

# Les impasses thérapeutiques dans la phobie scolaire de l'adolescent

**Emmanuelle Boë**

DANS **LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2020/1 Vol. 63**, PAGES 93 À 114  
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0079-726X

DOI 10.3917/psy.631.0093

Date de mise en ligne : 18/05/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2020-1-page-93?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES DANS LA PHOBIE SCOLAIRE DE L'ADOLESCENT

EMMANUELLE BOË<sup>1</sup>

## LES IMPASSES THÉRAPEUTIQUES DANS LA PHOBIE SCOLAIRE DE L'ADOLESCENT

*La phobie scolaire de l'adolescent confronte régulièrement le clinicien à une singulière résistance aux thérapies entreprises, qu'elles soient ambulatoires ou institutionnelles. Pour contourner cette impasse, nous proposons de considérer l'école non seulement comme le lieu des apprentissages, ou celui qui symbolise la séparation d'avec la mère, mais également comme un synchronisateur externe de rythmicités. Au travers d'une situation clinique, nous explorons le registre autistique de fonctionnement qui se déploie chez un adolescent lorsqu'il est confronté à la question scolaire. Nous émettons l'hypothèse que des défaillances répétées dans l'accordage rythmique, des microtraumatismes précoces ayant empêché qu'un rythme de sécurité s'installe dans la relation primaire, entretiennent une strate autistique de la psyché, réglée sur un rythme mécanique. Les bouleversements pubertaires, en modifiant le rapport au temps qui s'est construit dans l'entrelacs des rythmes, ravivent les traumatismes dysrythmiques précoces. Une discontinuité, une rupture dans la synchronisation externe (vacances scolaires, arrêt maladie, etc.) peut alors déclencher l'éclosion des troubles. La co-création d'une enveloppe rythmique sécurisante va alors constituer à la fois un préalable et une amorce du lien thérapeutique.*

Mots-clés : *Phobie scolaire, adolescence, accordage rythmique, fonctionnement autistique.*

## THERAPEUTIC IMPASSES IN ADOLESCENT SCHOOL PHOBIA

*Adolescent school phobia regularly confronts the clinician with an unusual degree of resistance to the therapies undertaken, whether ambulatory or institutional. To get around this impasse, we propose to consider school not only as the place of learning, or a place that symbolizes separation from the mother, but also as an external synchronizer of rhythmic patterns. Through a clinical case, we explore the autistic register of functioning that unfolds in an adolescent when confronted with the issue of school. We hypothesize that repeated failures in rhythmic harmonization, due to early microtraumas that prevented a rhythm of security from being established in the primary relationship, maintain an autistic stratum of the psyche, which is set on a mechanical rhythm. The upheavals due to puberty, by modifying the relationship to time that has been constructed from the interweaving of rhythms, rekindle early dysrhythmic traumas. A discontinuity or break in external synchronization (school holidays, sick leave, etc.) can then trigger the outbreak of disorders. The co-creation of a reassuring rhythmic envelope will therefore constitute both a prerequisite for and the beginning of the therapeutic bond.*

Keywords: *School phobia, adolescence, rhythmic harmonization, autistic functioning.*

La phobie scolaire a une courte histoire psychiatrique, à peine un siècle. Mais une histoire tourmentée, faite de controverses, de remises en cause. Sa dénomination se voit d'abord contestée, puis son existence même en tant qu'entité nosographique. Requalifiée en « refus scolaire anxieux », « retrait scolaire » ou en « trouble de l'attachement », elle est aujourd'hui finalement retirée des classifications internationales.

1. Pédopsychiatre, praticien hospitalier.

Ces errements épistémologiques, et l'impossibilité à stabiliser ne serait-ce qu'une appellation consensuelle, sont d'autant plus surprenants que la description du phénomène fait l'unanimité : survenue d'une angoisse massive, parfois d'expression corporelle exclusive, à la perspective de se rendre en cours et qui cède avec le renoncement à y aller. Cette définition de la phobie scolaire, ni simple retrait, ni réducteur refus, suffit à écarter les formes de désinvestissement scolaire lié à une entrée dans la schizophrénie ou à l'installation d'un état dépressif. Il manque cependant, pour valider la notion, une stratégie thérapeutique ayant fait ses preuves, et ce, quelles que soient les obédiences théoriques.

Force est de constater l'inefficacité dans la durée des stratégies éducatives ou comportementales, la résistance aux psychothérapies qui, lorsqu'elles paraissent investies, le sont finalement pour que rien ne bouge, la brièveté du bénéfice des hospitalisations (en sortant des institutions tout recommence souvent de plus belle). Les progrès apparents qui satisfont un temps thérapeutes ou équipes ne s'inscrivent pas dans le temps. Lorsqu'un retour scolaire a lieu, il est fréquent qu'il ne se prolonge pas. Et lorsque la scolarité reprend son cours, la vie sociale reste d'une persistante pauvreté ; si une adaptation socio-professionnelle a lieu, elle demeure en surface.

Comment comprendre de telles impasses thérapeutiques ? Peut-être que ce qui nécessite des soins n'est pas ce qu'il paraît. Un malentendu ne permettrait pas que le noyau de la perturbation soit atteint. Autant dire que la phobie scolaire agit comme un leurre, elle installe un jeu de dupe. Elle n'est ni tout à fait une phobie, ni vraiment scolaire, et pourtant la combinaison des deux qualifie mieux que tout autre ce trouble aussi facile à décrire qu'il est difficile à définir.

## LES DIVERSES PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES DEPUIS LE COMMENCEMENT

L'acte de naissance de la phobie scolaire a été prononcé avec l'école obligatoire. Elle n'a cependant pas été considérée comme telle au début du XX<sup>e</sup> siècle. Elle a été d'abord qualifiée d'école buissonnière et regardé uniquement sous l'angle transgressif. La reconnaissance d'une forme névrotique d'absentéisme scolaire a permis de la nommer dans les années 1940 (Johnson, 1941).

Les premières recherches se sont penchées sur le milieu, en particulier la famille. Une mère anxieuse, surprotectrice, voire agoraphobe et un père incarnant insuffisamment le rôle de tiers étaient régulièrement décrits (Sperling, 1967). L'indication d'un traitement familial découlait de ces constatations, non sans efficacité sur les phobies scolaires de l'enfant. En se focalisant davantage sur le patient lui-même, on s'aperçut qu'une vision purement névrotique des troubles ne suffisait pas, à plus forte raison s'il s'agissait d'un adolescent.

L'épistémologie psychanalytique de la phobie scolaire a suivi dans les grandes lignes celle de la phobie en général. Au début de la psychanalyse, la lecture en est essentiellement névrotique : le sujet confronté au paradoxe de ses désirs œdipiens est contraint au refoulement. Le désir libidinal, non totalement

renoncé, expose à la situation redoutée : la castration qui détruirait le désir même cherchant à triompher. Devant la menace de diffusion de l'angoisse, le moi trouve comme solution de la localiser à l'extérieur en une peur circonscrite, qualifiable. Le danger peut s'éviter ou s'apprivoiser. Le prix à payer étant une restriction des fonctionnalités du moi, une inhibition (Freud, 1926). La psychothérapie analytique s'avère particulièrement indiquée dans une telle situation. Mais elle est mise en échec lors de la rencontre de formes invalidantes, peu accessibles à la symbolisation, et finalement sous-tendues par des angoisses envahissantes. Et c'est bien le cas des phobies scolaires de l'adolescent. Le déplacement de l'angoisse perd de sa fonctionnalité en portant sur un objet aussi imprécis dans ses contours que la scolarité. Les symptômes associés dépassent d'ailleurs la simple inhibition et témoignent d'un défaut d'élaboration par les processus secondaires : somatisations digestives, neurologiques, ou vertiges, et parfois manifestations du registre de l'agir, errance, comportement délictueux, ou d'un non-agir radical, l'enfermement.

En 1977 s'opère un tournant dans la conception de la phobie scolaire, avec la parution dans la revue *La Psychiatrie de l'enfant* de deux articles déterminants. Celui de Lebovici et Le Nestour (1977) permet d'en situer la psychopathologie au carrefour de l'insuffisance de mentalisation et de la mise en acte. Le recours régressif à un état de dépendance passive à l'objet contra-phobique, généralement la mère, témoigne de l'ampleur de la fragilité du moi. Sur un plan économique, c'est le contre-investissement de cette passivité qui précipite les adolescents dans des conduites potentiellement délictueuses. Le second article, rédigé par Dugas et Gueriot (1977), reprend l'analyse des tests de Rorschach d'une trentaine de patients. Des angoisses archaïques en émergent, témoins de failles narcissiques. Pour contenir ces angoisses, des procédés intellectualisants (abstraction, rationalisation, généralisation, formalisme) complètent l'arsenal défensif et retardent l'élaboration de l'angoisse. Des propositions thérapeutiques associant hôpital de jour et psychothérapie n'empêchent pas les cinq adolescents suivis plusieurs années par Lebovici et Le Nestour d'avoir des évolutions critiques, entre psychopathie, décompensation paranoïaque, marginalisation sociale. La phobie scolaire a quitté, avec ces articles, les rives de la névrose pour aborder les berges du narcissisme.

La fragilité dans la constitution et le fonctionnement du moi va faire son chemin et ressurgir au travers de l'exploration des « psychophobies » dès les années 1980 (Donnet, 1982 ; *Revue française de psychanalyse*, 2014). Ce terme recouvre les phénomènes d'évitement des productions psychiques (contenu, fantasmes, représentations) mais aussi modalités de liaison. Les psychophobies trouvent parfois leur origine dans des traumatismes cumulatifs qui, pris dans un fonctionnement associatif réticulaire, condamnent, pour ne pas être réactivés, tout un champ psychique, en particulier le domaine de la pensée affectée. D'autres fois, elles résultent, à la puberté, d'une sexualisation torpide de la pensée qui devient taboue dans son ensemble (Kestemberg, 1986). Finalement, la phobie scolaire ne serait rien d'autre qu'une forme clinique adolescente de phobie du penser (Birraux, 1994). L'accent n'est pas mis par ces différents auteurs sur l'évolution après les thérapeutiques proposées, généralement hôpital de jour et psychothérapie.

Un autre axe épistémologique est développé à la même période par l'école britannique de psychanalyse, en la personne de Frances Tustin (1977, 1986,

1989) en particulier. Cette dernière met en évidence chez certains de ses patients, ceux dont l'angoisse est principalement traitée dans le corps ou par l'agir<sup>1</sup>, une zone aveugle de développement bloqué, enfoui dans les profondeurs de la psyché, qu'elle qualifie d'« ilot » ou d'« enclave » autistique. Cette enclave risque de refaire surface à l'occasion d'une déstabilisation, d'une rupture. La cassure de rythme à l'occasion d'un retour de vacances scolaires peut suffire à déclencher le trouble qui consiste en une mise en grève. Frances Tustin le lie à un rapport aux apprentissages, sans aborder plus en détail la manière dont une émergence autistique produit ce symptôme d'allure névrotique, mais elle ouvre le champ de l'articulation de la phobie avec l'autisme, chez un même enfant. La relation entre cassure de rythme et déclenchement du trouble oriente de manière très originale la problématique de la phobie scolaire. L'école n'est plus vue seulement comme le lieu des apprentissages, ou celui qui symbolise chez le petit enfant la séparation d'avec la mère, mais aussi comme un grand métronome, un synchronisateur externe des rythmicités.

Tustin n'aborde pas la question de l'évolution des patients qu'elle reçoit en psychanalyse. Lorsque le devenir des patients est exploré dans les articles, celui-ci est généralement préoccupant malgré les bons soins qui leur sont prodigués et la diversité de ceux-ci (hôpital de jour ou temps-plein, psychothérapie). Chez un tiers d'entre eux, des troubles psychiatriques persistent quatre ans après une hospitalisation inaugurale (étude de Quéré, 1984). Même les cas les plus favorables, avec reprise scolaire, ne sont souvent pas indemnes d'une restriction de leur vie affective et relationnelle à l'âge adulte (Berg, 1976). Et c'est sans compter la proportion importante qui échappe au suivi peu après les premières consultations (presque un tiers dans l'étude rétrospective de Zugaj, 2016).

Au travers de la situation clinique abordée, nous rejoignons ces divers auteurs dans l'extrême difficulté à définir une stratégie thérapeutique qui profite durablement au patient. En prenant acte de cette singulière résistance à la thérapie, nous tenterons d'en éclairer les déterminants afin de mieux les intégrer dans les soins.

## LA PHOBIE SCOLAIRE D'ALAIN

### UN DÉBUT DE PHOBIE SCOLAIRE EXEMPLAIRE

La phobie scolaire d'Alain a débuté insidieusement vers 14 ans. Bon élève, une scolarité sans particularité. Peu sociable, et malmené par ses pairs en classe de 3<sup>e</sup>, il interrompt totalement sa scolarité après les vacances de Noël. Les parents, comme le psychiatre qui le reçoit alors, attribuent son refus de retourner en cours aux mauvaises relations avec les pairs et conviennent de concert d'un changement d'établissement en cours d'année. Pour son premier jour dans le nouveau collège, sa mère l'amène en voiture. Il se cramponne à son siège, s'opposant catégoriquement à la perspective de descendre du véhicule.

1. Pathologies psychosomatiques, anorexie mentale et phobie scolaire.

Une hospitalisation est rapidement organisée. Il y apparaît à la fois mutique avec les soignants et à son aise dans l'institution. Un diagnostic de névrose phobo-obsessionnelle est posé avec prescription d'antidépresseur. Comptenu de son bon niveau scolaire jusque-là, le passage en seconde lui est accordé par son collègue, malgré une demi-année d'absence.

D'emblée en ce début de récit, frappe le caractère opératoire des réponses faites à Alain : il ne veut plus aller dans un collège, on le change d'établissement. Quand il refuse le nouvel établissement, on l'hospitalise. À la rentrée suivante, en seconde, il se rend au lycée quelques semaines puis s'enferme chez lui. L'essentiel de ses journées se passe dans sa chambre, voire dans son lit. Il ne nous est rapporté que des bribes inarticulées de cette période. L'ambiance familiale semblait d'une extrême pesanteur, au point que le père associe l'idée d'une réédition de ce vécu si son fils revenait au domicile à une vie qui se réduirait à attendre la mort.

Une hospitalisation en établissement soin-étude s'organise dans les mois suivants. Encore une fois, la réponse court-circuite toute élaboration de la souffrance du patient et réplique point par point à son comportement : il ne veut pas aller en cours, alors on le mènera dans un établissement où des soins lui permettront de s'y rendre.

#### LA SOLUTION D'UNE PRISE EN CHARGE SOIN-ÉTUDE

L'hospitalisation suit un déroulement proche de la précédente : très bonne adaptation au lieu, qui contraste avec une attitude de retrait et d'opposition passive sur les temps de soin. L'implication dans le dispositif scolaire est inattendue : il parvient, à l'intérieur même de l'hôpital, à faire croire qu'il se rend en cours alors qu'il s'en absente, et pendant plusieurs semaines d'affilée. Il fréquente volontiers les espaces communs, comme la médiathèque ou la salle d'informatique.

Il n'est finalement pas plus assidu en cours dans ce contexte apparemment privilégié où le lieu des études n'est séparé de celui de l'hébergement que par un couloir, où les classes ont de petits effectifs et les enseignants sont initiés aux rudiments de la psychologie. La phobie scolaire n'est donc pas qu'une question d'aménagement du cadre pédagogique, ce qui ne nous surprend guère. Parler de phobie suppose cependant le déplacement d'une conflictualité interne sur l'extérieur. À ce stade, rien ne nous permet de supposer la nature d'un éventuel conflit psychique si ce n'est l'âge adolescent et les turbulences inhérentes.

S'il ne vient que rarement en cours, il participe assidument aux sorties scolaires à l'extérieur. Il surprend alors par sa verve et l'étendue de ses connaissances. Il investit également les médiations thérapeutiques et semble s'y déployer, s'exprime en groupe avec certaine fluidité. Que de contrastes !

#### UNE ENFANCE TROP DISCRÈTE

Le récit des parents sur l'enfance de leur fils nous apprend que le couple est absorbé depuis longtemps par des conflits entre eux et avec leur fils aîné réputé hyperactif. Les parents ne retrouvent de la petite enfance de leur cadet

que deux éléments à raconter : il a marché tard, à 20 mois environ, et a parlé encore plus tard. À l'entrée en petite section il n'avait que dix-neuf mots à son actif, précise le père soucieux des détails et ne s'embarrassant pas d'affects. Aucune exploration de retard n'a d'ailleurs été entreprise à l'époque. À l'entrée en petite section, il se montrait indifférent aux retrouvailles avec sa mère. Celle-ci se souvient qu'elle en profitait pour faire une course et le récupérer un peu plus tard. Comme si l'attitude de son fils la confortait dans ce qui ressemble à un non-investissement de celui-ci. Le retard de développement semble donc à relier à une carence affective précoce dont il est impossible d'établir l'ampleur a posteriori. Sans fait divers expliquant ce défaut d'investissement maternel, nous supposons l'existence de microtraumatismes cumulatifs dont le développement précoce d'Alain aurait pâti<sup>1</sup>. À l'école, il était décrit comme discret, peu sociable, avec les compétences attendues pour son âge. Tout pour passer inaperçu.

Après quelques mois d'hospitalisation, et devant le constat de l'équipe d'une impossibilité à rencontrer cet adolescent, je vais le recevoir une séance par semaine pendant plusieurs années. Habituellement ce rôle est dévolu à un thérapeute extérieur à l'institution. Toute tentative d'extériorisation ayant échoué chez lui, un cadre bifocal lui est proposé au sein même du lieu de soin, un autre psychiatre étant positionné comme interlocuteur du patient mais aussi de ses parents, de l'équipe et des enseignants. On ne peut procéder à la partition classique réalité interne/réalité externe avec ce patient, car son monde interne restant particulièrement hermétique, il faudra que nos rencontres soient alimentées par des petits événements du quotidien rapportés par l'équipe pour qu'un minimum d'échange ait lieu.

Son extrême laconisme s'apparente davantage à un empêchement qu'à une opposition adolescente (quoique celle-ci puisse teinter celui-là). Une telle impossibilité à échanger, à partager un peu de son monde interne, pourrait traduire une extrême fragilité des enveloppes psychiques. Pour qu'une communication puisse s'installer, l'établissement d'un cadre fiable et prévisible va compter davantage que le contenu des échanges, un cadre où les mots enveloppent et entourent plus qu'ils ne visent ou interprètent.

## L'EXTRÊME ARIDITÉ DU MONDE INTÉRIEUR D'ALAIN

Lorsque je rencontre Alain, à 16 ans, il a fait un premier trimestre quasi blanc et l'équipe s'épuise en stratagèmes pour le mener jusqu'à la salle de classe. Il attend alors que l'infirmier tourne les talons pour en faire autant. Par ailleurs, il se griffe le nez jusqu'au sang et se gratte les crottes. Face à moi, il est animé d'un mouvement de balancement d'avant en arrière sur sa chaise. Cette stéréotypie parle de sa carence précoce. Tel un autoérotisme primaire, organisation minimale de la libido qui faute d'être rassemblée au sein d'une relation reste éparse, le balancement rythmique surinvestit la décharge.

1. Rémy Puyuelo (2014) propose une hypothèse de cet ordre pour expliquer les troubles d'un jeune patient, dont la phobie scolaire est le point d'appel et dont le fonctionnement le confronte à la triade « paradoxalité-régime de survie-omniprésence de l'actuel » qui caractérise les traumatismes narcissiques précoces.

Lors de cette première rencontre, les seules paroles d'Alain sont : « Je n'ai pas envie », entrecoupées de longs silences insondables. Je me sens à la fois touchée par l'immensité du désarroi que je perçois, et en même temps comme frappée d'un verdict de non-existence (Aulagnier, 1985) qui me pousse à réagir. Je valorise alors son expression, unique, qui témoigne tout de même d'un mouvement subjectif, et prononce une suspension temporaire de la scolarité, sortant à l'occasion du rôle psychothérapeutique qui m'était assigné. Devant mon impuissance à instaurer un échange, j'ai tenté de montrer que j'avais entendu son impossibilité et la souffrance qui l'accompagnait, plutôt que les dire. Espérant produire une action parlante, j'ai pris le risque qu'une réponse dans l'agir n'instaure pas d'espace de pensée mais bien au contraire le court-circuite.

À la deuxième séance, Alain n'est d'ailleurs pas franchement plus loquace mais je constate un signe encourageant : son visage n'a plus de croûte. L'explication qu'il en donne est des plus étranges, et introduit aux particularités de son rapport au temps : en rangeant sa chambre aidé d'une infirmière, il est tombé sur une crème cicatrisante que sa mère lui avait donné un an plus tôt. Il l'a alors ouverte et utilisée pour la première fois après notre première rencontre. Par ailleurs, il se plaint du dernier entretien familial car le psychiatre ne lui a pas demandé de parler de lui. Je propose comme explication qu'il attendait des réponses à des questions plus élémentaires avant de lui poser des questions personnelles. Son commentaire est sans appel : « C'est stupide ». Il semble attendre de nous ce qu'il n'a probablement jamais expérimenté du côté de ses parents, que l'on s'intéresse à sa psyché, qu'on l'investisse de libido. Devant l'extrême aridité de son monde intérieur dont quasiment rien ne filtre, j'imagine lui prêter mon appareil à penser. Par la suite, il va accepter le jeu, ou plutôt le code interactif suivant : je suggère, à chaque question que je pose, toutes sortes de réponses, prévisibles, décalées, fantaisistes. Il en choisit une, qu'il désigne généralement par un chiffre correspondant à l'ordre de mon énonciation, ou bien il les réfute toutes.

Un mot sur la qualité du silence d'Alain face aux questions : un silence sans embarras ni difficulté à répondre évidente, parfois il baille bruyamment ou il s'étire, son visage n'a pas d'expression particulière. Parfois, après un temps indéfini, une réponse tombe, brève et peu informative (« je ne sais pas », « peut-être », « mouais »). Souvent, rien ne vient. Si les réponses épisodiques d'Alain après un long silence semblent témoigner du fait qu'il garde en tête la question posée, il est bien rare que j'en fasse autant. Mes pensées m'égarant tandis que les siennes restent centrées, d'une impressionnante immobilité.

Meltzer (1980) décrit ainsi la rupture autistique, qui donne une impression de suspension du fonctionnement mental, d'une interruption temporaire de la reconnaissance de l'écoulement du temps, un gel de l'attention qui laisse les sens errer. Un mode de retrait du monde sans angoisse persécutive, ni désespoir qui spécifie l'autisme.

Ces temps de latence interminables irritent, l'exaspération des autres le laisse impassible. « Ça n'a pas toujours été le cas, mais c'est trop dur de parler d'avant », dit-il. Un repère temporel apparaît (« avant ») et un affect, ou plutôt une consistance (« dur »). L'équipe formule en réunion la violence qu'il suscite en retour de ses silences. L'élaboration des contre-attitudes des soignants en termes d'identification aux parents permet de construire l'hypothèse d'une

maltraitance familiale. Et le fait de garder cette perspective en tête ouvre chez Alain la possibilité d'évoquer des violences de la part de son père. Il pose un repère temporel relativement précis, l'âge de 12 ans, sans mise en récit plus explicite.

#### LE SIGNIFIANT FORMEL DU DÉMANTÈLEMENT

Alain aimerait aujourd'hui que son père reconnaisse ses agissements passés, mais il croit que ça n'arrivera jamais. Effectivement, il me rapportera ensuite que lorsque cette question est abordée en entretien familial, le père ni n'avoue ni ne réfute. Quand j'imagine pour lui la colère qu'il pourrait éprouver, il me répond qu'il s'agit plutôt d'un empilement. Comme s'il précisait la qualité formelle de l'éprouvé que je propose. L'empilement, telle une représentation de contenant psychique, s'apparente à un signifiant formel (Anzieu, 1974 ; Golse, 2007). Première étape dans la symbolisation du niveau originaire de la psyché, le signifiant formel survient à un stade très précoce où espace bidimensionnel et tridimensionnel ne sont pas encore bien différenciés. Il décrit une opération spatiale, indique la manière dont les enveloppes psychiques se constituent. L'empilement évoque une juxtaposition plutôt qu'une connexion avec mise en relation. Des lignes parallèles plutôt que des croisements. La capacité de liaison paraît défaite. Ainsi, l'empilement d'éprouvés pourrait être le signifiant formel correspondant au démantèlement sensoriel décrit par Meltzer, c'est-à-dire à l'attaque passive des processus de liaison.

Lorsque je lui demande comment il vit l'attitude de l'équipe très présente voire insistante auprès de lui dans les moments du quotidien (le réveil, le coucher, le rappel des rendez-vous), il répond : « Ça m'embête plutôt ». Non pas dans le principe mais dans la répétition : « Une fois suffit mais une fois c'est nécessaire et inutile de s'énerver ». Les parents c'est pareil. Il dresse un inventaire de leurs injonctions : « Va te laver, fais pas n'importe quoi, renverse pas les trucs sur la table, fais pas tomber ceci, n'abîme pas ce livre, range cela. Et c'est tout. » Nous avons à nouveau affaire à un empilement de consignes concrètes cette fois, à un monde opératoire familialement partagé.

#### LE TRÈS DISCRET REGISTRE ŒDIPIEN

Plus tard, il dira que la violence physique de son père, ce n'était pas le pire. « Le pire, c'était quand mon père parlait sans s'arrêter pendant 3 heures, non 4 heures, non 5 heures. Je ne pouvais pas me lever de ma chaise. Je devais rester. Impossible de l'interrompre... La morale, et d'autres choses... C'était tous les jours. » Cette scène répétée de passivation homosexuelle par le père a manifestement été insupportable. Comme un éteignoir du pubertaire, elle a contrarié tout mouvement de subjectivation, toute possibilité d'émergence d'une pensée propre. Il a fallu étouffer avant même sa naissance la poussée pulsionnelle du cadet, tandis que celle de l'aîné troublait et occupait le peu d'espace familial laissé vacant par les disputes des parents répétées jusqu'à la rupture.

Le récit d'Alain a toutefois une tonalité onirique avec cet étirement des heures, qui témoigne de son infiltration fantasmatique. Il n'utilise pas le

langage « anti-régression formelle » décrit dans les fonctionnements opératoires (Aisenstein, 2014), ce langage qui empêche toute rêverie, qui lutte contre tout associativité. Si une angoisse de castration est sous-jacente, celle-ci porte sur l'être lui-même plutôt que sur ses avoirs, elle concerne le narcissisme plutôt que les relations objectales. Ce vécu d'un père dont la parole assomme surdétermine l'objet de déplacement phobique : le discours professoral de l'adulte en position de savoir et son lieu d'exercice, l'école. Cette lecture névrotique suppose un accès au registre œdipien, ce que les tests projectifs, malgré la grande indigence du matériel projeté, confirment. La massivité des mouvements pulsionnels agressifs semble toutefois en déborder les capacités d'élaboration. Face à ce débordement, Alain paraît s'être organisé par la négativité. Celle de sa clinique (retrait et empêchement), celle de sa vie psychique (étouffement pulsionnel, extinction de la vie fantasmatique). Notons que son fonctionnement cognitif par contraste s'élève bien au-delà des normes attendues pour son âge. L'intellect fonctionne, il carbure même, mais dans l'abstraction des idées. Il est déconnecté de la vie psychique, comme si l'ancrage pulsionnel de la pensée était rompu. Marilia Aisenstein (2014) décrit de semblables phénomènes dans les clivages précoces. L'attaque de la pulsion à la source survient également dans certains graves *breakdown* adolescents (Gutton, 1991). La neutralisation, qui cherche à dénier la puberté, est profonde et abrase même l'angoisse. Si celle-ci apparaît, elle est de type dépersonnalisation, signant la perte de l'alliance avec le corps génital.

Le travail du négatif, intervenant au point d'origine de la pulsion, se traduit dans le corps d'Alain : fatigue permanente, infections ORL quasiment en continu, nécessité d'une supplémentation en fer et vitamines sans origine biologique à la déperdition. Les excitations non rassemblées en pulsions, déqualifiées, surchargent le soma et l'épuisent. Cet épuisement du corps, symptôme psychosomatique, signe la dissociation intra-psychique, le clivage précoce dans l'organisation du moi corporel.

## LE PARADOXE DE LA BOUTEILLE DE KLEIN

Une autre des habitudes exaspérantes d'Alain est de demeurer introuvable. Il erre dans les interstices de l'établissement. Il est attendu à un rendez-vous, et le voilà arpentant escaliers, couloirs et passerelles. Jamais bien loin, mais jamais là où on l'attend, en mouvement quelque part. Et finalement immobile dans son errance. Dans l'extrême solitude autistique, l'enfant qui semble jouer à cache-cache ne veut pas qu'on le trouve. Alain semble bien se cacher dans les recoins de la clinique pour qu'on ne l'y déloge pas. Rester seul, sans recours et sans ancrage. Et pourtant, s'il réfute l'idée de se cacher, on ne peut s'empêcher de l'entendre parler de lui-même lorsqu'il associe sur le comportement de sa chatte Poucette : « Poucette est tachetée comme un léopard, et bizarre, des fois elle se barre, elle se cache en haut de la mezzanine. Des fois elle se roule en boule et griffe. » Tout en niant se dissimuler, il associe sur les escapades de son chat, témoignant d'une capacité de liaison voire d'identification à un être vivant. Son registre de fonctionnement est alors bien plus évolué que le registre autistique précédemment évoqué.

Il n'a pas besoin de sortir au dehors pour demeurer introuvable. L'intérieur a ses recoins dans lesquels on peut échapper au regard. Il maîtrise parfaitement le quartier et les trajectoires, évolue d'un point fixe à un autre (librairie, bibliothèque). Il ne rentre jamais à l'heure mais fait peu de mystère sur ses déplacements. Lui qui apprécie les grandes marches seul dans Paris, lui qui aime les déplacements rapides à vélo, il admet que ce qui l'angoisse le plus à l'idée d'aller en cours c'est le trajet. Le trajet entre sa chambre et la salle de cours à l'intérieur de l'établissement. Quelques couloirs et un escalier. Lebovici et Le Nestour (1977) ont distingué l'agoraphobie du trajet et la claustrophobie de la salle de classe. Ici, comme une bouteille de Klein, le trajet est en intérieur donc l'agoraphobie se confond avec la claustrophobie. Un paradoxe tel qu'on en trouve dans les pathologies du narcissisme. L'intérieur et l'extérieur sont confondus comme dans un monde auquel il manquerait la troisième dimension, la profondeur.

Par ailleurs, comme Alain ne poursuit toujours pas d'étude dans un lieu dont c'est une des finalités, son psychiatre lui rappelle que son hospitalisation ne va pas pouvoir se prolonger dans ces conditions.

#### LA PULSIONNALITÉ ADOLESCENTE

En réponse, il se plaint que l'on voudrait « le foutre dehors ». Il se montre exigeant. Il déclare mal formulées les questions qui lui sont adressées. Il conteste beaucoup, bruyamment. À son psychiatre qui lui fait remarquer sa tendance à s'opposer, il répondra : « Vous préférez un patient mutique ou un patient qui proteste ? »

La question du cadre des soins devient omniprésente : il ne fait pas d'étude en un lieu qui l'exige, il ne respecte aucune contrainte horaire, ne rend aucun compte. Il ne va pas voir son médecin référent extérieur. Questionné sur ce point, il ne valide aucune de mes multiples propositions : il ne s'agit ni de blocage, ni de négligence, ni d'oubli. Mais d'une immobilité. Encore une fois, il ne décrit pas le contenu psychique mais sa qualité formelle : l'absence de mouvement. À nouveau, nous replongeons dans le monde immuable et figé de l'autisme.

Il qualifie d'absurde le cadre de soin et juge « creuses » les contraintes afférentes (encore une forme). La révolte gronde : « Vous ne dites jamais pourquoi, vous ne vous justifiez pas. La télé reste allumée le soir, certains stockent de la nourriture dans leur chambre, vos règles ne sont pas respectées. C'est la dictature ici, c'est vous qui imposez des règles. Vos règles ne changent jamais, vous n'apprenez rien des adolescents. » Par cette dernière remarque, il se place dans un jeu d'identification réciproque (de lui à l'équipe, et de l'équipe à l'adolescent, par la négative), tout en se situant dans la catégorie des adolescents, et donc dans l'ordre des générations. J'essaie de lui répondre, et lui fais remarquer qu'il devient difficile d'en placer une avec lui. On échappe à un système de dictature puisque les règles ne sont pas unilatérales, certaines nous sont imposées à nous aussi les professionnels. Et aussi nos règles ne sont pas immuables, on discute parfois d'aménagements de celles-ci en équipe. « Vos règles sont immuables ! » Je réponds : « Non, nos règles sont relativement constantes. » Il éclate de rire : « Quel euphémisme ! » Tout ce qui concerne le cadre devient

objet d'échange au cours duquel il pointe nos flous, nos approximations, nos failles. Il ne parle plus que de ça, s'accroche à cet objet. Ne comprendrait-il le travail soignant que sous forme de règlement intérieur ?

Il bataille à présent avec les mots, moins rares mais acérés, et agencés en phrases. Il conteste avec une vivacité toute neuve, le cadre, les règles, les postulats, les questions qu'il juge trop prévisibles.

Nous sommes alors début juin. En quelques mois l'évolution est considérable. Il est sorti de son mutisme abrasé et atone, une pulsionnalité toute adolescente anime ses mots et alimente sa vivacité. Mais toute cette vitalité est au service de l'attaque des soins, leur dénigrement. Il maltraite le traitement. Alors même que l'échange devient vivant, un transfert négatif s'installe. Une destructivité semble à l'œuvre dès lors qu'un lien pourrait s'installer. Il évite également tout engagement transférentiel en formulant des reproches non ciblés, qui ne se différencient pas selon ses interlocuteurs. Son « vous » reste générique, il ne s'adresse à personne en particulier.

La réduction des soins aux règles qui les encadrent est une manière de rester en surface, de ne s'intéresser qu'aux qualités superficielles tout en s'y agrippant. Nous avons donc ici d'autres registres de fonctionnement, plus complexes dans leur intrication : à une pulsionnalité franche et adolescente, se combine une attaque des liens qui renvoie au fonctionnement psychotique décrit par Bion (1974) et se mêlent des propos élaborés, argumentés, secondarisés, qui servent en réalité une défense autistique. Alain choisit le cadre de soin comme objet, complexe et abstrait. Il traite cet objet en surface, le réduisant à une mécanique de règles privées de sens. Et il y adhère, se colle à lui comme à un intérêt exclusif. L'adhésivité en surface est bien une défense qui appartient au monde chaotique, indifférencié et bidimensionnel de l'autiste.

## LA CATASTROPHE DES RÉACTIONS EN MIROIR

La place d'Alain dans l'établissement est questionnée avec une vigueur en miroir de celle qui jaillit à présent du patient. Une réunion se profile, devant statuer de la suite à donner à sa scolarité, et en filigrane de la poursuite ou non de son hospitalisation.

Je me sens exagérément soucieuse à l'idée de cette réunion, ce qu'il ressent, me précisant : « Je ne suis pas en sucre. » Il perçoit donc ma préoccupation pour lui et s'efforce de me rassurer avec humour dans un accordage émotionnel de bon aloi. Lui, dit ne pas s'inquiéter. Pourtant une forme d'anxiété semble perceptible à travers ses réponses qui deviennent toutes chiffrées, voire fractionnées. La clinique lui convient aux 2/3, il a 3/10 d'envie de rentrer chez lui et cote à 1/2 la perspective de retourner en cours.

Le récit de la réunion m'est rapporté par différents protagonistes. Sa défec-tion scolaire lui a été reprochée, ses attaques nouvellement exprimées lui revenant en boomerang. Il n'a pas prononcé un mot, recroquevillé dans un coin de la salle. Ses parents se sont sentis agressés et ont été vécus comme hostiles. L'idée d'une exclusion, faute de scolarité, a circulé alors même qu'aucune scolarité n'était proposée. La réunion s'est achevée dans une grande tension mutuelle. Alain est reparti avec ses deux parents.

L'après-midi, la mère que je ne connaissais pas m'a contactée en catastrophe pour m'annoncer qu'il venait de se battre avec son père et de fuguer ensuite. Elle me rapporta avoir retenu son mari, qui s'apprêtait à rattraper Alain, avec ces mots tragiques : « Nous l'avons perdu. » Comme quand il était petit enfant, l'air indifférent à la sortie des classes, elle n'a pas tenté de s'approcher de lui, optant pour un respect de son éloignement, comme s'il s'agissait d'un choix à prendre au pied de la lettre. Elle répondait en symétrie, s'écartait comme son fils prenait de la distance. Ce faisant, elle n'a pas introduit de décalage potentiellement transformateur, elle a privé Alain de la traduction et de l'interprétation de ses éprouvés et attitudes. Il semble qu'elle ait renoncé au lien dès que celui-ci était malmené, méconnaissant ainsi la valeur d'appel du retrait de son fils <sup>1</sup>.

Bien plus tard, lorsque je reparlerai de cette scène avec Alain, il me répondra : « Oui, je me souviens, j'étais allé à la FNAC. » Illustration type de son fonctionnement défensif : s'extraire des émotions, dénier les affects. Il se raccroche à un fait anodin, quasi un percept, comme solution anti-traumatique (l'expression est de Bernard Chervet, 2009).

Nous ne parviendrons pas à réparer les effets délétères de cette réunion qui a condensé toutes les contre-attitudes qu'Alain et sa famille suscitaient. L'équipe a réagi en miroir d'Alain, en écho aux réponses maternelles. Le patient refusa dans la foulée tout nouveau projet, rejetant toute proposition, se repliant dans un extrême laconisme (ponctué de trois expressions : « Je ne sais pas », « J'ai pas envie » et « Bof »). Il se coupa aussi de ses parents qu'il n'alla plus voir le week-end.

## LE DÉSARROI DE LA SÉPARATION

La perspective de séparation, doublée de la violence de son énonciation, a semblé faire écho à un vécu inélaborable. Il a mobilisé à nouveau la redoutable défense d'Alain, le retrait radical. Le psychiatre a alors tenté d'initier une nouvelle forme d'alliance avec les parents et leur a proposé un compromis : prévoir un séjour dans un lieu où leur fils pourrait élaborer un projet qui lui permettrait ensuite de réintégrer l'hôpital. Son état n'évolue pas pour autant, comme s'il n'attendait plus rien de nous. Il ne dit plus que « bof » en séance, se balance d'avant en arrière et se cogne la tête rythmiquement contre le mur de mon bureau.

La veille du départ en vacances, il refuse pour la première fois de venir me voir, restant agrippé à un ordinateur de la médiathèque, insensible aux sollicitations des soignants. J'éprouve alors un grand sentiment d'impuissance et une tristesse m'envahit, immobile, prise dans un gel paradoxal (son choix de refuser l'entretien est à respecter dans sa subjectivité et en même temps je suis figée dans une impression de manquer à l'appel, de faire défaut). Une identification projective semble agir en moi, ce désarroi gelé ne m'appartient pas en propre.

1. Golse (2017) souligne l'aspect paradoxal du contre-transfert suscité par la grande solitude autistique : le retrait a malgré tout une valeur d'appel dont il importe de se saisir. La mère d'Alain n'a manifestement jamais pu entendre cet appel et rejoindre son fils, campé sur l'autre rive de l'écart intersubjectif.

Lorsque son séjour dans un autre lieu de soins se précise, il explique que s'il ne veut pas quitter cet établissement, c'est parce que dehors c'est le désert. Ici, c'est une ruine. Croire que l'autre lieu serait habitable relève du mirage. Son monde paraît décidément complètement dépeuplé, et son vécu, à travers cette projection sur les lieux, celle d'un moi corporel défectueux, tient de la mélancolie. Peut-être aperçoit-on la dépression primaire qui continue à l'habiter, catastrophe psychologique localisée à la racine de son être.

Son séjour loin de l'établissement soins-étude le revigore, et parents comme soignants le déclarent très amélioré. Pour preuve, il accepte de retourner en cours finir l'année scolaire. Lorsque des enseignants l'ont en classe ils s'enthousiasment. Élève modèle, il comprend très vite, a beaucoup de connaissances, sans être particulièrement inhibé dans un groupe classe. Il explique volontiers aux autres. Il est si conforme aux attentes des pédagogues qu'il paraît envisageable de l'inscrire au bac l'année suivante alors qu'il n'a suivi de cours qu'en pointillé depuis le début du lycée. Son assiduité faiblit rapidement, dans une répétition sans fin de la même séquence.

Comme le bac approche, il exprime avec plus de précision ce qui l'empêche d'assister aux cours : une sensation, comme une répulsion qui le prend quand il approche de la salle. Si la porte est fermée, l'obstacle est absolu. Si la porte est ouverte le seuil devient franchissable. Une fois installé, il ne peut se tranquilliser, et s'il écoute le cours, participe même, il reste sur le qui-vive, aux aguets, et à la moindre pause, interclasse, va regagner sa chambre précipitamment. Il laisse percevoir les deux niveaux de fonctionnement qui l'animent de façon quasi-synchrone : l'un est adapté au contexte, l'autre est affolé. Une partie de lui-même fonctionne conformément aux attentes des enseignants, une autre, dissociée de la précédente, l'agite intérieurement, le tourmente incessamment, et l'emporte à la moindre rupture. Deux strates de fonctionnement cohabitent alors dans un vécu de grand inconfort, elles « s'empilent ». Elles sont mobilisées conjointement, avec un passage constant de l'une à l'autre.

Son refus de se saisir de sa convocation au bac marque d'un refus catégorique et non-ambivalent le début d'un renoncement, celui qu'il poursuit une scolarité pour laquelle il montrait tant d'aptitude. Renoncement de ses parents, de ses soignants, de ses enseignants. Renoncement dans lequel il est enfin rejoint.

Dans la période qui suivit, j'ai tenté de mettre en récit avec lui les moments partagés depuis le début de son hospitalisation. Je l'ai encouragé à parcourir des chemins mnésiques qui ne semblaient qu'inconstamment organisés en souvenirs. Ce réservoir de mémoire interne comportait d'autant plus de valeur que le temps du passé vécu semblait habituellement se dérober à lui. Se remémorer des instants partagés visait à tenter de graver l'empreinte du temps qui passe.

En somme, j'ai continué à lui prêter mon appareil psychique, cette fois pour lui restituer dans une narration subjective un morceau de son histoire, avec des liaisons plutôt qu'un empilement. S'il participa peu à l'exercice, son intérêt et sa curiosité n'en étaient pas moins manifestes.

## L'EFFACEMENT DES TRACES DE LIENS

La réaction d'Alain lorsqu'il a été question de quitter le lieu de soin pour un séjour ailleurs fut une sorte de panique blanche, de retrait immobile, présage de la singularité de son attitude après un temps de séparation. Le premier été fut remarquable de ce point de vue, avec la coupure d'un mois de vacances chez ses parents. Au retour de ce séjour, Alain était redevenu comme à son admission, mutique, fuyant les contacts. Ce mois chez les parents avait semblé défaire le lien tissé avec les personnes de l'institution. Tout paraissait à recommencer, rien ne s'était inscrit durablement. La séparation de l'été eut un effet de déconstruction des relations préalablement engagées. Comme s'il était impossible de se figurer l'absence, un phénomène d'effacement fit disparaître les représentations de lien.

Winnicott a expliqué ce phénomène d'effacement chez le bébé, dont le moi commence à peine à s'esquisser, en fonction du facteur temps :

Le sentiment de l'existence de la mère dure  $x$  minutes. Si la mère s'absente plus de  $x$  minutes, l'imgo s'efface et, dans un même temps, cesse la capacité qu'a le bébé d'utiliser le symbole de l'union. Le bébé est désespéré, mais il est bientôt remis de son désarroi, si la mère revient après  $x + y$  minutes. En  $x + y$  minutes, le bébé n'a pas subi d'altération, mais en  $x + y + z$  minutes, il devient traumatisé. Après  $x + y + z$  minutes, le retour de la mère ne répare pas l'altération de l'état du bébé (Winnicott, 1971, p. 180).

L'effacement de la représentation du lien a donc lieu au temps  $x + y$ . Au stade suivant,  $x + y + z$ , le bébé privé trop longtemps du moi auxiliaire maternel ne peut plus contre-investir la blessure occasionnée. Dans cette expérience traumatique, le moi naissant se trouve menacé de désintégration, exposé à une angoisse impensable, une coupure dans le sentiment de continuité d'existence. Pour  $y$  survivre, le bébé se retire de sa vie subjective, se séparant de cette portion du psychisme où siègent les traces perceptives de l'expérience traumatique primaire et non représentable. Un précoce clivage du moi s'installe. Si le retrait d'investissement dans la portion traumatisée de la psyché est massif, l'expérience subjective se trouve sidérée à la base et la défense est de nature autistique. L'absence  $y$  reste l'équivalent d'un effacement.

L'hypersensibilité à l'expérience de séparation pourrait être la séquelle chez Alain d'un trauma primaire  $x + y + z$ . La fragilité à symboliser les éprouvés de discontinuité compromet le sentiment de persister dans l'être. Frances Tustin (1986) relie la cassure dans le vécu de permanence à une prise de conscience trop précoce de la séparation d'avec la mère, ressentie comme un arrachement, une amputation. Le monde non-soi, changeant et imprévisible, s'impose trop brutalement. L'enfant, pour retrouver une continuité de perception, a recours à des objets non-vivants ou à des repères toniques dans son propre corps. Chez Alain, des bâillements à s'en décrocher la mâchoire, ponctuant nos rencontres de leur répétition inlassable, semblaient jouer ce rôle d'activation du tonus mandibulaire, autour de la bouche, lieu de la blessure imaginaire, de l'amputation du bouquet de sensation procuré par le sein maternel. Un jour, il s'est essayé devant moi à bailler en fermant la bouche, expérimentant avec ravissement des sensations liées au flux d'air contrarié, à l'augmentation de la pression dans sa gorge.

## L'ENVELOPPE RYTHMIQUE

L'échange se base très tôt dans la vie du nourrisson sur l'illusion d'un flux et d'un reflux continu et rythmique (Winnicott, 1971). Cette illusion se fonde sur l'une des premières expériences vitales du bébé, la kinesthésie rythmique du mouvement de téter qui se fait dans la rencontre langue-mamelon, dans l'interpénétration des corps (Haag, 1986).

La synchronicité mère-bébé dans les expériences précoces aboutit à l'instauration d'un rythme de sécurité entre les deux protagonistes. Conforté par cette expérience de partage, cet accordage rythmique, le bébé parvient, pendant la durée du temps *x*, à supporter l'absence. La prévisibilité permet de jeter un pont entre deux temps fort d'un rythme familial et d'inscrire un début de temporalité. Ainsi, dans la rythmicité interactive, l'absence peut commencer à se symboliser.

La fragilité de cette première enveloppe rythmique, qui n'a pu se co-crédier dans le flux et le reflux de l'échange avec la mère, ne permet pas au sujet de se sentir assuré d'une permanence dans le temps. Il ne s'est pas construit sur la trouvaille d'un rythme commun, il n'a pas acquis la certitude d'appartenir à la cadence du monde, il n'a pas intégré la potentialité sécurisante du tempo de l'échange émotionnel avec l'autre. Il ne connaît des rythmes que la cadence mécanique et fautive de réciprocité, sans accordage possible, il se cale sur des repères rythmiques extérieurs à lui-même. Une dépendance aux synchronisateurs externes s'installe en lui. Les vacances scolaires cassent les rythmes, à la fois hebdomadaires de l'alternance entre jours de cours et week-end, et quotidiens des horaires de lever et de coucher. Plutôt qu'une pause, les congés scolaires se vivent alors comme une rupture à l'intérieur de soi. Chez les patients souffrant de phobie scolaire, même avec un secteur névrotique bien plus développé que chez Alain, l'effet des vacances se constate à leur arrêt, moment privilégié de déclenchement des troubles (Tustin, 1989). Tout autre interruption du rythme scolaire, comme une absence pour maladie, peut inaugurer une phobie scolaire. Un patient, de retour au lycée après plusieurs mois d'incapacité à s'y rendre, m'a exprimé ainsi sa sensibilité à la coupure du rythme : « Je ne veux pas manquer ne serait-ce qu'une heure de cours, car je risquerais de ne plus jamais y retourner. »

## LA RÉGRESSION PLUTÔT QUE LE SEUL RETRAIT

Les traces d'un moment traumatique inaugural paraissent se réveiller chez Alain à la perspective d'une nouvelle séparation. Ainsi, alors que la relation transférentielle commençait à lui permettre d'envisager la possibilité d'être, par moi, « un peu compris », comme il le confia à une infirmière, je lui ai annoncé mon départ à venir de l'institution. Jusque-là plutôt enjoué, il s'est soudainement recroquevillé dans un silence radical et d'une tonalité très différente de ses silences habituels. Un désarroi profond en était palpable. La tristesse ne put s'élaborer et les semaines suivantes il resta au fond de son lit, dans une opposition muette à toute proposition, un refus de s'alimenter en collectivité. Ma proposition de continuer à le recevoir, en ville, n'atténua en rien sa peine, il ne parut même pas la prendre en compte. Il ne vivait pas une séparation actuelle mais l'après-coup d'un traumatisme ancien. Aucun échange ne fut

plus possible avec moi, il ne vint plus dans mon bureau. Son attitude évoquait l'hospitalisme décrit par Spitz (1946) chez les nourrissons dont les mères disparaissent après une période d'échanges de qualité. Une immense tristesse se dégageait de lui, et s'il n'en formulait rien, il la faisait ressentir. Au point que l'ensemble de l'équipe se mobilisa, se mit à le veiller, l'entourer, acceptant un positionnement maternel primaire où le don n'exige rien en retour, et lui redonna vie peu à peu. Il traversa avec un succès réparateur ce moment d'intense régression, où l'on pouvait craindre pour sa vie tant il semblait dénué de toute vitalité. La potentialité élaborative du repli, régressif, est distinguée, par Winnicott (1954), de la stagnation psychique propre au retrait (plus coutumier d'Alain). Il est probable que si Alain a pu traverser ce moment régressif, suscitant en retour une préoccupation maternelle généralisée, c'est parce qu'il avait réussi, auparavant, à recevoir suffisamment de bonnes choses de l'environnement soignant. Lorsque je revis le patient plusieurs semaines après, en consultation de ville, il était restauré.

#### L'APRÈS-COUP DANS LE SOIN

Quelques années plus tard, il vint un jour en rendez-vous avec sa console portable nouvellement acquise, et me parla d'un jeu qu'il affectionnait et des missions qui s'y succédaient. L'une était d'aller dans une ruine d'ancienne technologie avancée et d'aider une fille à retrouver ses souvenirs. « Elle est comme endormie. » J'ai associé sur le travail que l'on faisait ensemble à l'hôpital les derniers temps, lorsque j'essayais de l'aider à se remémorer. Il sembla un peu interloqué par mon association : « Je ne me souvenais pas... ça sert à rien de se souvenir. » Alors pourquoi faudrait-il aider la fille à se souvenir ? « Elle ne sait plus qui elle est ni d'où elle vient... Pourtant j'ai une bonne mémoire d'habitude. » Sa pensée saute d'un niveau à l'autre, comme dans un fonctionnement associatif. Un début de jeu préconscient entre monde interne et monde virtuel semble s'installer.

Quelques temps plus tard, alors qu'il était question de sa tendance à se coucher de plus en plus tard pour se caler au mode de vie de son colocataire, il exprima : « J'ai toujours eu du mal avec les rythmes. » Cette remarque pourrait confirmer, dans sa profondeur spontanée, l'absence d'intériorisation de l'expérience précoce d'accordage rythmique.

Plus récemment, il commença ainsi une séance : « Je suis fatigué... Quel genre de fatigue je ne sais pas, le physique et le psychique c'est lié, non ? » Et l'acheva par : « Je crois que je suis un peu déprimé... Depuis très longtemps... Déprimé, comme mélancolique. C'est pour ça que je suis toujours fatigué. » Et sa tristesse était alors palpable, dans son immensité, en phase avec son propos.

Il parvient à présent à mettre des mots sur certains éprouvés, à pouvoir faire usage d'une fonction réflexive. Il convient qu'il se trouve régulièrement figé, dans une récurrente immobilité, au moment où il devrait entreprendre quelque chose qui se rapporte à un projet. Et que l'élan ne pourrait venir que de lui-même. Un dégel s'amorce, qui s'annonce fort éprouvant pour Alain. Lorsque je m'en soucie, il me rassure : « C'était encore plus difficile de se sentir loin de soi-même. »

## ET LE DIAGNOSTIC ?

Les lieux hospitaliers, contraints administrativement de poser un diagnostic, ont affublé Alain, tour à tour, de névrose phobo-obsessionnelle puis de trouble schizotypique. Dans cette errance diagnostique, le syndrome d'Asperger n'a pas été questionné. Les traits autistiques manifestes combinés au bon niveau de fonctionnement intellectuel aurait pu le faire envisager. En défaveur : le retard de langage (critère d'exclusion dans la classification DSM4), l'absence d'intérêt sélectif et de possibilité d'une réciprocité dans l'échange. Notons que dans le DSM5, le syndrome d'Asperger est, de toutes façons, retiré des classifications comme une entité non pertinente.

Il apparaît ainsi, dans la clinique déroutante d'Alain, que différents troubles cohabitent dans son fonctionnement, n'apparaissant, les uns et les autres, que de manière fluctuante dans la symptomatologie. Nous assistons à des bascules entre différents registres de fonctionnement, d'un pôle névrotique à l'extrême autistique en passant par la destructivité psychotique.

En supposant que le registre autistique se localise en un lieu, nous devons convenir que celui-ci, tout en restant dépourvu de croissance propre, n'a pas été bloquant pour l'ensemble du développement. Dans la conception freudienne de la psyché, en strates, se rencontrent des couches successives d'expériences psychiques d'âge et de natures différentes (lettre 52 à Fliess, 1896). Les traces perceptives sont inscrites et traduites en fonction du primat pulsionnel et affectif contemporain de leur enregistrement, et réinterprétées par la suite, après-coup. Une ramification associative lie les inscriptions successives (Roussillon, 2016). Un échec de traduction d'une époque à l'autre constitue des fueros qui gardent les caractéristiques et la logique du moment. Pour priver les fueros de transformation, il faut bien qu'un clivage les sépare du reste de la psyché. Ainsi, Frances Tustin (1989) parlait plutôt de poche, d'enclave, ou de barrière, et Sydney Klein (1980) de kyste pour figurer la topique correspondant au fonctionnement autistique.

## LE FONCTIONNEMENT AUTISTIQUE

Il réside dans le lieu autistique des traces de traumatismes, probablement de microtraumatismes cumulatifs, survenus au commencement de la vie et restées non symbolisées, comme l'expérience trop précoce de la dualité, de la séparation d'avec le corps de la mère, avant de s'être senti enraciné dans une situation nourricière. La matrice pré-narcissique dans laquelle le bébé se sent fondu avec la mère dans certains moments de grand bien-être (comme la tétée et l'endormissement paisible et porté qui s'ensuit) se trouve rompue prématurément. Cette matrice serait, au sens étymologique du terme, génératrice de frontières donc de clivages précoces entre les extrémités des sensations, et traversée des turbulences de la sensorialité élémentaire. Ainsi, la zone autistique est comme une matrice pétrifiée avant d'atteindre l'état où, parcourue de connections avec le monde, elle prépare l'état séparé. Aucune régulation n'a cours en ce lieu dominé par l'inaptitude à régler élans et réactions (Tustin, 1986). Les origines de la prise de conscience prématurée de la séparation d'avec le corps de la mère sont sans doute plurielles. Bernard Golse (2006) en

suppose un lien avec un défaut d'accès à la synchronie polysensorielle. Cette dernière définit l'aptitude des bébés à établir une correspondance entre des signaux synchrones dans des modalités sensorielles différentes (Stern, 1989). La synchronie des différentes perceptions s'inscrit dans des rythmes, ceux propres au bébé, ceux de sa mère (pulsations, prosodie...), ceux des soins et des interactions. Ces rythmes enveloppent le bébé comme un prolongement du contenant primitif. Daniel Marcelli (1992) a différencié, dans l'échange avec la mère, les microrhythmes et les macrorhythmes des soins. Ces derniers possèdent des rituels la qualité organisatrice, par leur répétition qui favorise une prévisibilité. Ils sécurisent le bébé en confirmant ses attentes, en assurant un fond de permanence qui permet d'affronter les discontinuités. Les microrhythmes désignent la cadence intérieure à l'échange (alternance entre parole et silence, mouvement du corps, mobilité du visage...). Ils s'établissent dans la mutualité des moments de partage affectif et émotionnel. Lorsque l'échange est ludique, l'aléatoire, l'inattendu créent un effet de surprise qui mobilise toute l'attention du bébé et lui permet d'investir l'attente.

### L'ACCORDAGE RYTHMIQUE

Un défaut d'accordage rythmique entre la mère et le bébé, une mauvaise synchronisation des expériences précoces, pourrait générer l'angoisse de la prise de conscience prématurée de la séparation corporelle. En l'absence de co-création d'un rythme partagé avec la mère, l'enfant va chercher une régulation externe de son propre vécu temporel. L'enveloppe rythmique se rigidifie de cadences mécaniques. Et ce sont ces rythmes extérieurs qui vont être vécu comme ceux du soma, leur rupture entraînant un éprouvé de dislocation dans le corps (Tustin, 1986).

Ainsi, lorsque le fonctionnement psychique se cale sur la strate autistique, le sujet devient captif d'un étayage temporel externe. Et quand survient une interruption de rythmes externes, comme la pause des vacances scolaires, aucune adaptation interne n'est envisageable. Le sujet bascule dans un univers atemporel, privé de la cadence qui constitue la trame du temps. Il n'investit plus que l'instantané, perceptivement, et ne contrôle plus les sentiments explosifs qui jaillissent en lui.

Le sentiment de continuité d'existence n'est plus assuré dans cette modalité autistique de fonctionnement. Le défaut de permanence s'étend à la perception de l'existence de l'autre. Les processus de symbolisation de l'absence sont défailants.

En d'autres termes, la dialectique continuité-discontinuité prend une importance capitale (Mazéas, 2017). Le sujet a développé une hypersensibilité aux éprouvés de discontinuité du fait d'une fragilité à les symboliser. Alain en a témoigné avec l'effacement des liens que produisait en lui la coupure des vacances, et son effondrement somato-psychique lors de l'annonce de mon départ impliquant, au niveau le plus archaïque, la disparition de ma fonction de métronome hebdomadaire.

### L'APRÈS-COUP DANS LES BOULEVERSEMENTS DE L'ADOLESCENCE

Qu'en est-il de l'impact de l'adolescence, moment du déclenchement des troubles ? L'adolescence met en chantier le narcissisme, dont la libido fusionne

avec celle de l'objet, avec la chance de le consolider et le risque de tout négativer. On peut supposer chez Alain une extrême fragilité des soubassements narcissiques, liée aux carences précoces, dont la qualité discontinue de l'investissement maternel nous donne un aperçu. Un moi à l'édification si précoce est parcouru de multiples clivages comme autant de fractures traumatiques, de stigmates des moments où le sujet s'est retiré des expériences précoces pour survivre à la mort psychique (Roussillon, 1999). Le vécu sidéré à la base ne peut être subjectivé. Le retrait d'investissement concerne non seulement l'objet mais aussi le lien.

Comme pour le bébé, l'environnement va avoir chez l'adolescent à seconder le moi en cours de remaniement. Le rôle d'auxiliaire de l'entourage a les deux fonctions de la double membrane psychique, celle de pare-excitation et celle de mise en sens. L'espace psychique élargi<sup>1</sup> de l'adolescent correspond à l'extériorisation des instances psychiques, diffractées sur plusieurs proches. L'environnement d'Alain ne s'est pas avéré plus compétent pour supporter la mue adolescente que pour soutenir la constitution du moi.

L'après-coup, constitutif de la puberté, amène à une relecture et réinterprétation de traces mnésiques jusque-là peu dotées de signification. L'irréversibilité du cours de la maturation sexuelle scelle le rapport au temps et marque un seuil à partir duquel un regard rétrospectif est possible (Marty, 2005). Les moments du passé ayant gardé leur part d'énigme concernent en premier lieu la sexualité infantile. Fantômes, théories, romans, micro-événements et leur cortège d'éprouvés, séductions imaginaires ou réelles, vont être mis en chantier. Les conflits psychiques qui ont émaillé la petite enfance vont être retraversés, le conflit œdipien en premier lieu. Ce dernier peine cependant à jouer un rôle organisateur si les assises narcissiques ont été mal assurées dans les temps originaires. L'après-coup qui plongerait dans les strates archaïques mettrait en jeu la problématique moi/non moi et non encore la différenciation des sexes et générations (Roussillon, 2016). Ce type de phénomène pourrait intervenir dans l'accès à la strate autistique du fonctionnement.

## CONCLUSION ET PISTES THÉRAPEUTIQUES

La phobie scolaire recouvre, derrière une description symptomatique élémentaire, une grande complexité clinique. Le terme de phobie oriente vers une fausse piste, celle du fonctionnement névrotique avec évitement, et conduit à en rechercher le type de conflit. La couverture phobique dissimule des angoisses primaires, inélaborables, telles que l'on en rencontre dans les registres de fonctionnement autistique. Le terme scolaire joue comme un leurre. Il attire l'attention, concentre les tentations de réponses opératoires. Or, s'acharner sur la chose scolaire mène à une impasse thérapeutique et confirme le sujet dans son extrême solitude, son sentiment d'être radicalement incompris. Plus on se focalise dessus, plus on risque d'échouer à rencontrer authentiquement l'adolescent, même si l'on déploie de la créativité dans le soin.

1. Notion développée par Philippe Jeammet (1980).

Quelles que soient les capacités élaboratives du patient, le niveau le plus archaïque bloquera l'avancée thérapeutique s'il n'est pas pris en compte ou s'il l'est insuffisamment. Sydney Klein (1980) pointe que « plus tôt l'analyste prend conscience de la part autistique du patient, moins il y a de danger que l'analyse se transforme en un dialogue intellectuel interminable et dénué de sens ». Dans le cas d'Alain, il va s'agir d'établir un contenant psychique plutôt que d'interpréter des contenus dont la logique ne s'est de toute façon pas ancrée dans une expérience qui aurait pu lui donner chair. Le premier contenant à assurer dans ce type de situation de traumatisme dysrythmique précoce prend forme dans l'enveloppe rythmique. D'où l'importance à accorder aux tempos (Ciccone, 2005), à la fois dans le cadre thérapeutique proposé (tel un macrorhythme) et dans la subtilité de l'échange interactif lui-même (débit verbal, fréquence des silences, cadence de la gestuelle du côté des micro-rythmes), pour qu'un rythme de sécurité s'installe, et avec, un premier écrin de quiétude somato-psychique, un état intégré (Winnicott, 1945). La souplesse d'ajustement contre-transférentiel permet alors de rendre sensible un espace intermédiaire où les ressentis seront partageables. Tisser dans cet espace des liens entre les différents registres de fonctionnement permet au patient d'expérimenter dans le transfert une levée des clivages précoces. Mais maintenir des exigences scolaires, même avec un environnement soignant alentour, renforce les clivages et défait les acquis du travail précédant.

Une bi-focalité thérapeutique permet que l'un des interlocuteurs du patient mène ce travail sans être sans cesse rattrapé par une réalité transgressive (cesser l'école avant 16 ans est d'abord une transgression) ou alarmante, confrontant à la non-assistance à patient en danger (les jeunes qui ne sortent plus de leur domicile, dans un apragmatisme impressionnant, font vivre des angoisses mortifères à leur entourage comme au psychiatre, même quand leurs troubles ne relèvent pas d'une pathologie schizophrénique ou mélancolique).

Le rôle du second thérapeute ne sera pas d'agir dans le réel mais plutôt d'accueillir l'effroi de l'entourage pour prévenir les réponses opératoires et insuffler de la lenteur, un temps long qui seul permet au patient de donner le tempo des soins et d'en co-créer un rythme sécurisant.

#### RÉFÉRENCES

- Aisenstein M. (2014). Quelques réflexions sur soumission et pensée : « C'était simplement dit, c'était simple à comprendre ». *Revue française de psychanalyse*, 78(3), 671-680.
- Anzieu D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9, 195-208.
- Aulagnier P. (1985). Le retrait dans l'hallucination : un équivalent du retrait autistique. *Lieux de l'enfance*, 3, 149-164.
- Berg I. (1976). School phobia in the children of agoraphobic women. *The British Journal of Psychiatry*, 128, n° 1, 86-89.
- Bion W.R. (1974). Différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 10, 61-78.
- Birraux A. (1994). *Éloge de la phobie*. Paris : Puf.
- Chervet B. (2009). L'après-coup. *Revue française de psychanalyse*, 73(5), 1361-1441.
- Ciccone A. (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(12), 24-31.

- Donnet J.L. (1982). Le psychophobe. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 25, 199-214.
- Donnet J.L. (2014). La pensée contra-phobique. *Revue française de psychanalyse*, 78(3), 681-693.
- Dugas M., Guériot C. (1977). Les phobies scolaires. Étude clinique et psychopathologique. *La Psychiatrie de l'enfant*, 20(2), 307-382.
- Freud S. (1896). Lettre du 6-12-1896 dite lettre 52. Tr. fr. in *Naissance de la psychanalyse*, Paris : Puf.
- Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse (1926)*. Paris : Puf, 1993.
- Golse B. (2006). De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet psy*, 5, 25-29.
- Golse B. (2007). Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été. *Le Carnet Psy*, 4, 39-47.
- Golse B. (2017). Détruire ou effacer l'objet. Les mécanismes autistiques et leur impact transférentiel et contre-transférentiel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 7(1), 83-102.
- Green A. (2000). La position phobique centrale avec un modèle de l'association libre. *Revue française de psychanalyse*, 64(3), 743-772.
- Gutton P. (1991). *Le Pubertaire*. Paris : Puf.
- Haag G. (1986). Hypothèse sur la structure rythmique du premier contenant. *Gruppo* 2, 45-54.
- Jeammet P. (1980). Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 44(3-4), 481-522.
- Johnson A.M., Falstein E.I., Szurek S.A., & Svendsen M. (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11(4), 702.
- Kestemberg E. (1986). Quelques notes sur la « phobie du fonctionnement mental ». *Revue française de psychanalyse*, 50(5), 1339-1344.
- Klein S. (1980). Autistic phenomena in neurotic states. *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 395-402.
- Lebovici S., Le Nestour A. (1977). À propos des phobies scolaires graves. *La Psychiatrie de l'enfant*, 20(2), 383-432.
- Marcelli D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *La Psychiatrie de l'enfant*, 35(1), 57-82.
- Marty F. (2005). Initiation à la temporalité psychique. Que serait la temporalité psychique sans l'adolescence ? *Psychologie clinique et projective*, 1, 231-256.
- Mazéas D. (2017). Enclaves autistiques et ajustement contre-transférentiel. *Le Coq-Héron*, 2, 91-100.
- Meltzer D., Bremner J., Haag G., & Haag M. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme : étude psychanalytique*. Paris : Payot.
- Puyuelo R. (2014). Personne... rien dans les mains, rien dans les poches, rien dans la tête ! Négativité et processualité adolescente. *Revue française de psychanalyse*, 78(3), 778-791.
- Quéré J.P. (1984). À propos du traitement institutionnel des phobies scolaires graves. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32(12), 611-622.
- Roussillon R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.
- Roussillon R. (2016). Du jeu dans la mémoire. *Revue française de psychanalyse*, 80(2), 335-359.
- Sperling M. (1967) School phobias: Classification, dynamics, and treatment. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22(1), 375-401.
- Spitz R.A. (1946). Hospitalism; a follow-up report. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113.
- Stern D. (1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Puf.
- Tustin F. (1977). *Autisme et psychose chez l'enfant*. Paris : Seuil.
- Tustin F. (1989). *Le Trou noir de la psyché*. Paris : Seuil.
- Tustin F. (1986). *Les États autistiques chez l'enfant*. Paris : Seuil.
- Winnicott D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, « Folio essais », 2002.

- Winnicott D. W. (1945). Le développement affectif primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 2015, 33-48.
- Winnicott D. W. (1954). Repli et régression. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 2015, 223-230.
- Zugaj L., Gotheil N., Delpech S., Jung C., & Delmas C. (2016). La déscolarisation : Étude rétrospective d'une cohorte de 63 patients soignés en ambulatoire dans un secteur de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64(2), 75-80.

Automne 2019

Dr. Emmanuelle Boë  
Centre hospitalier Ste Anne  
GHU Paris  
1, rue Cabanis  
75014 Paris  
e.boe@ch-sainte-anne.fr