niveau postural en favorisant l'enroulement, l'haubanage avant-arrière, et le relâchement de la respiration. Nous pensons que cet enroulement et le relâchement de la tension arrière permettra l'apaisement des reflux et des troubles alimentaires. Quelques séances d'ostéopathie peuvent également aider au relâchement de cette musculature arrière.

Il nous faut aussi penser à canaliser l'agitation anxieuse au moyen de situations contenant et enveloppantes (comme la toupie, la construction de cabane, ...). Le jeu participera aussi à réenclencher le dialogue tonico-émotionnel et permettra à Max de jouer ses allers-retours.

Parallèlement, nous envisagerons de travailler autour de la sphère orale par la désensibilisation des aspects irritatifs au moyen de jeux vocaux et de comptines, car Max est sensible à la musique.

Tout au long de la prise en charge, nous penserons à soutenir et guider Max dans l'exploration de l'espace et l'instrumentation afin de les développer et les enrichir (être dans l'utilisation et la projection et non dans la sensation). L'idée est aussi de construire ensemble, et avec les parents, un projet spatial, de construire l'espace de la salle.

E)- OBSERVATIONS ET ÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE:

Max débute donc, en juin 2008, les séances de psychomotricité, deux fois par semaine en individuel. Il est alors accompagné par son papa, qui reste également pendant la séance.

Je rencontre Max en octobre 2008, en séance individuelle avec la psychomotricienne et son père. Depuis, il s'agit d'un suivi régulier tous les vendredis matins.

Lors de notre première rencontre, je suis frappée par son agitation anxieuse : Max court , s'agite dans tous les sens, il a des difficultés à se poser et n'adresse pas le regard. Max m'impressionne également par sa posture en hyperextension et son agrippement aux objets dans chaque main. Il semble envahi par de fortes angoisses que je n'arrive pas dans un premier temps à identifier.

1)- LES ANGOISSES CORPORELLES DE MAX ET LEUR EVOLUTION :

Pendant le bilan et au début de la prise en charge, Max garde un bout de tissu qu'il porte inévitablement à sa bouche. Il est très difficile de le lui enlever. Ce bout de tissu, qui peut être qualifié d'objet autistique, semble lui procurer des sensations au niveau de son espace oral. Ce comportement me paraît renvoyer aux **angoisses liées aux orifices**, de vidage, de pénétration. En effet, son expérience douloureuse de la zone orale et la disparition de l'expérience de la tétée a provoqué la prise de conscience, trop précoce, de la séparation corporelle d'avec la mère. Max a perdu le « *bouquet de sensations* » excitantes et apaisantes situées au niveau de sa bouche. Du fait de cette perte, cet enfant a l'impression d'avoir un trou là où se trouvaient les sensations. Ainsi, ce bout de tissu semble jouer le rôle de « bouche-trou » au niveau de sa bouche, pour que des substances ne sortent pas ou que d'autres entrent dans son corps. De plus, Max retrouve ainsi, les sensations perdues lors de la séparation.

Aussi, son évitement du regard peut être rapproché de cette angoisse de pénétration. Le fait de regarder dans les yeux peut être vécu de manière très intrusive.

Lorsque je rencontre Max, l'objet autistique « tissu » a disparu de sa prise en charge. Mais, il reste, encore actuellement, dans une exploration très archaïque de l'espace oral et porte volontiers des

objets à sa bouche. Aussi, Max s'arrête parfois au niveau de l'évier pour boire. Il semble alors, se remplir par le « trou-bouche ». Parallèlement, Max arrive peu à peu à poser son regard de manière adressée.

Au début de la prise en charge de Max, je suis frappée par son agitation anxieuse : il semble se désorganiser dans l'espace, en courant frénétiquement en rond, le buste rejeté en arrière, avec les bras en chandelier et deux objets durs identiques dans chaque main. Ces instants me font penser à **l'angoisse de chute sans fin**. Max s'accroche, s'agrippe à ses objets pour ne pas tomber dans le trou, le vide qu'il symbolise, à mon sens, en tournant en rond. Il adopte une posture en hyperextension pour ne pas sombrer dans le puits sans fond. Aussi, pendant les moments autour de l'évier, Max est fasciné par l'écoulement de l'eau et sa disparition dans le trou, ce qui fait, à mon avis, également référence à cette angoisse de chute.

Au fil de la prise en charge, nous avons pu observer la disparition progressive de la posture en hyperextension, ainsi que l'agrippement à ces objets. Max a pu, peu à peu, se séparer de ses attaches sans avoir la crainte de tomber sans fin dans un trou, un vide infini et de ne plus exister.

L'angoisse de perte d'une partie du corps m'est apparue plus tard dans la prise en charge de Max, notamment avec le jeu de la ficelle. Max demande alors, de lui-même la ficelle (en venant prendre mon bras), avec laquelle nous jouons, chacun placé à un bout. Max manifeste alors son contentement en sautant sur place et en vocalisant. La corde me semble recréer le lien rompu lors de la prise de conscience de la séparation corporelle, vécue comme un arrachement d'une partie de son propre corps. Max poursuit le jeu en voulant accrocher les deux bouts de cette ficelle à des meubles de la salle, ou bien, à deux « objets animaux » durs. Cependant, après réflexion, cette angoisse de perte d'une partie du corps me paraît être présente depuis le début de sa prise en charge. Max passait beaucoup de temps à jouer avec les animaux, en prenant soin de regrouper ensemble les animaux identiques. Il finissait très souvent ce jeu en joignant, devant lui, au niveau de son axe corporel, deux animaux identiques. Par ce jeu, Max semble vouloir réunir son corps, ses deux moitiés du corps. Ses deux hémicorps droit et gauche paraissent disjoints et peuvent à tout moment être perdus.

Max a longtemps et continue encore de jouer cette angoisse de perte d'une partie du corps. Mais, il semble également vivre une angoisse moins archaïque, comme l'angoisse de séparation. En effet, depuis peu, il ne supporte pas la fin des séances et celles-ci sont marquées par de fortes colères adressées.

2)- DU CORPS ANGOISSANT AU CORPS SECURITE :

Lorsque je rencontre Max, il me semble être désorganisé au niveau corporel, ce qui ne lui permet pas d'être en relation avec le monde extérieur. Sa prise en charge va alors, s'articuler, au fur et à mesure, autour de la construction de son image du corps.

- **la construction de l'axe corporel et l'équilibre avant-arrière** : Nous avons vu que lors de sa prime enfance, Max a subi de nombreuses intrusions de l'espace oral. Nous pouvons imaginer qu'il n'a pas pu faire l'expérience du plaisir oral lié au nourrissage, ce qui aurait entravé son investissement de cet espace. Les premières relations à l'objet nourricier auraient même plutôt été traumatisantes. La zone orale investie de façon douloureuse n'aurait pas joué son rôle de jonction des différentes parties du corps autour de l'axe médian entravant ainsi l'unification corporelle. Au début, Max manifeste ce défaut d'axe corporel et d'équilibre avant-arrière dans sa posture en hyperextension, et ne peut joindre les mains au niveau de cet axe. De plus, lors de ses manipulations il a une tendance à baver, ce qui signe, également, une fragilité de l'axe corporel. Peu à peu, Max investit l'espace oral en explorant les objets par la bouche comme un tout petit. Il recherche l'instrumentation de cet espace en tétant le biberon et en vocalisant jusqu'à l'émergence du langage (ce sujet sera abordé plus tard). Avec les boutons, il recherche la désirritation de son avant du corps et du dos. Max laisse glisser les boutons sur son ventre, son dos, les côtés de son corps. Il teste petit à petit, les contours, les limites, les espaces de son corps et tisse ainsi son enveloppe corporelle. Il peut à présent s'enrouler, joindre les mains et manipuler devant lui en orientant son regard sur ses manipulations. Max ne présente plus la posture en hyperextension, signe que le déséquilibre entre flexion et extension est atténué. Son axe corporel reste cependant encore fragile, Max ressent toujours le besoin de porter les objets à la bouche (notamment vibratoire pour sentir son squelette), de s'enrouler, et la posture en hyperextension revient lors des moments d'émotion forte.

- **la coordination des espaces droit et gauche** : Au début, comme nous l'avons vu, Max ne peut joindre et manipuler les objets au niveau de son axe. Il ne coordonne pas les espaces gauche et droit, prenant les objets animaux identiques, les plaçant devant lui sur son sternum et les écartant de chaque côté de son corps. Ses deux hémicorps semblent disjoints du fait du défaut de son axe corporel. Il joue cette disjonction en collant les objets identiques entre eux et en les séparant. Peu à peu, Max unifie ses espaces gauche et droit en manipulant les boutons, croisant son axe, et en passant les objets d'une main à l'autre. A présent, malgré une plus grande agilité à manipuler, sa coordination gauche-droite reste encore fragile.

- **l'investissement du bas du corps** : Au début, Max présente un investissement du bas du corps très faible. Il adopte une posture en W qui ne permet pas cet investissement. De plus ses membres

inférieurs sont assez hypotoniques, et sont, maintenant, source d'irritations tactiles (surtout ses pieds) : il ne supporte pas qu'on lui touche les pieds, ne peut marcher pieds nus sur les boutons. Progressivement, Max fait du lien entre le haut et le bas de son corps. Des irritations tactiles sont apparues, mais il explore de lui-même ses jambes, ses pieds, notamment avec les boutons. Il met du tonus dans ses membres inférieurs, recherche davantage l'ancrage dans le sol en sautant sur place. Max continue d'investir le bas de son corps, recherche les jeux de parcours où il peut sauter sur des coussins, grimper sur des structures en mousse.

- **de l'espace contenant au repère spatial** : Nous nous apercevons très vite que Max a besoin d'un espace contenant dans lequel il peut se rassembler et être contenu corporellement. Nous lui offrons donc des lieux réservés à cet effet : la toupie et le plancher qui sont comme des maisons. Peu à peu, il s'en saisit et les investit seul. Il joue des « allers-retours » dans la relation autour de ces espaces, sortant lorsqu'il ressent le besoin d'être seul, « partant faire un petit tour » comme nous disons. Max manifeste un grand intérêt à se cacher dans des « cabanes » (se blottit sous la table, la chaise, la toupie ...), ce qui me semble être un moyen de se sentir contenu corporellement, de délimiter les contours de son corps. Il ne s'agit pas pour lui de pénétrer à l'intérieur de l'objet (perception en deux dimensions), mais plutôt d'être protégé du non-Moi étranger. A son initiative, des jeux s'installent autour de ces lieux : Max se cache dans la toupie (joue à la tortue), se déplace sous celle-ci, laisse dépasser ses pieds, ses mains que nous jouons à attraper (jeu de dedans-dehors). A travers ces endroits mis à sa disposition, Max s'organise, explore, structure progressivement l'espace. Il manifeste toujours le besoin de revenir à ces lieux contenant et à ses objets autistiques, car il tend à se désorganiser dans les autres espaces.

- **d'un corps carapace au corps relation et communication** : Au début de sa prise en charge, Max présente une hypertonie de sa musculature et est très agité. Peu à peu, cette véritable « cuirasse tactile » s'estompe et laisse place à une régulation tonique plus adaptée dans la relation. Max aime à s'envelopper dans des tapis durs, se recouvrir entièrement. Ces comportements me font penser à « *l'état autistique à carapace globale* » développé par TUSTIN. Il se construit ainsi, une véritable tanière, une coquille dans laquelle il annule le non-Moi. Au début, Max s'enfermait dans sa coquille et les tentatives que nous développions pour entrer en relation étaient vécues comme intrusives : il rejetait nos mains hors de la toupie. Mais, progressivement, nous avons pu mettre en place un échange autour de cette carapace qui s'ouvrait au monde extérieur : jeu avec les animaux dedans-dehors, échange d'objets.

De plus, Max s'est présenté comme un petit garçon vocalisant seulement quelques sons. Au fil de la prise en charge, Max a commencé à prononcer des mots, puis des phrases. Un suivi en orthophonie

a alors été demandé et a débuté depuis le mois de février 2009. Cependant, l'émergence du langage n'a pas, encore, tout à fait valeur de communication. Max peut cependant dire « non » et manifester son mécontentement de manière adressée et différente selon les personnes, par des cris, des pleurs. Parallèlement, dans la fuite du contact corporel, Max ne supportait pas d'être attrapé, il criait et se défendait. Il circulait dans la salle en passant frénétiquement d'une « activité » à une autre. Max arrive aujourd'hui, davantage à se poser et accepte mieux d'être approché et de travailler en corps à corps, peau à peau. Il recherche à présent le contact, mais reste dans la maîtrise de celui-ci et les irritations tactiles persistent. Il fait appel à l'autre lorsqu'il veut quelque chose : il vient prendre mon bras pour ouvrir le placard (activité de faire-faire). Max semble vouloir faire seul au maximum, sans que l'autre, ne soit là, il casse, annule tout ce que l'autre propose, il nie son existence. Cela peut expliquer le fait qu'il supporte difficilement la frustration, l'autre le ramenant à la perception traumatisante de la séparation corporelle.

Aussi, Max présentait un regard fuyant et évitant. Il est, aujourd'hui, plus dans le regard, la relation et l'instrumentation est en voie de développement. Il fait preuve de beaucoup plus d'initiative de jeux, s'intéresse aux objets et à leurs fonctions, les investit, et nous observons avec enchantement un début de jeu symbolique : faire semblant de dormir avec imitations des ronflements.

Actuellement, Max continue de se construire corporellement...

II. RENCONTRE AVEC SAM :

Avant tout, je tiens à vous signaler que Sam, par la prégnance de ses angoisses corporelles, a été la personne qui m'a inspiré le thème de mon mémoire. En effet, ses angoisses de corps se révélaient de façon extrême lors des séances. Il s'enfermait frénétiquement dans ses stéréotypies, tournant inlassablement dans le vide, s'isolant et s'enfermant sur lui-même ...

A)- LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL :

La deuxième étude clinique que je vais maintenant vous présenter a pour lieu un Institut Médico-Educatif (IME) accueillant des enfants et adolescents autistes âgés de 4 à 20 ans. Créé en 1996, l'établissement dépend d'une association mise en place par des parents d'enfants autistes et des professionnels.

1)- L'ASSOCIATION :

Cette association est dirigée par **un conseil d'administration** qui assure la responsabilité

financière et contrôle les grandes orientations du projet pédagogique. Elle est assistée d'**un conseil scientifique** qui définit les axes de recherche ainsi que les orientations pédagogiques et thérapeutiques et valide les actions sur le plan éducatif. Ce conseil est constitué des cadres de l'établissement, de membres de l'association, d'un inspecteur de l'éducation nationale, de représentants de l'intersecteur de psychiatrie, de médecins psychiatres, de phoniatres et de psychanalystes.

2)- L'ETABLISSEMENT :

Il s'agit donc d'un I.M.E., structure innovante car destinée à accueillir des enfants et adolescents, présentant des syndromes autistiques, c'est-à-dire des troubles sévères et envahissants du développement et de la communication.

a)- l'admission :

L'admission nécessite un entretien médical avec la famille, une évaluation médico-psychologique, l'accord de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et une période d'évaluation dans la structure d'environ 2 semaines.

b)- les objectifs :

L'IME se fixe les objectifs suivants:

- de restaurer la capacité de communication et lever le plus possible les troubles liés à la problématique de chaque enfant et de chaque adolescent.
- de permettre et de favoriser au maximum l'intégration des enfants et des adolescents autistes ou présentant des troubles graves de la communication.

c)- les moyens mis en place :

La prise en charge au sein de l'IME se place à trois niveaux: éducative, pédagogique et thérapeutique. Ce travail se fait en partenariat avec l'école, les collectivités voisines, la famille, l'intersecteur pédopsychiatrique et le secteur adulte.

L'équipe **éducative** est constituée d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs de jeunes enfants, de moniteurs éducateurs, et d'aide médico-psychologique. Nous observons l'utilisation de méthodes multiples comme les méthodes éducatives TEACCH et Montessori.

Le domaine **pédagogique** est assuré par des instituteurs spécialisés.

Les psychomotriciennes, l'orthophoniste, les psychologues, et l'infirmière constituent l'équipe

paramédicale.

Enfin, au niveau **médical**, nous observons la présence d'un médecin psychiatre.

Ces différents niveaux de prise en charge sont articulés autour du projet personnalisé ou individualisé des enfants et adolescents.

d)- l'organisation :

L'institution est divisée en **deux unités**: une unité enfant et une unité adolescent. Chaque unité est supervisée par un psychologue. Trois groupes par unité se sont créés, avec des projets spécifiques. Du lundi au vendredi, les enfants et adolescents sont accueillis au sein de leur groupe de référence avec des éducateurs fixes. Leur journée est rythmée par des ateliers à thème et différentes prises en charge thérapeutiques en fonction du projet individualisé.

e)- les relations avec les parents :

Le projet personnalisé est défini dans une dynamique de partenariat avec la famille.

Deux fois par an, les principaux intervenants autour de l'enfant et ses parents se réunissent pour une synthèse de la prise en charge. Ces rencontres permettent d'exposer les différents projets, d'échanger avec les parents autour de l'évolution de leur enfant et de proposer d'éventuels réajustements.

J'ai pu durant ce stage assister aux rencontres avec les parents des jeunes que je suivais en prise en charge. Ces entretiens m'ont permis d'avoir une meilleure connaissance du jeune en question et d'observer le travail avec la famille.

Entre une fois par mois et une fois par trimestre selon les disponibilités, il est organisé des entretiens familiaux avec un psychologue pour faire du lien avec la dynamique familiale, entre un comportement et son contexte d'apparition.

f)- la dynamique d'équipe :

De nombreux temps de réunion ont lieu chaque semaine :

- une **réunion institutionnelle** par unité concernant l'organisation de la semaine.
- une **réunion clinique** par unité préparant la synthèse de la prise en charge globale d'un patient.
- des **réunions de réflexion** autour d'une médiation (pack, snoezelen, ...) regroupant les intervenants de la médiation.
- un **groupe ouvert** où tout sujet (notamment le travail de la relation transférentielle) peut être abordé et où tous professionnels sont invités à participer.

- une **réunion institutionnelle** où les deux unités sont présentes, dans laquelle sont abordées les questions d'organisation de l'établissement.

- des **réunions de supervision d'équipe** : un superviseur extérieur intervient de façon ponctuelle ou régulière pour aider à la réflexion sur les questions que pose la prise en charge des patients.

Au cours de mon stage, j'ai eu la chance de pouvoir participer à la plupart de ces réunions qui participent à la cohésion de l'équipe et permettent des échanges pluridisciplinaires riches.

3)- LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE :

a)- une reconnaissance de la prise en charge psychomotrice :

La psychomotricité a une place importante au sein de l'I.M.E.. La grande majorité des enfants et adolescents bénéficient d'une prise en charge psychomotrice, voire plusieurs, avec différentes médiations, et ce dans le but de pouvoir répondre au mieux à leur problématique personnelle. Les psychomotriciennes participent pleinement à la dynamique de travail, aux réunions et aux synthèses. Chaque prise en charge est effectuée sous prescription médicale du médecin psychiatre.

J'ai en effet ressenti une confiance de l'institution par rapport à la psychomotricité, faisant partie intégrante de la prise en charge des patients. Les psychomotriciennes sont écoutées et reconnues comme de véritables professionnelles, et leur avis est particulièrement sollicité.

b)- de nombreuses médiations :

Diverses médiations sont proposées au sein de l'I.M.E. afin de répondre au mieux aux problématiques des enfants et adolescents autistes. La plupart des prises en charge s'effectuent en collaboration avec des membres de l'équipe éducative ou paramédicale.

Ma présence le lundi me permet de participer à des séances individuelles en pack, en pataugeoire et à un groupe « théâtre », en partenariat avec différents professionnels. Je vais donc présenter principalement les médiations auxquelles je participe et celles concernant le cas clinique exposé.

- la **prise en charge individuelle** : elle se déroule dans la salle de psychomotricité. Le plus souvent, elle se base sur les activités spontanées du patient au travers du jeu. En lien avec le projet thérapeutique, le psychomotricien aide l'enfant à construire son Moi corporel et psychique et tente de mettre en place un espace de communication.

- la **pataugeoire** : cette médiation s'effectue dans une salle avec un petit bassin, un tuyau de douche, un miroir et des objets symboliques. Elle permet de travailler autour de la construction des limites psycho-corporelles, l'exploration sensori-motrice et la manipulation soutenue par l'eau dans

sa qualité de contenance.

- le **pack** : cette technique de soin est développée plus loin dans le mémoire (projet thérapeutique de Sam et dans la partie discussion C)-1)-b)- l'enveloppement).

- le **groupe « théâtre »** : le projet et les objectifs du groupe « théâtre » sont développés de manière importante dans la prise en charge de Sam. J'expliquerai également plus loin les difficultés face auxquelles nous nous sommes retrouvés lors de cette prise en charge.

D'autres médiations sont proposées telles que le bain thérapeutique, l'escalade, l'équithérapie, ... que je ne ferais que citer ici.

c)- particularités de la démarche psychomotrice dans cette institution :

1)- un bilan particulier :

Au sein de l'I.M.E., le bilan psychomoteur n'est pas effectué de manière classique par les psychomotriciennes. En effet, les troubles du comportement, le refus de la relation que présentent les sujets autistes, ne permettent généralement pas d'effectuer les tests ou épreuves habituels. L'investigation psychomotrice est alors, essentiellement basée sur l'observation de l'activité spontanée et du corps en relation. Cette observation est largement inspirée de la « grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » (HAAG et al., 1995).

Cette grille, qui comporte une lecture psychomotrice du corps, permet de situer l'enfant autiste dans sa pathologie et dans sa construction. Les informations recueillies permettent l'élaboration d'un projet thérapeutique qui sera discuté en équipe, et validé ou non par le médecin psychiatre.

2)- présentation de la grille :

Une équipe de psychanalystes d'enfants dirigée par le D. G. HAAG, a mis au point une grille, précédemment citée, qui propose une lecture psychodynamique de la structure autistique. Elle permet de repérer des étapes d'évolution de la pathologie autistique en se référant à la genèse du Moi corporel : l'autisme à proprement parler, la récupération des premières enveloppes, la phase symbiotique avec le clivage vertical et horizontal de l'image du corps et l'individuation-séparation. A chaque étape, on observe l'état de l'image du corps, les symptômes autistiques, les manifestations émotionnelles et relationnelles, le regard, l'exploration de l'espace et des objets, le langage, le graphisme, et le repérage temporel, ...

Cette grille est donc essentiellement basée sur l'observation spontanée et le comportement du patient autiste. Elle permet de noter au maximum, toutes ses expériences corporelles et les

différents problèmes portant sur son image du corps. Ces éléments d'observation se trouvent très utiles pour le psychomotricien puisqu'il s'agit d'une lecture du corps et des comportements abordant des notions psychomotrices. De plus, cette grille, dans sa composante évolutive, permet de situer l'enfant dans sa construction psycho-corporelle.

Au cours de mon stage, cette grille (située en annexes) m'a permis de faire des liens entre les observations psychomotrices et la théorie psychanalytique et ainsi de m'offrir une meilleure compréhension des phénomènes psychiques et corporels des sujets autistes.

B)- PRESENTATION DE SAM :

1)- PREMIERE DESCRIPTION :

Je rencontre Sam une fois par semaine à l'I.M.E., lors d'une prise en charge de psychomotricité en théâtre avec quatre autres adolescents. Sam est un adolescent âgé de 13 ans d'origine magrébine, atteint du syndrome de l'X fragile. Dynamique et souriant, il présente un strabisme et une hyperlaxité. Sam n'a pas le langage, mais vocalise beaucoup. Il manifeste de nombreuses stéréotypies (émiette des matériaux, crache sa salive, sent ses odeurs, ...) et semble très angoissé (agitation anxieuse quasi-permanente).

2)- ANAMNESE :

Sam est né en juin 1995 d'une grossesse non désirée. Un avortement est évoqué, mais abandonné lorsque les parents ont su que c'était un garçon.

Lors de la première année de vie, Sam présente un développement psychomoteur normal. Mais, à l'âge de 2 ans, ses parents s'inquiètent d'une régression et décident alors de consulter en pédopsychiatrie du fait du retard global de développement avec absence de langage, du retrait et de l'agitation psychomotrice.

Le diagnostic d'autisme infantile est alors posé et le bilan neuropédiatrique effectué (EEG, scanner, analyses génétiques) a révélé un syndrome de l'X fragile.

Cette première consultation a permis le démarrage des soins spécialisés accompagnés d'un traitement médicamenteux (neuroleptique).

Après 3 ans de prise en charge au Centre Thérapeutique de la Petite Enfance, Sam a été en hôpital de jour de janvier 2002 à mai 2008. Il a alors bénéficié de prises en charge thérapeutiques (notamment psychomotricité, packs, et orthophonie).

Accueilli en juillet 2008 à l'I.M.E., Sam poursuit actuellement une prise en charge en psychomotricité dans un groupe théâtre et en pack.

3)- CONTEXTE FAMILIAL ET ENVIRONNEMENTAL :

La famille est d'origine algérienne, venue en France en urgence dans un contexte d'émigration politique en 1989. Sam est le benjamin d'une fratrie de quatre enfants : deux sœurs plus âgées (18 et 15 ans) et un premier enfant décédé à 9 mois suite à une méningite infectieuse. Le père a un poste de journaliste et la mère a arrêté de travailler pour s'occuper de Sam.

Sa mère dit agir avec lui comme avec un bébé et entretenir une relation fusionnelle.

La dynamique familiale a été particulièrement malmenée par les troubles de Sam. En effet, les relations conjugales sont perturbées et les parents présentent des problèmes de santé en lien avec les conflits familiaux et le stress. De plus, la sœur aînée a été prise en charge dernièrement dans le secteur pour décompensation dépressive.

C)- BILANS ET OBSERVATIONS :

1)- PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES :

a)- évaluation pédagogique :

Sam vient sur deux temps de pédagogie d'une demi-heure en individuel. Cette prise en charge est destinée à l'apprentissage du graphisme et autres activités manuelles. L'adolescent a besoin de l'adulte pour maintenir son attention, mais il a une excellente compréhension des consignes et sait se faire comprendre (prend la main de l'adulte,...). Il manifeste son envie d'apprendre, mais a besoin de se rassurer.

b)- évaluation éducative :

Sam est accueilli dans un groupe avec 4 autres adolescents. L'aménagement d'un cadre contenant et sécurisant permet à Sam de se concentrer sur les apprentissages. Un travail au bureau délimite un espace propre qui le contient et le sécurise. Du fait de ses comportements masturbatoires, un groupe de parole « corps et sexualité » avec le psychologue a été aussi proposé à Sam (notion de privé/public, canaliser sa sexualité). Il est aussi prévu un travail de communication avec des pictogrammes (notamment par rapport aux interdits), ainsi qu'un repas thérapeutique une fois par semaine en raison de ses troubles de l'alimentation (tendance à se remplir, très sélectif).

2)- BILAN PSYCHOMOTEUR :

L'évaluation psychomotrice de Sam a été effectuée en juillet 2008 à l'I.M.E., au cours de deux séances de 30-45 minutes. Compte tenu des troubles de Sam, cette évaluation s'appuie donc sur un bilan d'observation réalisée au moyen de la grille de Geneviève HAAG.

Expression émotionnelle et relationnelle :

Sam semble envahi par de fortes angoisses de corps qu'il tente de contenir par une agitation et une quête d'éprouvés corporels.

Lors des échanges, Sam ressent constamment le besoin de se rassurer avec ses odeurs ou de s'accrocher à son sexe. Cette recherche de sensations tend à l'isoler du monde extérieur. Cependant, si le corps est contenu, il peut être dans la relation.

La relation tonico-émotionnelle est caractérisée par une alternance entre une hypertonie dans la relation à distance, et une hypotonie, un effondrement lors des contacts trop proches (il se confond dans l'autre). Cela révèle un mauvais ajustement tonique et une difficulté dans la distance relationnelle.

Sam paraît vite débordé par ses émotions : la frustration et la satisfaction sont source de débordements corporels (agitation, cris). Il cherche alors à se rassembler (stéréotypies « d'auto agrippement » ramassés sur son axe, pressions effectuées sur son corps, celui de l'autre). Sam peut être aussi perméable aux états émotionnels ambiants et très vite se laisser contaminer.

Ainsi, Sam étant encore trop envahi par ses propres angoisses de corps, ne peut se rendre suffisamment disponible dans la relation à l'autre.

Regard :

En général fuyant et évitant, son regard devient très pénétrant lors des moments de provocation. Le strabisme semble aider à la recherche de sensations et à l'évitement.

Exploration de l'espace et des objets :

Sam semble se repérer et investit tout l'espace. Dans les grands espaces, il semble perdre la conscience de ses limites et enveloppe corporelles : Sam s'agite et déambule de façon rythmée avec des sons et mouvements d'ancrage au sol à forte résonance vibratoire (ressentir son axe). Mais, dans un espace bien délimité, donc plus contenant, lui offrant une enveloppe de substitution, il s'apaise. Sam cherche, de préférence, des objets susceptibles de lui procurer des éprouvés de corps de types vibratoires (il saute sur le gros ballon, ...). Il semble qu'il ait besoin de ressentir son corps en permanence, d'éprouver des sensations profondes. Il montre aussi un intérêt particulier pour la présence/absence des objets (les fait disparaître et réapparaître).

Lors du découpage, calme et concentré, Sam montre une grande dextérité et de très bonnes

capacités de coordinations oculo-manuelles. Les gestes sont fins, précis et accompagnés du regard. Ces activités manuelles semblent le contenir et faire fonction d'enveloppe, mais aucun sens ne paraît être donné à la réalisation.

Image du corps :

La manipulation des objets, tout comme cette quête constante d'éprouvés corporels signent, chez Sam, une image du corps fragile, des limites corporelles peu fiables.

L'agitation anxieuse semble montrer un besoin de sentir son corps pour conserver un sentiment continu d'exister. Sam serait donc aux prises de fortes angoisses liées au défaut de construction de son image du corps : l'axe corporel et l'enveloppe corporelle. Ainsi, il lutterait contre des peurs paniques de se morceler ou de se répandre...

D)- CONCLUSION DU BILAN ET PROJET THERAPEUTIQUE :

Suite à ces observations, il nous semble important de travailler la construction d'une image du corps fiable et solide (enveloppe et axe corporel), pour apaiser ses angoisses et ainsi le rendre plus disponible aux échanges. Sam doit apprendre à vivre et habiter son corps sans angoisse.

Par rapport à sa problématique corporelle, des **séances individuelle de pack**, une fois par semaine, ont été proposées à Sam. Celles-ci ont pour but de lui offrir de multiples éprouvés corporels, dans un cadre contenant et sécurisant, afin qu'il fasse sens et participe à l'élaboration de son image du corps. Trois soignantes (une aide médico-psychologique, une monitrice éducatrice, et la psychomotricienne) sont présentes pour accompagner Sam dans son expérience de corps ; elles commentent et étayent le vécu corporel et émotionnel de ce dernier. Cette verbalisation du ressenti participe à la création d'un sentiment de sécurité au niveau du corps et favorise l'apaisement des angoisses corporelles de Sam. L'indication de prise en charge en packing a été posée en équipe, par le médecin psychiatre. Le suivi débute alors, après un entretien avec les parents de Sam, où le cadre, les modalités et les objectifs précis des séances de pack leur sont présentés.

Parallèlement et en complémentarité, Sam participe depuis septembre, à un **groupe « théâtre »** à un rythme hebdomadaire avec quatre autres adolescents. La description du groupe et du projet de prise en charge est présentée plus loin. En ce qui concerne Sam, il s'agira, **dans un premier temps** de trouver la bonne distance pour entrer en relation avec lui, à l'aide d'objets faisant tiers et lui offrant une contenance, une enveloppe.

Dans un deuxième temps, nous tenterons de canaliser ses débordements corporels au moyen du

jeu, de l'imitation, et des mimiques faciales, afin d'accéder à une expression émotionnelle adaptée, la finalité étant, pour Sam, d'accéder au symbolisme.

E)- OBSERVATIONS ET ÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE:

1)- LE GROUPE « THEATRE » :

a)- présentation du groupe et du projet :

Le groupe théâtre est actuellement constitué de cinq adolescents présentant des troubles du comportement et de la relation. Il est encadré par une monitrice-éducatrice, une psychomotricienne, un stagiaire psychologue et moi-même.

L'objectif de cette prise en charge est avant tout, d'offrir aux patients un espace pour mettre en scène leurs angoisses, leurs préoccupations, de les déverser au moyen de leur propre corps ou du matériel mis à disposition. La psychomotricienne doit alors observer, décrypter les manifestations corporelles et les mettre en sens pour le patient. Cette lecture du corps participe ainsi, à la construction de l'image du corps.

De plus, les séances en groupe théâtre ont pour but de créer un espace de communication en travaillant la distance relationnelle et en structurant l'espace propre de chacun au moyen de médiateurs (les objets, les histoires contées, ...). Il s'agit également d'enrichir les capacités d'expression des adolescents, et de les amener à comprendre, donner du sens aux expressions émotionnelles d'autrui. Ils sont invités à exprimer, de manière adaptée, leurs ressentis, leurs émotions par le biais du jeu, de l'imitation, et de la théâtralisation.

b)- mon vécu des premières séances :

J'ai été tout de suite frappée par l'angoisse massive de Sam et comme contaminée par celle-ci. Je vivais les séances du groupe « théâtre » dans une atmosphère d'insécurité et je ne pouvais mettre des mots sur mon ressenti. J'étais envahie par un sentiment d'incapacité et d'incompétence. J'étais dans l'incompréhension et désorientée par cette prise en charge. Après discussion avec mon maître de stage, je me suis rendue compte que mon désarroi était partagé. Nos réflexions étaient vides, nos pensées tournaient inlassablement en rond comme emportées dans un tourbillon autistique. Les adolescents ne nous renvoyaient-ils pas leurs propres désorientations et angoisses ? N'est-ce pas le piège du travail avec les sujets autistes ?

Nous n'arrivions pas à canaliser les débordements corporels et émotionnels de Sam, totalement impuissantes face à son angoisse extrême. Ainsi, les adolescents et en particulier Sam, nous ont

révélé nos difficultés à contenir, à accueillir leurs angoisses par la mise en scène corporelle de leur désarroi. La présence d'un tiers s'est alors, avérée nécessaire et dans ce cas il s'agit de l'équipe institutionnelle.

c)- interrogation sur la prise en charge:

Lors d'une réunion en groupe ouvert en janvier, la question de cette prise en charge s'est posée. Le psychologue a alors joué le rôle de tiers et a apporté ses lumières face à nos difficultés et nos souffrances. Cette réunion nous a permis de prendre du recul sur ce que nous vivions au sein de cette prise en charge et de nous rendre compte du contre-transfert émotionnel. Les jeunes nous renvoyaient leur propre problématique. Nous avons le sentiment d'être ni contenant, ni contenus, le cadre de la prise en charge était mis à mal. De ce fait, nous nous sentions obligées d'agir sans tenir compte de ce qui se passait réellement afin de pallier ce manque de maintien et de contenance. Il nous a alors paru important de retravailler notre accompagnement des jeunes dans cette prise en charge. Il s'agit maintenant de les laisser s'exprimer librement et choisir leur place dans le groupe sans gêner l'autre, de jouer ensemble, chacun avec son propre corps. Avec chacun leur compétence, les thérapeutes se sont tout d'abord, attachées à observer ce qui se jouait dans les séances. Pour les psychomotriciens, il s'agit d'être attentif à la lecture du corps, des angoisses corporelles. L'apparition des productions archaïques doit être encouragée et va pouvoir être travaillée par leur mise en scène et théâtralisation. Accueillir ces productions archaïques et les retranscrire, verbaliser notre ressenti pour donner du sens constituent notre action. Les jeunes peuvent alors intégrer, mettre en sens ce qu'ils vivent ou ressentent. Cette action les perméabilise aux échanges et permet de mettre des mots sur leurs angoisses. Théâtraliser, et même à outrance avec ce type d'enfants, s'avère nécessaire afin d'identifier, de nommer, et de contenir leurs angoisses ; l'objectif étant d'enrichir et d'adapter au plus près du code social, les expressions qu'ils sont déjà capables de livrer, mais aussi, de travailler avec eux leurs inquiétudes et état émotionnel du moment.

Depuis l'analyse de notre contre-transfert émotionnel grâce à l'intervention d'un tiers, les séances se passent beaucoup mieux, les jeunes semblent davantage apaisés et à l'écoute de nos sollicitations. Peut-être est-ce nous qui sommes aujourd'hui, plus disponibles ?

d)- description d'une séance type :

La prise en charge s'effectue dans une salle ayant à disposition une table, un canapé, des chaises et un tapis afin que chacun trouve sa place, son espace. Dès leur entrée dans la pièce, les adolescents sont invités à s'installer où ils veulent, autour du tapis (repéré comme espace de rencontre), et à

enlever leurs chaussures (cette idée est partie du fait que Sam se mettait systématiquement pieds nus dès son arrivée sur le groupe). Puis, chaque protagoniste frappe trois fois sur le djembé, son prénom et sa personne étant nommés et désignés du doigt par l'ensemble du groupe. Ce moment signe le début du théâtre. Nous en profitons également pour prendre des nouvelles de chacun et signaler les éventuels absents afin de travailler la permanence du lien (pas de disparition, ...).

La séance se poursuit par la mise à disposition de marionnettes, de personnages, de livres ou bien d'une histoire contée sur bande audio. Les jeunes sont sollicités à prendre un objet de leur choix et à mettre en scène leurs ressentis et émotions. Ainsi, ils ont la possibilité de déposer leurs angoisses qui sont accueillies et mises en sens par les encadrants. Il s'agit de travailler leurs capacités d'expression en mimant les scénettes choisies, le plus souvent, pour leur résonance avec leurs supposées préoccupations. Les professionnels encouragent et soutiennent les adolescents pour qu'ils jouent (en imitation ou spontanément) la scénette et adaptent leur intonation de voix, leurs postures, attitudes, gestuelles, mimiques faciales à la situation contée dans l'histoire. Nous rebondissons sur les comportements et réactions que les jeunes peuvent nous montrer, et tentons d'y mettre du sens. Le temps de théâtre est clôturé par le même exercice qu'au début avec le djembé. Nous demandons aux jeunes de remettre leurs chaussures et les invitons à venir s'asseoir à la table pour manipuler la pâte à modeler. Ce temps est un retour au calme, un recentrage sur soi, et un moyen de canaliser des éventuels débordements liés au groupe, ou de s'exprimer autrement, si cela n'a pas été possible pendant le temps du théâtre. Il est souvent très impressionnant de voir le calme qui règne lors de ce moment qui clôture la séance.

2)- LA PLACE ET L'EVOLUTION DE SAM AU SEIN DU GROUPE :

Lorsque je rencontre Sam, je suis happée par ses stéréotypies qui me font ressentir l'angoisse extrême dans laquelle il vit. Toutes ses stéréotypies me font penser à des angoisses corporelles que je vais vous présenter et donner l'illustration de leur évolution.

a)- les angoisses corporelles de Sam et leur évolution:

Au début, Sam manifestait dès son entrée dans la salle une forte agitation et des stéréotypies : il cherchait à effriter, à couper en petits morceaux des matières qu'il trouvait sur son passage (cheveux des marionnettes, tapis, pâte à modeler, ...) et restait fasciné par son action. Ce comportement m'a tout de suite interrogée et m'a fait penser à l'**angoisse de morcellement**. Il se saisit alors des « objets-substances » uniquement pour émietter, morceler. Cette « activité » est devenue moins systématique lors des séances. Mais, encore maintenant, dans les moments où il

n'est pas contenu ou lorsqu'il n'est pas sollicité, Sam ne peut s'empêcher de la pratiquer.

Lors des premières séances avec Sam, deux autres comportements m'interpellent : s'il n'émet pas des matières, Sam crache systématiquement sa salive, ou sent ses odeurs comme pour vérifier (au niveau des pieds, du nez, met la main dans le pantalon au niveau de son sexe et de son anus, pète). Ces comportements, en lien avec les orifices du corps qui produisent des substances corporelles, posent le problème du contenant et des failles de la peau. Sam semble être envahi par des **angoisses liées aux orifices**. Par ces comportements, il paraît mettre en scène la crainte de perdre des substances par les trous de son propre corps. De plus, il est impossible pour Sam de fixer le regard qui accuse, par son angoisse de pénétration, de vidage, un strabisme.

Les stéréotypies où il sent ses odeurs pour se rassurer, ont pratiquement disparu lors des séances de théâtre. En revanche, celle du crachat est toujours présente, même si elle s'est atténuée. Aussi, la production de salive semble être pour Sam, une production de formes à partir d'une substance corporelle (cf. TUSTIN). Sa salive lui permet de ressentir son corps contenant des matières, avec un intérieur et un extérieur, et de lui créer ainsi, une enveloppe. Sam arrive également, à davantage poser son regard, temporairement, lors des moments d'échanges et de sollicitations.

Sa stéréotypie du crachat m'a également fait penser à une autre **angoisse**, celle de **la chute sans fin**. Pour effectuer ce comportement autistique, Sam se place, systématiquement, debout et regarde avec fascination la chute de sa salive, l'écoulement de la matière, le filet qui se dessine. Il ne crache pas à proprement parler, mais lâche plutôt d'en haut la substance. Il me semble que par ce comportement corporel, Sam nous montre l'intensité de cette angoisse. De même, lors de ses stéréotypies d'émiettement, il regarde tomber les morceaux déchiquetés. Il s'agrippe à ses comportements, sources de sensation, de stimulations visuelles, auditives et olfactives, pour ne pas sombrer dans le chaos, le vide, la chute terrifiante.

Ces manifestations d'angoisses corporelles restent, chez Sam, très prégnantes dans les moments de vide, de frustration, de sentiment d'insécurité corporelle et psychique.

b)- trouver la place de Sam au sein du groupe:

Au début, Sam se présentait comme un adolescent n'ayant pas le regard, dans le babillage, et envahi par de fortes angoisses corporelles. Nos interventions et sollicitations étaient vaines et semblaient amplifier davantage son anxiété. Il était très compliqué pour Sam de s'inscrire véritablement dans le groupe théâtre car ses difficultés à se poser, à maintenir son attention et son obsessionnalité qui l'enfermait, parasitaient le groupe et l'empêchaient de participer aux jeux proposés. Sam nous

renvoyait son mal être, son éparpillement, son éclatement corporel à travers ses stéréotypies. Le groupe semblait provoquer trop d'excitation chez Sam, ne lui permettant pas de se contenir. Et du fait de cette problématique, nous nous sentions nous-mêmes incapables de contenir Sam. Toutes nos tentatives afin de le rassembler à l'aide d'un drap, de notre corps sont restées longtemps sans résultat. Malgré son besoin d'être contenu, il glissait, s'échappait, coulait. Les limites que nous lui proposons n'étaient sans doute pas assez rigides, trop floues. Cependant, Sam ne pouvait se contenir seul, garder une distance adaptée : loin des autres il s'enfermait dans ses stéréotypies, près des autres, il ne pouvait s'empêcher de se coller, d'être dans l'adhésivité. Il s'effondre alors sur le corps de l'autre, totalement hypotonique, serre les articulations comme pour sentir un contenant, se sentir exister. Ces phénomènes de collage très fort reflétaient son absence de limites psychocorporelles et excluaient toute communication avec les autres membres du groupe. Il était alors nécessaire qu'un adulte s'interpose physiquement pour faire séparation entre les deux corps et marquer la limite. Les autres adolescents et un en particulier, se laissaient très rapidement contaminer par les angoisses de Sam, comme hypnotisés par ses débordements. Cette situation nous a longtemps posé problème. Une réflexion sur le cadre, une distance adaptée et la place de Sam a alors, été une question abordée dans la réévaluation de la prise en charge.

C'est Sam, lui-même qui nous a apporté un élément de réponse. Un jour où il paraissait très angoissé et agacé par son comportement, nous avons décidé de le placer à distance du groupe pour lui permettre de s'apaiser. Nous l'avons invité à s'asseoir sur une chaise, derrière la table, le dos collé au mur. Sam a passé le reste de la séance davantage au calme et posé, étant beaucoup moins enfermé dans ses stéréotypies. Encadré par du dur, Sam semble pouvoir recréer une enveloppe solide et donc être plus contenu.

Suite à la création de cet espace propre à Sam, il a pu s'organiser par rapport à celui-ci et prendre sa place dans le groupe. Lorsque le groupe devient trop anxiogène ou qu'il est débordé, il peut de lui-même se placer dans cet espace, où s'il n'y arrive pas, nous lui proposons de sentir le dur pour être enveloppé. De plus, cet espace semble le rendre plus disponible dans la relation à l'autre : il écoute ce que nous lui disons, paraît intéressé, adresse plus son regard et se pose au sein du groupe. Sam recherche également la relation par la provocation en faisant ce que nous lui interdisons (se coller à l'autre par exemple ou se masturber), mais il ne sait pas s'arrêter. C'est sa façon de communiquer. Un travail sur l'imitation et la répétition a pu être entrepris. Grâce à l'attention bienveillante des intervenants, Sam semble donc, être davantage dans l'exploration, se découvrir et expérimenter au niveau sensoriel, notamment la bouche (les crachats favorisent l'éclosion de la parole). Il se nourrit par rapport aux expériences et est en train de se construire corporellement...

PARTIE 3 :

COMMENT LA PSYCHOMOTRICITE PEUT-ELLE AIDER L'AUTISTE A SURMONTER SES ANGOISSES CORPORELLES, A MIEUX VIVRE DANS SON CORPS ?

I LA PSYCHOMOTRICITE COMME REPONSE AUX ANGOISSES DE CORPS AUTISTIQUES

Les premiers instants que j'ai passés auprès des sujets autistes ont été caractérisés par le ressenti de leur angoisse extrême. Ces angoisses sont, comme nous l'avons vu précédemment, d'origine corporelle et se manifestent également par le corps. Mais, comment et en quoi la psychomotricité peut-elle être une réponse, une aide à l'apaisement des angoisses corporelles autistiques ?

A)- L'AUTISME, UNE PROBLEMATIQUE CORPORELLE :

Dans la partie théorique de ce présent mémoire, je vous ai présenté le vécu corporel autistique. Il s'agit, ici, de revenir sur certaines données pour expliquer l'intérêt d'une prise en charge psychomotrice des sujets autistes.

Nous avons vu que la construction de l'image du corps est fortement perturbée, dans la mesure où ces personnes restent dans une sensorialité pure, n'ayant pas valeur d'impression, d'intégration. Le Moi corporel est alors fracturé, morcelé. Les signes corporels de l'autisme (agrippements, stéréotypies, automutilations, ...), souvent au premier plan, témoignent du défaut d'organisation de cette image du corps (activité de faire-faire, investissement particulier du bas du corps, ...).

Le corps du sujet autiste n'est pas perçu par celui-ci comme une structure contenant. Son corps n'est pas fiable, sa peau est percée, trouée, son enveloppe n'a pas de limites. Il ne peut investir son corps et l'habiter dans ces conditions.

Le défaut d'organisation de son image du corps et les défaillances des structures contenant du corps et de la psyché, sont à l'origine des angoisses corporelles chez l'autiste. Par conséquent, leur vécu corporel est de l'ordre de l'insécurité. Il vit dans l'angoisse constante d'intrusion et de perte de substances. C'est dans ce corps inhabité, morcelé, dans cette peau trouée, que prennent corps les angoisses.

Ainsi, la prise en charge des patients autistes est caractérisée par la question du corps, de sa construction et de son habitation. La prégnance des signes corporels et psychomoteurs chez l'autiste, incite généralement l'équipe à faire appel au psychomotricien pour intervenir dans la prise en charge.

B)- LA PSYCHOMOTRICITE, UNE THERAPIE A MEDIATION CORPORELLE :

Ainsi, auprès d'enfants et d'adolescents autistes, la psychomotricité a pour objectif principal de permettre la (re)construction progressive de l'image du corps, l'élaboration d'un corps contenant/contenu, unifié et sécurisé. Le psychomotricien est attentif au corps, le sien et celui de l'autre, dans sa globalité, dans son rapport avec la psyché. Le corps devient un outil de travail, un moyen d'observation et d'action. En effet, ce dernier est le lieu d'expression des angoisses (observation) et peut également être un lieu d'impression (moyen d'action pour le psychomotricien). Il s'agit d'induire la construction d'un Moi corporel fiable et unifié par le travail corporel.

La première démarche du psychomotricien est d'observer le corps de son patient, ses capacités d'action et d'expression. La lecture du corps, spécificité du psychomotricien, vient nous donner des informations sur comment s'organise le sujet et sur ce qu'il vit. Les manifestations corporelles (stéréotypies, tonus, postures, mouvements, déplacements, mimiques ...) sont d'autant plus importantes chez les autistes qui ont généralement peu accès au langage verbal. Nous sommes dans le domaine de l'infra-verbal. Tout ce que le sujet autiste donne à voir s'inscrit dans son corps. Le corps dépend fatalement d'un état psychique et est pris dans un comportement. Il ne peut qu'être communicant.

Cependant, à partir de ces observations cliniques, « *nous réagissons aux attitudes, avec une sensibilité extrême, en accord avec un code secret qui n'est écrit nulle part, connu de personne mais compris par tous* ». (CONSTANT M., CALZA A., cité par DEFIOLLES-PELTIER, 2000, P 135). L'observation du corps, en lien avec nos connaissances théoriques, nous amène à réagir, à nous adapter en fonction de notre ressenti du vécu corporel de notre patient.

Face aux manifestations corporelles d'angoisse extrême de Max (agrippements, posture en hyperextension, ...), nous ne pouvions que tenter de le rassembler en lui offrant un lieu contenant et rassurant (à l'aide de notre corps ou d'un espace enveloppant).

Le psychomotricien doit donc, repérer les signes corporels (attitudes, comportements, actes) annonciateurs et révélateurs des angoisses archaïques du sujet, puis tenter d'en saisir quelque chose, de les comprendre. La question est maintenant : que faire de ces informations, comment accueillir et aider le patient autiste à dépasser ses angoisses corporelles ?

La thérapie à médiation corporelle a pour but de permettre au sujet autiste d'éprouver, d'investir, d'habiter son corps comme forme séparée, délimitée, unifiée et sécurisée. A partir de sa disponibilité psychique, son corps, les objets et l'espace, le psychomotricien l'invite à vivre des expériences corporelles en relation jusqu'à une certaine représentation de soi et au dépassement des angoisses corporelles archaïques. Cet accompagnement se fait via l'attention, la verbalisation, les qualités psychiques et physiques du thérapeute et l'analyse de son propre ressenti de la relation établie avec son patient. De plus, la thérapie psychomotrice ne peut prendre sens qu'en référence à un tiers, un cadre institutionnel. Dans le cadre de la prise en charge des autistes, l'implication corporelle et émotionnelle du psychomotricien a pour objectif d'alimenter l'élaboration d'une image du corps stable, d'une enveloppe psycho-corporelle, d'une peau contenant, de construire un corps unifié et sécurisé ...

II. VERS LA CONSTRUCTION D'UN CORPS UNIFIE ET SECURISE

Nous nous attacherons ici à rendre compte de la spécificité du psychomotricien, à savoir l'engagement de son corps pour nouer une relation. Nous tenterons également de mettre en lumière les différents éléments qui entrent en jeu dans l'établissement de la relation thérapeutique, en psychomotricité, avec un patient et plus particulièrement avec un patient autiste. Enfin, il s'agira d'étudier les outils et les moyens d'action du psychomotricien pour la construction d'un corps sécurisé, dans un espace unifié.

A)- LES ATOUTS DU PSYCHOMOTRICIEN :

Le psychomotricien guide donc, le sujet autiste dans la construction d'une unité corporelle, la structuration de son image du corps. Il l'accompagne vers le sentiment d'un corps libéré de toutes angoisses corporelles archaïques. Dans cette perspective, le corps du thérapeute est impliqué dans

sa capacité à soutenir et à soigner. L'ensemble de son être est mis à disposition de la construction corporelle du sujet par ses fonctions de contenance et d'étayage.

1)- LA DISPONIBILITE PSYCHIQUE :

Le psychomotricien s'implique psychiquement et émotionnellement dans la relation avec son patient. Pour construire son corps unifié et sécurisé, l'autiste s'appuie sur l'objet extérieur, solide et fiable, que doit être le thérapeute. Pour reprendre l'expression de MAHLER, nous servons alors, de « Moi auxiliaire » à l'enfant. Ceci renvoie directement à notre état psychique et notre disponibilité. C'est en utilisant en effet, notre propre rêverie, nos affects et nos représentations que nous nous efforçons de penser l'individu, de l'accrocher à la réalité de ce qu'il vit.

a)- le holding :

Terme développé par WINNICOTT, le « *holding* » est la façon dont la mère porte et soutient, physiquement et psychologiquement, son bébé en état de dépendance absolue, avant que la structuration du Moi ne soit réalisée. Elle assure ainsi une cohésion à ses différents états sensorimoteurs et une protection suffisante contre les angoisses d'annihilation du Self. Elle lui procure un sentiment de sécurité, base fondamentale dans la construction du Moi. La disponibilité psychique du psychomotricien exerce un véritable portage. Le fait d'être présent psychiquement, de penser le patient, de penser la relation, est nécessaire pour soutenir la structuration psychocorporelle. Ce portage psychique permet de contenir et de mettre à distance les angoisses de corps si prégnantes chez les autistes. Il s'agit d'une véritable réassurance dans son corps et ses ressentis angoissants, un soutien lui permettant progressivement d'être par lui-même.

Le holding inclut aussi, le soutien physique de l'enfant. Durant les temps d'échanges, la réceptivité corporelle du psychomotricien peut s'exprimer par la proposition d'appuis, d'un soutien qui introduit l'enfant à un « portage » souvent rassurant. On le retrouve dans les objets contenant ou de portage tels que le hamac, la toupie, mais aussi dans l'appui dos, ...

Max, enroulé, le dos collé contre la paroi de la toupie, est porté et soutenu dans la construction de son arrière fond.

b)- la capacité de rêverie:

Ce concept, introduit par BION, est à rapprocher du holding psychique. En effet, il s'agit de la capacité de la mère à imaginer de manière intuitive les besoins et désirs de son enfant. Elle devient ainsi, un contenant pour tous ses sentiments et ressentis désagréables, et le nourrit de ses

représentations. La mère modifie alors le vécu de son enfant et l'apaise.

Dans la relation thérapeutique avec les sujets autistes, le psychomotricien se doit donc d'être disponible pour se représenter le désir de l'enfant, son vécu, à injecter de la pensée, afin de contenir ses angoisses qui tendent à l'enfermer. Cela demande une certaine « écoute psychique » à tout instant. Nos impressions et ressentis sont bien entendu subjectifs. Cependant, ils sont forcément en lien avec ce que le sujet vient nous projeter. Nous venons jouer un rôle de référence, de « *Moi auxiliaire* », sur lequel l'enfant s'appuie pour construire son Moi corporel. Cette capacité à rêver l'individu, à le penser est un soutien dans la construction psycho-corporelle, un moyen d'évacuer ses angoisses de corps. Elle n'est possible qu'en lien avec le cadre thérapeutique, et notamment la stabilité de l'espace et la régularité des séances. Elle est à l'aube de sa propre capacité à se représenter et à penser son corps, c'est-à-dire son image du corps.

c)- la fonction alpha :

Notre capacité à penser vient sûrement jouer la « *fonction alpha* » décrite par BION. Nous recevons et accueillons donc, les ressentis projetés par l'enfant, les données sensorielles brutes (élément bêta). Par l'intermédiaire de notre corps (regard, parole, dialogue tonique), nous les transformons et réinjectons en élément de pensées assimilables (élément alpha) pour le sujet. Ce processus de transformation, où il s'agit de mâcher pour l'enfant des informations qu'il a du mal à vivre en des événements digestes, permet de lui donner de la matière pour penser ou panser son corps. Via autrui, son action de penser, le sujet développe sa capacité de penser par lui-même, son existence en tant qu'individu séparé. L'investissement psychique du psychomotricien suppose qu'il reporte et renvoie des éléments rassurants et stables. Il s'agit en quelque sorte de donner sens aux angoisses de corps pour les rendre moins terrifiantes, les atténuer.

2)- LES ATOUTS CORPORELS DU PSYCHOMOTRICIEN :

Le psychomotricien s'implique surtout corporellement dans la relation avec le patient autiste. En plus du soutien psychique, il lui offre une contenance physique avec le corps à corps, le portage, les manipulations du corps, l'organisation de l'espace, ... C'est un élément central de la prise en charge psychomotrice et notamment avec des sujets autistes.

a)- un engagement corporel :

Dans notre relation au patient autiste, le corps du psychomotricien est d'emblée sollicité dans ses fonctions d'appui, de soutien et de contenance. Le travail en corps à corps, peau à peau est

primordial. Nous devons accepter d'être investi corporellement par le sujet, sans bien entendu se laisser envahir.

En réponse à l'identification adhésive de Sam, nous avons accepté, dans un premier temps d'être collé. Puis voyant qu'il perdait ses limites de corps dans ce collage, nous avons décidé de mettre de la distance entre nos corps.

Face au corps autistique angoissant et déstructuré, on peut penser que seule une relation de soutien corporel peut aider l'enfant à se rassembler et à entrer en relation. Notre corps peut jouer le rôle de médiateur afin d'amener l'enfant à créer ses propres limites corporelles et ainsi à contenir de lui-même ses angoisses. Il peut être considéré comme objet contenant, un réceptacle aux angoisses corporelles.

Pendant les moments d'agitation et d'angoisse, Max tourne en rond frénétiquement, dans une posture en hyperextension. Notre première réaction est de le contenir corporellement, en lui faisant adopter une posture d'enroulement, en repliant les jambes sur son corps et en lui offrant un appui dos. Il s'apaise alors, et le contact du regard réapparaît.

Il nous utilise alors, comme prothèse pour les parties de son corps non liées, notre peau lui sert à protéger les parties restées à nu. Max laisse tomber à ce moment sa cuirasse tactile. Nous jouons ici un rôle de pare-excitation qu'il ne peut effectuer par lui-même. Cette contenance physique et ce soutien psychique semblent donner un sentiment de sécurité corporel et interne, dans cette enveloppe créée par le psychomotricien. Par conséquent, les angoisses au niveau du corps sont diminuées. La peau est ressentie comme une enveloppe solide qui semble empêcher les sensations de morcellement, de liquéfaction, de chute, de manque de peau... Cependant, notre proposition d'être là, avec notre corps, auprès de lui peut être également vécue comme une intrusion énigmatique importante et provoquer l'effet inverse de celui recherché, c'est-à-dire devenir angoissant (notamment l'approche de face). Il nous faut être attentif aux réactions et comportements du sujet vis-à-vis de notre présence corporelle et aussi porter attention à notre ressenti corporel de la relation qui se joue.

b)- sa parole :

La **voix** est également une **présence**, mais à distance. Elle ne nécessite pas de rapprochement physique. Elle peut donc être moins inquiétante, et cependant **toucher** le corps dans son ensemble. De plus, la voix du thérapeute peut servir d'**enveloppe** (sonore) de substitution et ainsi, contenir les éprouvés dans la relation et atténuer les angoisses suscitées par la rencontre et la nouveauté.

La **verbalisation** est un élément essentiel dans la thérapie psychomotrice auprès de sujets autistes et

notamment dans l'apaisement des angoisses corporelles. Elle a pour objectif de **donner du sens** à ce que vit le patient, ce qui ne peut être exprimé que par le corps chez les autistes. Le psychomotricien verbalise ses impressions sur le vécu corporel (sensations, perceptions) et il nomme les émotions (angoisses, plaisir, tristesse, ...). Lors de mes stages, j'ai remarqué que poser des mots sur les angoisses de corps, les élaborer permet au sujet d'y prendre conscience, de les comprendre. Cela se manifeste par des changements de comportement (arrêt des stéréotypies, regard croisé, cris, ...).

Max, fasciné par l'écoulement de l'eau dans le trou du lavabo, reste paralysé et hermétique à la relation. En verbalisant, le fait qu'il ne va pas couler, se vider, ou perdre l'eau de son corps, il a pu s'apaiser.

Nos paroles ont fait écho chez cet enfant. Max a pu faire siennes les représentations que nous lui proposons et donner sens à ses propres éprouvés corporels. Conscient de son vécu, il a pu se tourner vers le monde et les personnes qui l'entouraient.

Cet étayage vient fournir à l'enfant un support rassurant, reconstituer son enveloppe psychique et unifier le corps et son vécu. Les mots tissent une peau symbolique, font des liens entre l'affect et sa représentation, et permettent d'ouvrir, de créer une faille dans la carapace autistique. La verbalisation vient également, créer une **distance**, séparer.

Lorsque Sam vient se coller à moi, je réagis en mettant de la distance entre nos corps et je lui verbalise la raison et mon action. La confusion des enveloppes est alors évitée et un espace psychique se crée. Malgré la distanciation entre nos corps, le lien est maintenu par la parole.

On peut comprendre l'absence de langage chez les autistes comme un moyen de ne pas prendre conscience de la séparation. La parole peut donc être un **mode d'entrée dans une écoute** de l'autre, séparé, distancé, tout du moins à ce moment précis.

Mais, comment pouvons-nous être sûr que nos mots correspondent à ce que le sujet vit et nous montre ? Même si tous les mots imaginables ne pourront jamais rendre compte de leurs maux (l'archaïque, l'angoisse primitive extrême), le plus important ne serait-il pas qu'ils fournissent un cadre de référence, un support pour que l'enfant s'y appuie et exprime ses peurs autrement ?

Il faut cependant être vigilant à ce que notre verbalisation ne devienne pas excessive pour nous rassurer, combler le silence, le vide laissé par ces enfants et ainsi empêcher le patient de prendre véritablement sa place, de s'exprimer.

c)- son regard :

De même, le regard peut être considéré comme un **toucher à distance**. Il est à prendre en compte dans l'accompagnement des autistes vers une construction de leur image du corps. Le regard du psychomotricien montre une présence, une **attention** portée sur l'enfant, lui permettant d'intégrer ses ressentis, de se construire psychiquement et corporellement.

Selon HAAG, il permet lors de la petite enfance, la **formation des enveloppes** pendant le nourrissage, grâce à l'association de la double interpénétration yeux dans les yeux, les sensations procurées et l'appui-dos. Cette situation semble fonder la troisième dimension dans l'image du corps, un premier espace psychique, contenant. Les autistes qui n'ont pas fondé cette première peau, ont souvent besoin de se coller contre les limites de l'espace ou le corps des autres et vivent dans un monde bidimensionnel avec les intenses peurs de tomber, glisser. La fuite du regard peut être également expliquée par un défaut d'enveloppe.

Le regard a aussi, une **fonction de portage**. Il s'agit de tenir, psychiquement et corporellement, l'enfant du regard, l'amenant ainsi à construire son image du corps.

Se sentir regarder et vu, c'est aussi, **se sentir exister** dans l'autre. Une sollicitation active du regard permet le soutien dans la relation et une exploration plus élaborée que l'expérience archaïque (recherche des sensations). « *Dans les moments intenses d'interrelation, le regard joue un rôle unificateur, intégrateur des autres modalités sensorielles, toniques et kinesthésiques (...)* » (HAAG, 1988). Le reflet du regard du thérapeute installera ainsi, le sujet dans la formation du Moi peau, la **structuration du corps**.

Cependant, le regard peut être vécu de manière intrusive et provoquer l'angoisse de pénétration. Il joue alors un rôle inverse de déstructuration corporelle, de confusion des limites psychocorporelles. Il s'agit pour le psychomotricien de ressentir cette situation et d'adapter son comportement lorsqu'il la ressent (en détournant son regard, en verbalisant, ...).

Ainsi, le psychomotricien par son corps, sa parole et son regard peut amener le sujet autiste à se construire corporellement, à apaiser ses angoisses de corps et ainsi, à entrer en relation. Il nous faut maintenant, envisager les caractéristiques de la relation entre le thérapeute et son patient.

B)- LA RELATION PSYCHOMOTRICIEN/SUJET AUTISTE :

L'idéal thérapeutique du psychomotricien est directement mis en cause par la déstructuration psychocorporelle et la rupture relationnelle des sujets autistes. Cet idéal n'est jamais atteint, mais il

faut toujours l'avoir en tête. Être en présence d'un autiste, nous livre souvent à un sentiment d'impuissance. Cependant, le psychomotricien constitue le seul point d'ancrage essentiel à la relation. Cela nécessite une démarche d'autoévaluation de ses capacités psychomotrices avant de s'investir dans ce type de relation. En effet, une mise à l'épreuve de la solidité de ses limites psycho-corporelles sera d'emblée en jeu et restera permanente tout au long de la prise en charge.

1)- L'EMPATHIE ET LE VÉCU CORPOREL ET EMOTIONNEL DU PSYCHOMOTRICIEN:

Pour C. ROGERS, psychopédagogue, l'**empathie** consiste à saisir avec le plus d'exactitude possible, les références internes et émotionnelles d'une autre personne. Elle sollicite d'emblée la subjectivité du psychomotricien. Il s'agit d'accompagner, de rêver le sujet, le penser et contenir ses ressentis, son vécu désintégrateur. Ses ressentis ainsi contenus pourront lui être restitués dans un deuxième temps par nos mots, notre attitude.

La spécificité du psychomotricien réside dans sa capacité d'« **empathie tonique** ». En effet, les corps du patient et du thérapeute sont, en psychomotricité, les principaux protagonistes de la rencontre puis de la relation qui va s'établir. La communication s'établit donc principalement par le corps, et notamment le **dialogue tonique**. Il s'agit d'être à l'écoute du corps de l'autre et de son propre corps, ressentir son tonus et celui de l'autre.

Sam, par son hypotonie généralisée et ses effondrements sur l'autre, nous montre peut-être qu'il veut maintenir l'illusion d'une continuité corporelle. En effet, il devient alors, inaccessible, rendant son corps si mou, que nous n'avons plus aucune prise sur lui. Il nous faut alors, intervenir en séparant les corps pour le ramener à son existence corporelle propre.

Le dialogue tonique devient un élément empathique et est à l'origine d'informations utiles. Il va lui permettre d'expérimenter une multitude de sensations tactiles propices à la prise de conscience de son unité corporelle, d'offrir une certaine contenance.

Max, dans ses moments d'agitation anxieuse et d'hypertonie, ne parvient à retrouver le calme que maintenu en appui-dos contre la psychomotricienne. En maintenant l'enfant, elle lui transmet, par la qualité de son tonus, son activité corporelle et sa posture, de la contenance et du calme. Petit à petit, un dialogue tonique s'installe entre eux et Max s'apaise, se détend doucement.

Le psychomotricien est donc à l'écoute du discours corporel du patient. Dans ce dialogue, il participe ainsi, à l'état psychoaffectif du sujet et lui offre une possibilité d'échange dans une atmosphère sécurisante.

A partir de son **vécu corporel et émotionnel**, le psychomotricien donne son intuition de ce que vit le patient, l'imagine, sans pour autant oublier qu'il est lui-même. Il doit se situer comme réceptacle

possible de la souffrance, de l'angoisse sans risquer d'être détruit par celles-ci.

C'est dans ce sens que la prise en charge de Sam a été si problématique pour nous. En effet, nous nous sommes senties bouleversées et paralysées en séance par l'angoisse massive de Sam. Contaminées par son angoisse, il nous était alors impossible de penser la relation, et ce qui se jouait. Prendre du recul et prendre connaissance de nos émotions nous a alors permis de voir et de comprendre son état.

Le psychomotricien débordé par son propre vécu émotionnel ne peut se rendre disponible et être contenant dans la relation. Recevoir le vécu corporel angoissant de l'autre ne signifie pas perdre ses propres limites, sa propre contenance psychique et corporelle. Dans ce cas, il ne s'agit plus d'empathie, mais d'**identification**, la limite étant fine entre les deux. Cette notion désigne un mécanisme de projection qui se traduit par le fantasme d'intrusion, de sa propre personne, à l'intérieur du corps de l'autre. Adopter une attitude d'écoute empathique nécessite donc, un psychomotricien bien « entier », c'est à dire conscient de ses capacités et limites émotionnelles. Le thérapeute doit se laisser habiter, et non pas envahir, par les affects et les angoisses de l'enfant et peut ainsi y répondre de manière adaptée. Il s'agit de savoir doser la quantité et la qualité de notre empathie, notre capacité à donner et recevoir, être transformable mais indestructible pour accompagner l'autiste dans la construction de son propre appareil à penser.

2)- LA RECHERCHE DE LA BONNE DISTANCE :

La qualité de l'empathie dépend inévitablement de la recherche de la bonne distance relationnelle. Avec les patients autistes, souvent fuyants et sujets à des angoisses de pénétration par autrui, la question de la distance relationnelle est fondamentale. En effet, le **manque d'espace psychique ou physique** peut être vécu comme une **intrusion**, une menace pour son intégrité.

Je me rappelle alors les débuts de la prise en charge de Max où il s'échappait lors de nos tentatives d'approche corporelle. Cette difficulté soulignait peut-être chez lui la peur d'être pénétré, de perdre ses limites psycho-corporelles. Aujourd'hui, Max accepte le contact corporel. Mais, lorsque l'échange devient trop angoissant, nous lui permettons de jouer ses « allers-retours » dans la relation.

Le manque de distance peut également, renforcer l'**illusion de continuité corporelle** et d'**indifférenciation** avec l'autre.

Lorsque Sam vient se coller au corps de l'autre, les limites corporelles deviennent confuses. La distanciation des corps permet de déconstruire cette enveloppe symbiotique et d'amener Sam à construire la sienne. Elle permet d'envisager une nouvelle communication comme l'imitation, le regard, ... Les corps sont suffisamment éloignés pour ne pas se confondre et se différencier.

Il s'agit de mettre de la distance pour que le sujet crée sa propre enveloppe tout en suscitant l'échange. A l'inverse, **trop de distance**, d'espace, place le psychomotricien dans une attitude passive, peu propice à l'établissement d'une relation. Le thérapeute doit donc être présent, adapter sa distance à l'enfant par son tonus, sa voix, ses mouvements, ses déplacements. Il doit aussi accepter d'être parfois manipulé comme un objet inanimé, ignoré, utilisé comme un prolongement du corps de l'enfant.

Nous retrouvons ici, le comportement de Max lorsqu'il vient prendre ma main pour ouvrir une boîte, le placard, ...

Ainsi, doucement une relation de confiance peut s'établir avec le patient. La distance relationnelle renvoie, là encore, le psychomotricien à ses propres états physiques et affectifs, à son empathie. Elle est donc un élément incontournable de la prise en charge des patients autistes, un point d'ancrage d'une relation thérapeutique solide et sécurisante. Il faut alors éviter de tomber dans une distance symbolique trop fusionnelle (finalement dans une identification) sous peine de perdre les limites nécessaires à la structuration du sujet.

3)- L'IMPORTANCE D'UN TIERS :

Le travail auprès de la population autistique nécessite une élaboration. La place du tiers est importante pour le psychomotricien, car avec ces patients évoluant dans un monde régi par l'identification adhésive, le risque est réel de se sentir envahi ou inexistant. Il est nécessaire de prendre de la distance et de se dégager des prises en charge. Ecrire, noter, participer aux réunions cliniques permettraient de mettre en mots nos difficultés, les interrogations, les réflexions que la relation thérapeutique nous impose. L'intervention d'une tierce personne permet de prendre du recul, de se distancer physiquement et corporellement et cela contribue à créer un espace de pensée, d'élaboration, dans la relation au patient. C'est en général, le psychologue qui joue la fonction de tiers dans une institution, mais l'ensemble des professionnels peut jouer ce rôle, s'il est extérieur à la prise en charge, ou plutôt à la relation.

La prise en charge de Sam montre bien l'importance du tiers dans la relation thérapeutique. En effet, c'est le psychologue, dans sa capacité à analyser la relation transférentielle, qui nous a amenés à nous détacher de ce que nous vivions et à soulager notre vécu de la prise en charge.

Le maintien du tiers réduit les difficultés inhérentes à la nature même de l'autisme tel que le clivage, l'isolement, la contamination des angoisses, ... La présence d'un tiers permet de placer des limites entre les corps et les psychismes, de dissoudre la relation fusionnelle, l'enveloppe commune,

et ainsi de trouver une distance adaptée à l'échange ou les deux protagonistes ne se sentiront pas menacés, ni menaçants.

4)- LE TRANSFERT ET LE CONTRE-TRANSFERT EMOTIONNEL :

Ce que l'on ressent est directement lié à ce que l'enfant projette sur nous. On parle alors de **transfert**, d'échange émotionnel, qui constitue également, une donnée importante dont il faut tenir compte en psychomotricité. Il s'agit d'un déplacement des conflits concernant les contenus psychiques sur le thérapeute. En effet, il semble important de pouvoir saisir ce que le patient transfère sur nous pour évaluer l'enjeu de la prise en charge et adopter une attitude adaptée.

De plus, les comportements, les angoisses des enfants et adolescents autistes suscitent chez le psychomotricien de nombreuses émotions et réactions. Dans ce cas, il s'agit du **contre-transfert** émotionnel, pouvant être défini comme l'ensemble des ressentis plus ou moins conscients du thérapeute vis-à-vis du patient, et notamment face au vécu partagé. La souffrance des sujets autistes est telle qu'il est inutile de nier qu'elle nous touche profondément. En effet, travailler avec des patients autistes, c'est être sans cesse confronté à leur violence, à leurs angoisses corporelles en lien avec la mort psychique, l'annihilation.

Les premières séances avec Sam dans le groupe théâtre ont été, à ce titre, très éprouvantes pour moi. Face à son comportement et ses stéréotypies, je percevais sa souffrance, ses angoisses massives de morcellement, de vidage, de chute liées à sa pathologie. Aussi, J'éprouvais un sentiment de profond découragement. Cela m'a conduit à remettre mes compétences en cause car je me sentais totalement impuissante à accompagner Sam dans son développement. J'étais dans le vide, comme lui, incapable de contenir ses angoisses et ses manifestations corporelles. Le travail d'équipe a joué un rôle primordial, car il nous a permis d'élaborer une réflexion clinique autour des réactions que Sam a pu provoquer en nous et ainsi, de réinvestir la prise en charge.

Il est donc essentiel de remettre en question nos pensées, nos émotions, bonnes ou mauvaises, que provoquent en nous les autistes. Refouler, nier les sentiments liés au contre-transfert émotionnel, nous amène inévitablement à désinvestir ou, au contraire, à surinvestir une prise en charge qui perd alors sa valeur thérapeutique. Nous pouvons donc, facilement nous retrouver en difficulté si nous ne prenons pas du temps pour réfléchir, du recul par rapport à ce qui se joue dans la relation.

Nous avons vu la démarche globale du psychomotricien, ses dispositions physiques et psychiques pour faciliter la construction d'un corps unifié et sécurisé. Il s'agit maintenant de montrer avec quels moyens, il peut aider le sujet autiste à construire son corps et à l'habiter sans angoisse.

C)- LES SPECIFICITES DU TRAVAIL EN PSYCHOMOTRICITE AVEC LA POPULATION AUTISTIQUE :

Mes rencontres et les différentes prises en charge avec les patients autistes m'ont amenée à considérer certaines manières d'aborder la construction de l'image du corps, du Moi corporel.

1)- UN TRAVAIL CORPOREL :

La psychomotricité est, avant tout, un travail corporel. Elle va permettre au sujet autiste d'expérimenter son corps, de le connaître et d'éprouver un sentiment d'unité psychosomatique. Mes différents stages m'ont permis de me rendre compte de certaines approches corporelles qui me semblent incontournables auprès des patients autistes.

a)- la manipulation du corps : le travail des appuis corporels

Le psychomotricien est appelé à exercer un véritable « *handling* », à manipuler le corps du patient afin de lui offrir les mises en forme du corps adéquates pour sa construction corporelle et psychique. Ces mises en forme se basent sur les points d'appuis du corps (le dos, l'axe corporel, le bassin, ...) qui permettent de constituer activement des jonctions entre les différentes parties du corps, les espaces encore disjoints chez l'autiste. Les angoisses corporelles (de chute sans fin, liquéfaction, de morcellement, ...) peuvent donc être travaillées par l'expérience et l'éprouvé d'un corps solide, dont la peau est bien fermée, organisé autour de ces points d'appuis. A travers ce travail de manipulation et de soutien du corps, nous participons à l'élaboration d'une image du corps fiable et à l'apaisement des angoisses de corps.

1)- l'enroulement :

Lors de la grossesse, la cavité utérine fait adopter une posture d'enroulement au fœtus. A la naissance, ce schéma d'enroulement est apporté par le milieu humain. Enroulé, le bébé semble replié sur lui-même. Cette posture privilégie la centration du bébé sur lui-même, et notamment sur sa sphère orale. Il peut capturer ses mains par cet espace oral et engager une activité de succion qui le mobilise complètement. Cette posture d'enroulement est à la base du développement postural de l'enfant. Sa non-maîtrise entraîne des désorganisations massives sur le plan postural si caractéristiques des sujets autistes telles que des postures pathologiques en hyper-extension du buste, une difficulté à joindre les mains sur le plan médian, la perte de la liaison visuo-manuelle, une difficulté de l'installation de la rotation du buste, des clivages gauche-droit et haut-bas, et bien d'autres encore...

Dans la prise en charge de Max, il nous est apparu assez rapidement qu'il présentait un défaut d'intégration du schéma d'enroulement. En effet, sa posture en hyper-extension, sa difficulté de coordination droite-gauche signaient cette difficulté. Il était alors incapable de se replier, de s'enrouler seul. Nous avons donc débuté un travail en corps à corps, en manipulant son corps pour lui faire adopter cette posture : appuyé contre nous, les jambes ramenées sur lui, enroulé en boule,... A force de répétition et d'échange, Max a pu intégrer le schéma et peut à présent s'enrouler seul dans la toupie.

L'enroulement permet de se rassembler, de créer une unité corporelle, une sensation de globalité, une concentration sur soi. Il offre les fonctions de pare-excitation et d'auto-consolation : il n'est pas rare d'observer un apaisement, un retour au calme, lors du maintien de cette posture.

2)- l'appui-dos, l'arrière fond et l'haubanage avant-arrière:

Dans le développement postural décrit par André BULLINGER, l'enfant intègre un arrière fond par l'équilibration de sa musculature avant-arrière (flexion et extension du buste) permettant ainsi, son redressement. A la naissance, l'environnement compense le déséquilibre postural en offrant un appui-dos jusqu'à ce que l'enfant ait acquis la station assise et intégré l'enroulement. Mais, en quoi cet arrière fond permet la construction d'un corps unifié et sécurisé, et quels sont ses avantages dans la prise en charge de patients autistes ?

Lors de la grossesse, la position du fœtus est caractérisée par l'appui-contact dos avec la paroi utérine, lui faisant adopter une posture d'enroulement. HAAG, suite à de nombreuses observations auprès des nourrissons et jeunes enfants, s'est aperçue que le contact dos est recherché par l'enfant lorsqu'il est confronté à des angoisses archaïques telles que l'angoisse de chute ou, d'une manière plus générale, lorsqu'il n'est pas bien. Nous pouvons donc en déduire que l'appui-dos, recherché par les autistes, peut leur permettre de retrouver ce **sentiment de sécurité corporelle** vécu pendant la vie intra-utérine.

Ainsi, Max, blottissant son dos contre mon corps, se détend, s'apaise et peut sereinement continuer ses manipulations et se rendre davantage disponible à la relation. Il me semble que cet appui atténue ses angoisses de corps et le sécurise.

J'ai remarqué cette quête de contact dos lors des moments d'angoisse intense.

Sam, mettant en scène ses angoisses de morcellement en émiettant les substances, se calme dès que nous lui offrons son espace avec le contact dos-mur. Il semble apaisé, comme rassemblé dans son corps, et réceptif à nos commentaires, disponible aux échanges.

De plus, lorsque le sujet est en appui-dos contre le thérapeute, les échanges par le regard semblent

facilités. Une fluctuation de l'exploration et l'agrippement visuel (fréquents chez les autistes) est la preuve d'une fragilité de l'arrière fond et de son intégration.

Sam, calé derrière la table, le dos appuyé sur le mur, adresse alors son regard et soutient cet échange.

L'appui-dos aurait donc, une importance dans la mise en place de **l'exploration avec le système visuel**. Aussi, d'après G. HAAG, les sensations d'un dos soutenu, associé à l'interpénétration du regard, permettraient l'intégration progressive de l'« *objet d'arrière plan* ».

Selon le même auteur, les expériences répétées de cet appui-dos seraient les **prémices au rassemblement des deux hémicorps**. Son intégration conduit à la prise de conscience de la pliure verticale du corps comme soudure des deux moitiés gauche et droite du corps (axe vertébral).

L'arrière fond, dans ses composantes physiques d'appui et de portage psychique, peut être également considéré comme une forme de **holding**. Cet appui, d'abord extérieur est intériorisé et constitue alors, un appui interne auquel s'adosse le Moi. Il crée une contenance, le fond de l'enveloppe. Ainsi, en psychomotricité, offrir un contact dos au patient autiste lui permet de prendre appui pour construire son Moi corporel et psychique. Il s'agit aussi, de travailler les coordinations avant-arrière qui de manière répétée, crée progressivement un arrière fond sécurisant.

3)- l'haubanage latéral et la création de l'axe corporel :

D'après les travaux de BULLINGER, la **maîtrise du torse** est caractérisée par la **coordination des héli-espaces gauche et droit** permettant la constitution d'un **espace de préhension** unifié et la construction de **l'axe corporel** comme point d'appui. Il y a dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes amenant une répartition tonique différente entre les deux coté du corps. L'unification de l'espace de préhension sollicite la zone orale. Au début, le relais oral est nécessaire pour passer un objet d'un héli-espace à l'autre. Dans la pathologie autistique, des difficultés s'observent dans l'établissement d'une coopération des espaces droit et gauche et la création de l'axe corporel, point d'appui biomécanique et psychique. En effet, dans le domaine moteur, nous remarquons un arrière fond insuffisamment structuré pour qu'il se transforme en axe vertébral, avec des difficultés praxiques des membres supérieurs, une répartition de la tâche entre les deux mains instable, une perturbation de l'organisation spatiale des mouvements. Aussi, le clivage des espaces gauche et droit du corps s'observe souvent au niveau tonique avec un hémicorps plus tonique que l'autre. De plus, des difficultés dans l'investissement de l'espace oral, avec des irritations tactiles (salivation augmentée, mouvement de la langue, protrusion fréquente, difficultés alimentaires, ...), provoquent l'impossibilité de rencontre des mains à ce niveau.

Max, du fait de sa posture en hyper-extension et de ses difficultés d'investissement de la bouche, présentait une fragilité dans l'intégration de son axe corporel. Nous avons donc, entrepris un travail des coordinations droites-gauches afin d'unifier son corps autour de cet axe. A l'aide de la boîte à boutons, que nous placions d'un côté puis de l'autre de son corps, nous tentions d'harmoniser ses deux hémicorps, ses deux espaces.

4)- les coordinations haut-bas:

Toujours en référence aux écrits de BULLINGER, la **maîtrise du corps** son unification s'achève par la prise de conscience de la **pliure horizontale** du corps : le **bassin** comme point d'articulation et de **jonction haut-bas** du corps et **l'investissement des membres inférieurs**. Souvent, chez l'autiste, nous remarquons une utilisation du bas du corps particulière : marche sur la pointe des pieds, pas de déroulement du pas, une absence d'ajustement tonique, un tonus des jambes faible, un désinvestissement général du bas du corps, ... Tout se passe comme si les signaux sensoriels provenant des membres inférieurs étaient ignorés ou, au contraire, maximisés.

Au début de sa prise en charge, Max présente parfois une marche sur la pointe des pieds et ses jambes et ses pieds, sources d'irritations tactiles, ne sont pas investis comme point d'appui et d'exploration. Ce clivage entre le haut et la bas de l'image du corps, signe chez Max, la non-intégration de la pliure horizontale du corps.

Les difficultés d'ajustement tonique, postural et praxique du bas du corps orientent notre travail en psychomotricité. Il s'agit de favoriser les coordinations entre le haut et le bas du corps et la mobilisation du bassin par un enroulement en schéma de flexion permettant l'investissement des membres inférieurs dans leur fonction d'exploration et de portage du corps. L'objectif est d'amener le patient à la compréhension d'un corps unifié, articulé et mobile dans un espace représenté.

Ce travail autour de la mobilisation du corps et de la prise de conscience de ses points d'appui, est basé sur le développement postural de l'enfant. Il conduit progressivement le patient à un sentiment de sécurité, d'unité et de maîtrise corporelle et construit son image du corps. Le psychomotricien soutient et accompagne le sujet autiste dans cette restructuration psychique et corporelle, en lui offrant des appuis, dont la finalité est qu'ils ne dépendent plus de l'extérieur.

b)- l'enveloppement :

Mon stage au sein de l'I.M.E., lieu de prise en charge de Sam, m'a fait découvrir la technique du packing. Je vais donc, à présent, vous introduire la présentation de cette méthode intéressante pour la prise en charge psychomotrice de patients autistes, une aide à la construction d'une image du

corps fiable et solide et à l'apaisement des angoisses de corps.

Le pack est une technique de soins qui consiste, telle qu'elle m'a été présentée, à envelopper le patient dans un drap humide et froid, puis dans un drap sec et une couverture. Cet enveloppement physique à proprement parlé, à la surface du corps, est complété par un entourage étroit du sujet par la présence d'un groupe de soignants (en général trois ou quatre) uni et attentif à l'expérience de l'intéressé. Il s'agit d'offrir des enveloppes de substitution qui vont contenir les angoisses corporelles.

Le drap, première enveloppe, permet au sujet d'éprouver sa peau comme limite, comme barrière entre le dedans et le dehors. Séparé ainsi, des autres, il prend conscience de sa propre enveloppe et élabore sa construction. L'enveloppe du drap, et celle constituée par les professionnels, aide le patient à panser un corps meurtri par de fortes angoisses et à le penser comme un corps intègre et solide. Les inquiétudes et préoccupations corporelles ainsi, contenues par l'enveloppe du pack, le patient sera plus disponible pour les échanges. Seul le visage n'est pas enveloppé, la bouche et les sphincters faciaux pourront être (ré) investis comme organes de communication.

En séance de pack, Sam semble donner à voir un regard de bonne qualité et peut, de plus en plus, établir des interactions : son visage s'anime au gré de ses émotions, écoute attentivement les commentaires, peut y réagir, et interpelle par la voix.

Je pense, également, à un adolescent autiste que je rencontre en séance de pack : la première fois que j'ai entendu le son de sa voix, des mots sortir de sa bouche, c'était lors de cette prise en charge.

Le pack, par sa fonction de contenance et d'enveloppe, doit donc, favoriser l'apaisement des angoisses de corps et participer à la création d'un sentiment de sécurité au niveau du corps (prise de conscience de l'unité et de l'intégrité corporelles grâce aux sensations provoquées par le choc thermique). Cette technique a aussi, pour but de proposer au sujet autiste de multiples éprouvés corporels, dans un cadre contenant et sécurisant pour que ceux-ci fassent sens et participent à l'élaboration de l'image du corps. C'est un exemple de médiation basée sur la prise de conscience du corps en faisant appel à plusieurs types d'afférences sensorielles comme le toucher (draps serrés, humides, froids puis chauds), la vision, l'audition, l'odorat. Les soignants accompagnent, commentent et étayent l'expérience de corps du patient pour qu'elle prenne sens et contribue à la construction d'une représentation mentale de son propre corps comme élément solide et fiable. La « disponibilité sensorielle » et l'enveloppe que cette technique apporte ne persiste pas, mais devient plus durable avec la répétition des packs.

c)- la prise de conscience du corps à travers la sensori-motricité :

Dans le cadre de mon stage au C.M.P., j'ai pu découvrir l'approche sensori-motrice développée par BULLINGER. Cette approche a été la base de notre travail en psychomotricité auprès de patients tels que Max souffrant d'un trouble envahissant du développement.

D'après PIAGET, le psychisme se construit à partir des interactions sensori-motrices que l'organisme corps entretient avec les objets et l'environnement humain. A travers ces expériences et leur répétition, des représentations se créent. Les « flux sensoriels » (signaux continus et orientés détectés par un système sensoriel) sont ici, des matériaux privilégiés qui alimentent l'activité psychique et la construction du corps et de l'espace. Il existe différents flux : gravitaire, tactile, olfactif, sonore, visuel et gustatif. Les expériences de corps (sensori-motrices) permettent de construire et d'assurer le sentiment continu d'un corps organisé, structuré et permanent. Cette permanence du corps unifié a pour but d'apaiser les angoisses corporelles.

Dans la pathologie autistique, nous avons vu en théorie, que le traitement des flux sensoriels reste dans la dimension archaïque, ce qui freine l'élaboration de leur image du corps et la construction du corps unifié et sécurisé. Alors, comment en psychomotricité, accompagner ces sujets autistes qui s'enferment dans leur monde « tout sensoriel » ? Quel étayage leur apporter pour qu'ils se sentent apaisés dans leur corps ?

Le travail de la prise de conscience du corps à travers la sensori-motricité semble tout à fait indiqué. Il s'agit de proposer des sensations en relation, adaptées au patient afin de ne pas susciter ou aggraver l'angoisse. Les agirs et les sensations corporelles sont des tentatives de restructuration du corps par lui-même. Vivre le bon et le mauvais, le chaud et le froid, la peau comme frontière, le ouvert-fermé, l'humide et le sec, la vibration du corps, les odeurs, ... percevoir les différentes parties du corps (le nez, la bouche, ...) par des stimulations sensorielles multiples et variées sont autant de moyens de différencier le dedans-dehors, d'intégrer les limites psycho-corporelles et d'ouvrir l'accès à un Moi peau, à une image du corps unifiée. La quête sensorielle des sujets autistes serait alors satisfaite dans l'immédiat, et surtout cette sensorialité vécue dans le cadre d'une relation suffisamment sécurisante et contenant, prendrait une valeur intégrative. Encourager et favoriser les ressentis du corps en relation, laisser le patient s'éprouver librement pour qu'il se sente exister, permet de l'assurer de sa présence et de sa continuité d'être corporelle et psychique. Le psychomotricien accompagne, verbalise le ressenti corporel du sujet et ses éventuelles émotions. La durée, la répétition de ces expériences constituent un socle, suffisamment solide, pour que son corps s'unifie dessus, relativement à l'abri des angoisses archaïques.

Pour l'enfant et l'adolescent autiste, le passage par l'éprouvé corporel (sensori-moteur) en relation

représente, à mon sens, un moyen fondamental pour accéder à une potentielle (re)structuration corporelle, à une image du corps cohérente et unifiée.

2)- L'UTILISATION DE L'ESPACE ET DES OBJETS:

Dans le travail auprès des patients autistes, le détour par l'espace et ses objets, paraît particulièrement intéressant. En effet, à travers eux, le sujet met en scène ses émotions, ses angoisses et ses préoccupations. L'observation de ce qui se joue dans les manipulations, les déplacements, l'occupation de l'espace, nous apporte en général une compréhension de ce qui se passe dans le corps de l'autiste. D'une certaine manière, le patient attribue à l'espace et aux objets, les fonctions et les propriétés de son corps, mais aussi son ressenti de celui-ci. Le psychomotricien se doit d'y être attentif et d'assurer différentes fonctions (tri, organisation, transformation).

a)- structurer l'espace pour construire son corps :

L'investissement spatial des sujets autistes nous révèle leur ressenti, leur vécu corporel, leur angoisse extrême.

Max, dans les moments d'agitation anxieuse, déambule dans la salle de psychomotricité, tourne en rond frénétiquement, dans une désorganisation corporelle extrême. Il nous montre ici, sa souffrance, son angoisse, sa déstructuration psychique et corporelle par son incapacité à se poser, à se repérer dans l'espace.

Cette problématique spatiale pose d'emblée la question des délimitations, de la contenance, de la structuration. Il s'agit d'organiser l'espace pour construire le corps, la personnalité. Le psychomotricien est alors amené à **penser l'espace** pour mieux penser l'individu. Offrir des points de repères spatiaux, un espace contenant, stable, immuable permet d'assurer une confiance dans la relation, de fournir des limites, un sentiment d'être tenu et maintenu. « Cela tient bon », l'espace et sa qualité sont garantis, entretenus par le psychomotricien. L'autiste peut alors en faire l'expérience, se structurer corporellement dans l'espace, organiser ses actions, ses déplacements.

Max a pu progressivement s'organiser dans l'espace grâce aux espaces contenant (toupie, plancher) que nous avons mis à sa disposition et jouer ainsi ses « allers-retours » dans la relation. Par la mise en place d'un espace propre contenant, Sam a trouvé la possibilité de s'apaiser et de se poser corporellement pour se rendre davantage disponible à la relation.

Le psychomotricien transforme, adapte l'espace par rapport aux comportements et aux préoccupations du patient. Il l'utilise comme **contenant**, constructeur et **unificateur corporel**. De plus, délimiter le territoire de chacun, spatialiser sa place, choisir un coin pour le sujet dans lequel

il est bien, semblent atténuer les angoisses liées à la relation ou à la problématique corporelle.

Max, par son manque de peau, de limites psycho-corporelles s'enveloppe avec les tapis, la toupie et s'apaise. Ainsi, la restauration inlassable de ces « cabanes », permet peu à peu sa stabilisation comme contenant, puis comme lieu apaisant et confortable.

Le psychomotricien devient alors, et face aux phénomènes les plus archaïques, un « **créateur de formes** », si possible organisatrices.

Investir l'espace, c'est finalement investir, habiter son propre corps avec ses capacités, ses potentialités, ses contraintes et ses limites.

b)- l'objet comme médiateur :

Le psychomotricien, par l'intermédiaire de l'objet peut jouer une action de contenance, et unifier le corps du sujet autiste. Il faut, pour cela, offrir des objets très simples, susceptibles d'éveiller l'intérêt sensoriel. Ils peuvent aussi, permettre une ouverture sur le monde moins angoissant : le psychomotricien évoquera alors auprès du patient les différentes qualités de l'objet dont ce dernier s'est saisi, en lui montrant ses aspects singuliers et sa totalité. L'objet peut également être le tiers dans la relation en imposant inévitablement, par sa manipulation, une distance entre les corps.

1)- l'objet, lieu de projection des angoisses de corps :

Les objets sont importants suivant l'utilisation que le patient en fait. A nous, psychomotricien d'en faire l'observation, pour repérer les problématiques corporelles. En effet, l'objet est un lieu de **projection des angoisses corporelles**. L'autiste, dans son annulation du non-Moi, perçoit l'objet comme partie intégrante de son corps. Il est donc un moyen d'expression de la souffrance, de l'angoisse corporelle.

Sam, lorsqu'il saisit un objet, pour émettre, effriter la matière, transfère ici sa souffrance et nous montre son angoisse massive de morcellement corporel.

Les objets peuvent être également, **sources d'angoisse**, bien qu'en apparence extérieurs au corps, ils renvoient à un vécu corporel. Cette projection dans l'objet des préoccupations corporelles est liée à une altération de la forme, du contenant. Il est donc important d'étudier le rapport aux objets pour repérer les angoisses, de le lier à l'expérience du corps et à sa représentation pour que s'établisse peu à peu, un contenant solide et fiable. Le psychomotricien accompagne ces expérimentations par la verbalisation, la mise en mots des activités stéréotypées.

2)- l'objet pour construire le corps:

L'objet peut aussi, servir de support dans la construction de l'image du corps. Il permet l'acquisition de la fonction de contenance et la construction du Moi peau. *L'observation de Sam, dans sa manipulation des objets, met en évidence ses angoisses de corps. Mais, son utilisation des objets semble également modifier ses angoisses dans le sens d'une construction de l'image du corps. En effet, lorsqu'il effrite la matière, il le fait devant lui, instaurant ainsi une verticalité, une symbolisation de son axe corporel.*

Aussi, Max, par sa recherche d'objets contenant, comme la toupie ou les tapis dans lesquels il s'enveloppe, nous montre la défaillance dans l'établissement de ses limites psycho-corporelles et viendrait colmater son Moi peau percé pour éviter l'émergence des angoisses de corps.

Le sentiment d'enveloppe, la perception des limites psycho-corporelles, et de l'axe paraissent être améliorés même momentanément par des objets pouvant servir de substituts ou créant des sensations permettant d'éprouver et de créer des limites entre le Moi et le non-Moi.

3)- l'objet qui fait tiers dans la relation :

L'utilisation de l'objet par le psychomotricien peut également faire tiers dans la relation, surtout lorsque celle-ci ne peut s'établir que dans la fusion des corps, ou que le regard est vécu comme intrusif. En effet, il peut alors venir mettre une distance, séparer les corps, définir un espace propre à chacun, adoucir ce qui se passe dans la relation. Il semble pouvoir symboliser la séparation qui autrement devient déchirure. Il peut aider dans la construction de sa propre enveloppe. Les corps séparés et distincts peuvent se reconnaître et entrer en relation de manière adaptée.

Commenter, verbaliser ou intervenir sur l'espace et la manipulation des objets permet de participer à l'organisation corporelle ou colmater les défaillances du Moi-peau, de l'enveloppe, du contenant, sans pour autant nous centrer de manière directe sur le corps. Le cadre thérapeutique a également une place importante dans l'établissement d'une relation fiable et saine.

3)- LE CADRE THERAPEUTIQUE

Les sujets autistes testent sans cesse la solidité du cadre, s'il tient, si rien ne va changer, s'ils sont en sécurité. Ces vérifications signent leur absence de contenance, leur défaut de limites psycho-corporelle. Le cadre doit être clairement défini et fixe pour qu'il soit thérapeutique. Mais, quel impact a-t-il dans la construction d'un corps unifié et moins angoissant ? Favoriser la mise en place, au quotidien, de repères temporels, spatiaux et relationnels vise l'établissement de limites, d'une **contenance** et ainsi, à **sécuriser** au maximum la relation thérapeutique. Le cadre thérapeutique

comporte différentes modalités telles que l'**espace** (le lieu, la salle de psychomotricité par exemple), le **temps** (durée, fréquence des séances, chronologie des événements), les **intervenants** dans la prise en charge (le nombre de patients, les thérapeutes, groupe ouvert ou fermé, ...), le **matériel** et sa disposition dans l'espace (les objets, les meubles, ...), les **règles** de fonctionnement (ne pas sortir de la salle, ne pas se faire mal, ni à l'autre, ...). Le cadre joue donc, un rôle d'enveloppe, de sécurité, à condition qu'il soit maintenu. S'il y a rupture ou discontinuité, le vécu corporel du patient devient angoissant (chute sans fin, liquéfaction, morcellement, ...), comme une perte d'enveloppe. Ce vécu de rupture explique en partie, la recherche d'immuabilité si fréquente dans la pathologie autistique.

Le psychomotricien, fixant des **limites** et jouant le rôle de **pare-excitation**, devient garant du cadre. *Sam, dans ses moments de débordement corporel et d'agitation anxieuse, parasite, contamine le groupe et attaque ainsi, le cadre. Les adultes interviennent alors, par la voix, le regard, le corps, et l'apaisent momentanément. Les règles du groupe étaient présentes pour établir des limites psychiques (contention des émotions, des affects) et corporelles (diminution de ses stéréotypies).* Les limites et la capacité de pare-excitation (des angoisses, des pulsions) s'intègrent petit à petit, si le cadre est respecté tout au long de la prise en charge.

Un cadre solide ne signifie pas qu'il soit rigide. Il s'agit de laisser suffisamment d'espace à l'intérieur, pour que la pensée, la réflexion, une élaboration se mettent en place. Le cadre thérapeutique est là pour sécuriser, installer une structure fixe dans laquelle nous pouvons nous mouvoir librement et ensemble. Garant d'une permanence, ce cadre engendre le changement, étaye le développement, enveloppe le sujet. L'autiste peut alors, élaborer ses propres limites psychocorporelles, distinguer le dedans-dehors, sa contenance, et ainsi s'ouvrir à l'autre. Mais, le cadre est également, une solidité pour nous, thérapeutes, qui protège contre la « folie », l'angoisse de ces patients. Il nous permet d'être disponible et de nous impliquer dans la prise en charge.

Les moyens et outils du psychomotricien que je vous ai présenté pour aider le sujet autiste à habiter son corps et à surmonter ses angoisses corporelles, sont, bien entendu, non exhaustifs. Il s'agit de ceux qui ont émergé lors de mes stages et réflexions cliniques.

III. REFLEXIONS ET LIMITES DE LA PSYCHOMOTRICITE

Cette étude et la rédaction de ce mémoire m'ont également amenée à des pensées, des réflexions plus personnelles sur ma façon de concevoir une thérapie psychomotrice auprès des sujets autistes et sur les enjeux prenant part dans leurs prises en charge.

A)- ENTRE THERAPIE ET MATERNAGE :

Lors de mes premiers contacts avec les patients autistes, j'ai été frappée par leurs manifestations d'angoisses corporelles qui les enfermaient et les rendaient hermétiques à l'échange. Ces angoisses plongent inévitablement le psychomotricien dans le monde de l'archaïque. Elles renvoient le thérapeute aux expériences précoces de la relation. Dans le transfert émotionnel, il n'est pas rare que l'autiste place le psychomotricien en position de substitut maternel, d'objet externe contenant. Il devient un support, un socle sur lequel le sujet autiste s'appuie pour se construire corporellement et psychiquement. L'archaïque pose, de fait, les bases de l'intégration du Moi et du sentiment d'exister. Il n'est donc pas anodin que les autistes, n'ayant pas conscience de leur intégrité psychique et corporelle, restent emmurés dans cet espace-temps archaïque. Le psychomotricien devient alors un accompagnant dans l'archaïque, un partenaire dans le retour aux interactions précoces. Il s'agit pour l'autiste de faire l'expérience des qualités de l'objet externe contenant qu'il n'a pas pu, peut-être, initialement intérioriser. Dans ses fonctions de pare-excitation, de transformation, de rêverie, le psychomotricien aide le sujet autiste à construire son corps, à l'habiter, le vivre sans angoisses. Il s'agit bien là de fonctions attribuées à la figure maternelle, mais le psychomotricien ne doit pas confondre les rôles. C'est en partie grâce au limites que le psychomotricien pose, que le sujet peut élaborer les siennes, fabriquer son enveloppe et ainsi contenir, apaiser ses angoisses de corps. L'autiste passe alors d'un sentiment de corps morcelé et angoissant à une image du corps unifiée et sécurisante.

Le psychomotricien se doit d'accueillir les moments de régression, les retours à un stade antérieur affectif ou mental. Ces situations sont peut-être à envisager comme de réelles régressions à une phase du développement mal intégrée, réalisée ou bien comme une étape non franchie. Peut-être est-ce pour cela que l'on parle « des autismes ». Quoi qu'il en soit, la séance de psychomotricité est un espace où des éprouvés de corps se jouent ou se rejouent. Il y va forcément des premières relations avec la mère qui se matérialisent d'ailleurs, dans notre disponibilité psychique (holding,

capacité de rêverie, fonction alpha) et nos modes d'action (les situations de portage, de balancement, de miroir, ...) que nous mettons en place.

B)- L'EMERGENCE DES ANGOISSES EN PSYCHOMOTRICITE :

L'approche psychomotrice est une thérapie à médiation corporelle. Elle a pour objet le corps, son organisation et son utilisation. Cette approche se trouve donc au cœur de l'angoisse des sujets autistes. L'angoisse de ceux-ci est, de fait, d'origine corporelle et se manifeste par le corps : effondrements hypotoniques brutaux, agrippement compulsif hypertonique, le collage et l'adhésivité, la fusion, ... Ainsi, chez les autistes, le corps est vécu comme angoissant. La thérapie psychomotrice, par la mise en situation corporelle qu'elle propose, peut les confronter, directement, à leurs angoisses de corps. Le psychomotricien, dans son approche corporelle, vient observer, toucher, manipuler, ce corps terrifiant. Il s'attaque, de manière immédiate, aux angoisses du sujet. Le psychomotricien doit être particulièrement attentif aux vécus corporels archaïques et à l'émergence des angoisses corporelles chez le patient autiste. Il s'agit de repérer les manifestations d'angoisse et l'origine de leur apparition. Mais, le thérapeute ne doit pas pour autant, devenir menaçant ou persécuteur. A nous d'être vigilant dans notre regard, notre approche, notre relation au patient autiste, d'adapter nos comportements face à ses réactions d'angoisse.

Je me rappelle alors, un jeune garçon autiste qui, ne supportant pas d'être regardé, m'avait sauté dessus et griffé au niveau du visage et, notamment des yeux. Je pense que mon regard a été vécu ici, comme un danger, une intrusion. L'angoisse de pénétration, dans laquelle il se trouvait, était telle qu'il ne pouvait qu'attaquer la personne persécutrice. Suite à cet événement, lors de nos rencontres, je restais attentive à ne pas devenir angoissante par mon regard, et mesurais l'engagement relationnel. Il s'agissait, entre autre, de savoir détourner le regard quand je sentais la relation m'échapper, que la peur s'installait entre nous.

Malgré tout, l'exploration et la compréhension des angoisses corporelles archaïques se révèlent primordiales pour le psychomotricien qui cherche à construire l'image du corps, le Moi corporel. Le travail du psychomotricien est d'accompagner, de verbaliser ce que vit sur l'instant l'autiste, d'être à sa disposition dans l'empathie. En mettant du sens, des mots sur son vécu, le thérapeute sécurise la relation qu'il entretient avec son patient et instaure un climat de confiance. Ce travail demande de la part du psychomotricien, la connaissance et la maîtrise de son propre fonctionnement et de ses propres angoisses archaïques.

C)- LA SOUFFRANCE DU PSYCHOMOTRICIEN :

Nous avons vu dans le cas de la prise en charge de Sam, comment le psychomotricien peut se laisser submerger par l'angoisse du patient et être, lui aussi, en souffrance. La nature primitive et extrême des angoisses autistiques fait qu'elles se ressentent inévitablement dans notre relation au sujet autiste. Le psychomotricien, pour ne pas être contaminé et paralysé par celles-ci, doit savoir prendre du recul par rapport à la prise en charge et avoir conscience de ses propres limites psycho-corporelles. Il est le réceptacle de la souffrance, des angoisses, mais de doit pas se laisser envahir. Elles ne doivent pas devenir communes au patient et au thérapeute.

De plus, les angoisses archaïques peuvent paralyser la pensée et la réflexion du psychomotricien. Nous pouvons facilement nous laisser entraîner dans le tourbillon autistique et nous perdre nous-même, ne plus se sentir exister comme sujet pensant. Le psychisme du thérapeute s'immobilise, se fige sous le froid autistique. Cela vide le sens du processus thérapeutique. Le gel psychique est, à mon avis, l'un des plus gros risques auxquels nous sommes exposés dans l'autisme. Dans ce cas, j'ai souligné, plus haut, l'importance de la présence d'un tiers dans la relation thérapeutique et de l'analyse, par le psychomotricien, de son contre-transfert émotionnel.

Aussi, les angoisses corporelles des sujets autistes soulèvent celles du thérapeute. Il s'agit d'une contagion émotionnelle inconsciente. Les vécus terrorisant des patients autistes réveillent en nous, nos propres angoisses archaïques. Si elles ne sont pas reconnues et réfléchies, elles transforment et rendent notre propre vécu angoissant.

Penser et donner sens aux angoisses corporelles archaïques permet de prévenir ces débordements et d'ouvrir une faille dans la carapace autistique.

Il faut un psychomotricien « entier », solide psychologiquement et physiquement, avec des limites psycho-corporelles fiables. Cette contamination des angoisses reflète, à mon sens, les problèmes de distance relationnelle, d'identification plutôt que d'empathie, et amène le psychomotricien à une remise en question perpétuelle.

CONCLUSION

Conclure sur un sujet aussi vaste et complexe que l'autisme n'est pas chose facile. Il s'agit certainement d'une pathologie du lien à l'autre, mais également d'une pathologie de l'angoisse. Pourquoi le sujet autiste se trouve confronté à d'intenses angoisses corporelles ? La réponse se trouve dans le fait qu'il habite son corps de manière très archaïque, et qu'il possède une image du corps précaire. Comment le psychomotricien peut-il alors l'amener à construire son corps en entité unifiée et sécurisée ?

La psychomotricité incarne une manière d'être et de rencontrer, « d'appriivoiser » l'enfant ou l'adolescent autiste. Elle s'avère pertinente, dans la mesure où il s'agit de comprendre et de construire le corps du sujet. A partir de sa disponibilité psychique et l'utilisation de son propre corps, des stimulations sensorielles, de l'espace et des objets, le psychomotricien étaye, construit le sentiment de soi et une meilleure habitation corporelle. Il expérimente le corps, le vécu en relation jusqu'au dépassement des angoisses corporelles archaïques. La psychomotricité promeut la construction d'un corps unifié et organisé, le rendant ainsi disponible aux échanges et à l'entrée en relation. Un corps à habiter pour l'enfant autiste reste donc, un corps dont les manifestations aussi diverses qu'elles soient, peuvent être accueillies psychiquement et corporellement par le psychomotricien.

Je souhaite signaler à quel point cette expérience fut riche en enseignements. Les recherches théoriques et les rencontres cliniques m'ont permis de prendre conscience des difficultés que peuvent rencontrer les sujets autistes. J'ai également noté le rôle essentiel d'une prise en charge psychomotrice auprès de cette population.

Cependant, les angoisses corporelles étant aussi liées à l'histoire du sujet, et du fait de la complexité de la pathologie autistique, ce mémoire retrace une compréhension partielle qui reste à approfondir...

La psychomotricité est certes, une approche pertinente dans la prise en charge de patients autistes, mais elle n'est en aucun cas une solution miracle. Ainsi, tous les points de vue qui permettront de soulager la souffrance des patients autistes et de leur famille seront bien évidemment à prendre en considération.

Bibliographie

LIVRES :

ANZIEU D., 1985, Le Moi peau, Edition Dunod, 1995, 291 pages

ANZIEU D. et al., 1987, Les enveloppes psychiques, 3^{ème} édition, Edition Dunod, 2003, 282 pages

BALLOUARD C., 2003, Le travail du psychomotricien, Edition Dunod, 182 pages

BLOCH H. et al., 1997, Dictionnaire fondamental de la psychologie, 2^{ème} édition, Edition Larousse, 2002

BULLINGER A., 2004, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, 2^{ème} édition, Edition Erès, 2007, 272 pages

CONSTANT M., CALZA A., 2004, Abrégé Psychomotricité, Edition Masson, 189 pages

DEFIOLLES-PELTIER V., 2000, Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, Edition GaËtan Morin éditeurs, Paris, 203 pages

DOLTO F., 1984, L'image inconsciente du corps, Edition du Seuil, 376 pages

FERRARI P., 1999, Que sais-je ? L'autisme infantile, 3^{ème} édition, Edition Puf, 2001, 128 pages

KAPSAMBELIS V., 2007, Que sais-je ? L'angoisse, Edition Puf, 128 pages

LAZARTIGUES A., LEMONNIER E., 2005, Vivre et comprendre les troubles autistiques, du repérage précoce à la prise en charge, Edition Ellipses, 167 pages

MISSENIER S., LISANDRE H., 2003, Le virtuel, la présence de l'absent, Edition E.D.K., p181-198

NASIO J.-D., 2007, Mon corps et ses images, 2^{ème} édition, Editions Payot et Rivages, 2008, 277 pages

PERRON R., RIBAS D., 1994, Monographies de la revue française de psychanalyse, autisme de l'enfance, Edition Puf, 156 pages

RIBAS D., 1992, L'énigme des enfants autistes, Edition Hachette littérature, 222 pages

SAMACHER R. et al., 1998, Psychologie clinique et psychopathologie, collection grand amphi, Edition Bréal, p. 287-328

TUSTIN F., 2003, Les états autistiques chez l'enfant, Edition Seuil, 437 pages

TUSTIN F., 1989, Le trou noir de la psyché, les barrières autistiques chez les névrosés, Edition Seuil, 274 pages

WINNICOTT D. W., 1969, De la pédiatrie à la psychanalyse, Edition Payot, 464 pages

ARTICLES :

BOUTINAUD J., 2003, Une psyché en hiver, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°134, p 88-105

BURY V., 2003, Investissement particulier du bas du corps et de la marche chez de jeunes enfants présentant précocement des troubles graves de la structuration de leur personnalité, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°134, p 60-81

DELION P., 2003, Pour aider le bébé à risque autistique, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°134, p 32-38

DELION P., 2004, Le Développement sensorimoteur de l'enfant, Thérapie psychomotrice et recherche N° 140 Bilan Sensorimoteur, p 16-23

CHAMBON J.-P., 1999, L'image du corps, Thérapie psychomotrice et recherches N° 117, p104-112

COURBERAND D., 1993, Le mythe d'Héraclès ou les fondements d'une thérapie psychomotrice, Thérapie psychomotrice et recherches N°99, p 14-25

DUPUIS G., 2003, Comment aborder les stéréotypies autistiques, Thérapie psychomotrice et recherches N°134, p 82-87

FOULATIER F., 1994, Image du corps, schéma corporel : deux espaces, Thérapie psychomotrice et recherches N°100, p 14-17

GUILLERAULT G., 1993, De la dualité schéma corporel/image du corps en psychanalyse, Thérapie psychomotrice et recherches N°99, p 108-115

HAAG G., 1990, Les troubles de l'image du corps dans les psychoses infantiles, Thérapie psychomotrice et recherches N°86, p 50-65

HAAG G. et coll., 1995, Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité

HAAG G., 1998, De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme, Exposé à l'hôpital St Vincent de Paul

HAAG G., 1989, De la naissance physique à la naissance psychologique, in « L'aventure de naître », p 211-223

HAAG G., 1985, La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, Neuropsychiatrie de l'enfance, p 107-114

JOLY F., 1993, Le sujet et la dynamique des images du corps, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°99, p 48-69

JOLY F., 1996,angoisses psychotiques et images du corps, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* N°11, p 581-590

JOLY F., 1998, Apports cliniques et théoriques des thérapeutiques psychomotrices à la compréhension et au traitement de l'autisme infantile, *Thérapie psychomotrice et recherches* N° 114, p 74-91

JOLY F., 2003, Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°134, p 40-57

LANÇON G., 2004, Bilan sensorimoteur et psychothérapie institutionnelle dans la prise en charge des patients souffrant d'autisme, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°140, p 50-53

LATOURE A.-M., 1994, Un corps auquel se tenir, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°100, p 72-77

LATOURE A.-M., 2007, Le travail des analogies corps/espace en psychomotricité, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°150, p 26-35

LATOURE A.-M., 2008, Processus autistiques et psychomotricité. « Apprendre de l'expérience », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* N°56, p 39-43

LESAGE B., 1998, Tonus, posture, verticalisation et structuration du sujet, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°114-115, p 138-145

ORJUBIN J.-M., 2003, Un cheminement thérapeutique en psychomotricité auprès d'enfants autistes, *Thérapie psychomotrice et recherches* N° 134, p 24-31

PAGANI M., 2005, Les autoagrippements: à la recherche d' « un sentiment continu d'exister » ?, *Thérapie psychomotrice et recherches* N°144, p 4-53

PHILIBERT CAUT I., 1994, Réflexion autour des notions de schéma corporel et d'images du corps, Thérapie psychomotrice et recherches N°100, p 18-22

PIREYRE E., 2008, Prise de conscience du corps et affects. Une certaine théorie de la psychomotricité, Evolution psychomotrice N°72, p 94-100

PIREYRE E., 2004, Les angoisses corporelles archaïques en psychomotricité, Evolution psychomotrice N°63, p3-11

SCHEIN I. et TORDJMAN M., 1993, La distorsion des images réfléchies : réflexion sur des images tordues ou l'importance du toucher et du regard en thérapie psychomotrice, Thérapie psychomotrice et recherches N°99, p 126-131

SOULAYROL R., 2003, Mise au point sur l'autisme, Thérapie psychomotrice et recherches N° 134, p 106-143

TORDJMAN M., 2003, Interview de Geneviève HAAG, Thérapie psychomotrice et recherches N° 134, p 10-23

Annexes