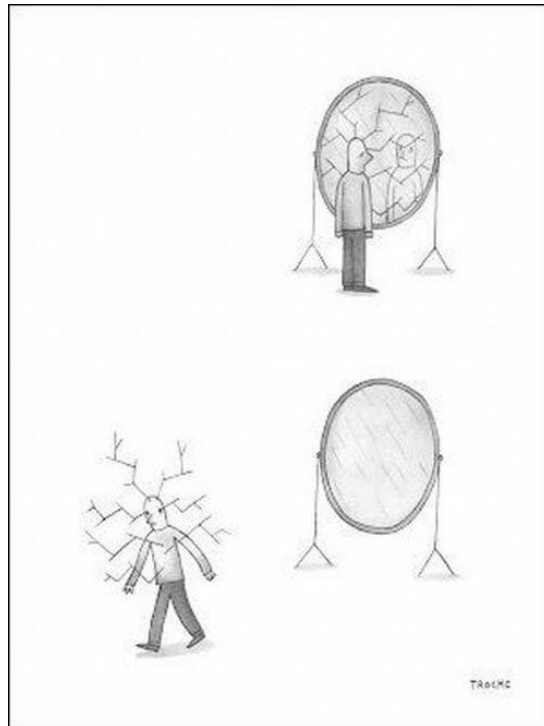


## LE MIROIR CASSE

Tentative de compréhension de la vie psychique d'un sujet Asperger en situation groupale



Maïa Cloé Vella

Etudiante en Master 2 Psychologie Clinique et Psychopathologie à  
l'Université d'Aix-Marseille

« Tout ce qui sort de la norme, et donc considéré comme anormal, n'est pas nécessairement inférieur » (Hans Asperger, 1938)<sup>1</sup>.

## RESUME

Ce travail se base sur une expérience clinique de neuf mois dans un Centre Thérapeutique de Jour en psychiatrie adulte. Je participais à un groupe parole composé de patients aux pathologies très différentes. Au fil de l'année, j'ai décidé de centrer mon travail sur un patient de ce groupe en particulier : Julien. D'une part, c'était le patient qui avait un rapport au monde m'apparaissant comme étant le plus différent du mien, ce qui éveilla mon intérêt. D'autre part, le contre-transfert qu'il provoquait sur le groupe et moi-même éveilla d'autant plus mon intérêt. Julien est porteur du syndrome d'Asperger, trouble du spectre autistique. Les caractéristiques essentielles de ce syndrome sont le manque de compréhension sociale, l'aptitude limitée à dialoguer avec autrui et un intérêt puissant pour un domaine particulier. L'apprentissage social des personnes porteuses du syndrome d'Asperger pourrait être comparé à l'apprentissage scolaire au regard du temps, de la concentration et de l'énergie qu'il demande (Attwood, 2006). L'autisme peut se définir comme « une protection autosensuelle de type réflexe que nous possédons tous, mais qui, quand elle est exploitée de façon massive et exclusive, constitue une pathologie » (TUSTIN F., 1900, p.51). Nous pouvons d'une manière plutôt intuitive penser que, ayant des difficultés à avoir une groupalité interne définie et stable, le fait d'être en situation de groupe peut avoir des effets assez intenses pour une personne Asperger. H. Asperger disait lui-même que le comportement des enfants Asperger au sein d'un groupe social est le « signe le plus clair de leur trouble » (1944)<sup>2</sup>. Nous pourrions nous interroger sur les effets d'une groupalité, d'échanges intersubjectifs sur la subjectivité de Julien ; mais également sur les effets que Julien peut avoir sur cette groupalité.

## ABSTRACT

This work is based on a nine month clinical experience in an adult psychiatric day hospital. I was participating in a talking group made up of patients with very different pathologies. I've decided to centre this work on a patient in particular: Julien. On one hand, his way of seeing life seemed to be a lot different from mine, which was raising my interest. On the other hand, the countertransference he caused on the group and myself was also raising my interest. Julien is a carrier of the Asperger syndrome, trouble of the autistic spectrum. This

<sup>1</sup> Cité dans ATTWOOD T., Le syndrome d'Asperger, guide complet, p.1. À partir de : ASPERGER H. (1938), *Dab psychisch abnorme Kind*, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 49, pp. 1314-1317.

<sup>2</sup> Cité dans ATTWOOD T., Le syndrome d'Asperger, guide complet, p.56. À partir de : ASPERGER H. (1944), *Postencephalitisches Persönlichkeitsstörungen*, *Münch med Wschr.* 91, pp. 114-117.

syndrome is characterised by a lack of social comprehension, a limited capacity to communicate with others and a strong interest for a field in particular. Social learning of people with Asperger syndrome could be compared to scholar learning considering the time, focus and energy it demands (Attwood, 2006).

We can intuitively think that, with a difficulty to have defined and stable intern groupality, being in a groupal setting will have intense effects for someone with Asperger. H. Asperger himself was saying that the behaviour of children with Asperger within a social group is the « clearer sign of their trouble » (1944)<sup>2</sup>. We can question the effects of a groupality, intersubjective exchanges on Julien's subjectivity; but also the effects Julien can cause on this groupality.

## 1. ETAT DE LA QUESTION

### A- Le groupe et les thèmes de parole

Une des principales théories psychanalytiques groupales consiste à considérer le groupe comme un espace de soin. L'objectif principal est de réunir des personnes ayant des difficultés similaires afin de leur apporter un soutien narcissique par un jeu d'identification mutuelle. Le groupe doit ainsi être porteur, afin de restaurer et consolider certaines fonctions du Moi. Dans cette perspective, l'intérêt se porte principalement sur l'histoire de chaque membre (Di Rocco, 2016). Pour E. Jacquet, la situation de groupe rend possible « des remaniements identificatoires primaires et la perlaboration des premières relations d'objet » (JACQUET E., 2010, p.254). Pour A. Brun, le dispositif groupal permet au sujet de « projeter les éléments morcelés de son monde interne sur les autres sujets du groupe, mais aussi sur les éléments du cadre » (BRUN A., 2013, p.165).

La méthode clinique étudiée dans ce travail est un dispositif de groupe de parole avec une associativité focale. En effet, les thèmes permettent une associativité focale, qui est la première méthode utilisée par S. Freud en 1894, lorsqu'il commence ses études sur l'hystérie (Roussillon, 2009). Il propose à ses patientes d'associer à partir d'un inducteur spécifique (le fragment d'un rêve, un symptôme, une image).

### B- Le syndrome d'Asperger

Le syndrome d'Asperger, trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle ni retard de langage, a été dégagé par le docteur H. Asperger, pédiatre viennois, en 1944. Ses travaux ne sont pas immédiatement connus et c'est L. Wing, psychiatre britannique, qui réactualise son travail en 1981. Elle est la première à employer le terme de « syndrome

d'Asperger » (Attwood, 2006)<sup>1</sup>. En 1994, ce trouble est reconnu par le DSM-IV de l'Association Psychiatrique Américaine. Il fait également partie des Troubles Envahissants du Développement décrits par le CIM-10. J.-C. Maleal (2008) rapproche l'autisme de Kanner et l'autisme d'Asperger de par le contact perturbé, les activités stéréotypées et l'importance démesurée de certains objets qui les caractérisent. H. Asperger, tout comme L. Kanner, souligne la solitude de ces enfants mais une différence primordiale se situe dans le langage et dans les perspectives d'évolution (Maleal, 2008). En effet, tous les enfants étudiés par H. Asperger ont accès au langage et leur évolution est, pour la plupart, positive.

L'« hypothèse étiologique polyfactorielle » prévaut actuellement concernant l'autisme (Golse, 2014). Un ensemble de facteurs constitutionnels et environnementaux en sont la cause. L'autisme est caractérisé par une défaillance de « l'incorporation/introjection d'une contenance des limites du corps par identification à l'objet maternant et rassemblant » (LENFANT A.-Y., 2014, p.180), entraînant une « grande fragilité des constructions du Moi corporel » (SUAREZ-LABAT H., 2014, p.328). Pour reprendre le concept de F. Tustin, l'autisme est caractérisé par la fixation sur des processus autosensuels destinés à « maintenir à l'écart les terreurs associées à des situations infantiles insupportables qui dérivent de la conscience traumatique de la séparation corporelle » (TUSTIN F., 1990, p.76). Cette fixation entrave la conscience de l'enfant de « sa séparation corporelle d'avec le monde extérieur » et sa « conscience d'une perte et d'un besoin » (ibid.). F. Tustin met en lien sa conception avec la théorie freudienne du traumatisme.

« Nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation. » (FREUD S., 1920, p.78)

Selon F. Tustin (1990), lorsque l'accumulation d'excitation devient traumatique, le sujet à devenir autistique a recours à la « mise en capsule » afin d'éloigner cette expérience, qui se trouve alors dans le même état que lorsqu'elle a été vécue, sans assimilation par la psyché. S. Freud fait l'hypothèse métapsychologique que ce qui se répète traduit ce qui est non intégré. Il existe dans la vie psychique « une compulsion de répétition qui se place au-dessus du principe de plaisir » (FREUD S., 1920, p.69).

A propos du syndrome d'Asperger, F. Tustin (1990) parle d'un comportement répétitif causé par un rétrécissement du champ de la conscience, excluant une grande partie du monde extérieur. Le syndrome d'Asperger est également caractérisé par une théorie de l'esprit réduite, et ainsi des difficultés à « s'identifier aux sentiments d'autres personnes » (TUSTIN F., 1990,

---

<sup>1</sup> À partir de : WING L. (1981), Asperger's syndrome : a clinical account, *Psychological Medicine*, 11, 115-129.

p.132), qui se fonde sur la capacité d'empathie. L'investissement autosensuel (par exemple : les stéréotypies, les rituels) est une défense secondaire contre un monde source d'angoisses et ainsi une manière de rétablir une « certaine constance intérieure » (Hochmann, 2007). À ce propos, la grande majorité des personnes Asperger se concentre sur un domaine particulier dans lequel ils ont des capacités impressionnantes.

### C- Le cadre groupal et le syndrome d'Asperger

Selon R. Kaës, « le clivage du moi produit la rupture des associations, l'attaque contre les liens et contre le sein » (KAËS R., 1994, p.60). Pour une personnalité psychotique, l'objectif thérapeutique serait alors de « restaurer la capacité associative, c'est-à-dire rendre possible la constitution de la fonction et de l'activité du préconscient » (ibid., p.61). Pour E. Jacquet, qui a plus particulièrement théorisé les enjeux groupaux pour des enfants prélatents autistes et psychotiques, l'objectif du groupe thérapeutique est de rétablir les « conditions du « penser », de l'appropriation subjective, de la construction du « soi », et l'avènement du « je » » (JACQUET E., 2011a, p.20). L'appareil psychique, en se transformant dans la cure en appareil de langage, permet de développer le processus de symbolisation (Roussillon, 1999). En tentant de symboliser ses propres processus de symbolisation, en reconnaissant ce qui se présente comme représentation interne et non simple perception, le sujet peut advenir à l'appropriation subjective de ses vécus.

« Le cadre est [...] métaphore de l'objet « suffisamment bon » et endosse toutes ses fonctionnalités. L'introjection de la fonction liante du cadre est en analogie avec l'introjection de la fonction liante de la « rêverie maternelle » et procède d'une autoconstruction des limites à l'intérieur de soi à partir de la confrontation aux limites externes. » (JACQUET E., 2011b, p.222)

La participation d'un sujet Asperger à un groupe de parole à thème dans un Centre Thérapeutique de Jour peut avoir un enjeu de socialisation dans un cadre ritualisé et sécurisant pour lui. Le rythme, la confidentialité ainsi que la régularité des séances peuvent permettre le transfert de la réalité psychique non intégrée sur le dispositif groupal. Grâce à la permanence et à la fiabilité peut alors s'amorcer et s'élaborer « le sentiment de séparation concomitamment au sentiment d'entourance et à la construction de l'enveloppe » (AMBROISE P., 2014, p.420). D'autre part, les thèmes peuvent permettre de cadrer les interventions et ainsi apporter une certaine contenance. Le partage avec le groupe peut permettre une reconnaissance et une mise en sens des affects par l'intersubjectivité, l'associativité focale, ainsi que par les dynamiques transféro-contre-transférentielles.

## PROBLEMATIQUES ET HYPOTHESES

Quels sont les enjeux thérapeutiques d'un groupe de parole composé d'adultes ayant des pathologies du narcissisme pour un sujet atteint du syndrome d'Asperger ?

En quoi les processus qui se rejouent dans le groupe permettent une lecture et une compréhension des troubles d'intériorisation de ce sujet ?

Hypothèse 1 : La problématique Asperger serait caractérisée par un déficit réflexif et certains vécus traumatiques.

Hypothèse 2 : Pour un sujet atteint de ce syndrome, la participation à un groupe parole serait une tentative de constitution d'une groupalité interne.

Hypothèse 3 : Le contre-transfert du groupe et de l'équipe refléterait les processus en souffrance du sujet, répétant ainsi son traumatisme.

## 2. METHODOLOGIE

### A- Présentation de l'institution

Dans le Centre Thérapeutique de Jour<sup>1</sup> en psychiatrie adulte où cette expérience clinique prend place, il y a une psychologue clinicienne, un psychiatre et cinq infirmières. Des groupes d'activité et à médiation sont proposés chaque matin et après-midi. Ces patients sont au nombre de 86 et viennent un ou deux jours de la semaine en fonction des groupes auxquels ils participent. Ils intègrent le CTJ soit à la suite d'un séjour en hôpital psychiatrique, soit sont dirigés par un CMP.

### B- Le groupe parole

Je participe chaque mardi après-midi au groupe parole à thème, qui dure une heure et trente minutes et qui est composé de huit patients, d'une infirmière et de la psychologue. Les patients que je rencontre au début de l'année sont Valérie, Pierrick, Jean-Claude, Hania, Salim, Dorine, Pascal et Julien. Au cours de l'année, le nombre de membres variera de huit à neuf, suite au départ et à l'arrivée de certains patients, ce qui fait du groupe parole un groupe semi-ouvert. Les patients participant à ce groupe arrivent en fin de matinée, vers 11h30, et déjeunent ensemble avec deux infirmières. A lieu ensuite le groupe parole, de 14h30 à 16h. Ce groupe se déroule dans une salle lumineuse composée d'une grande table ovale et de chaises tout autour. A chaque début de trimestre, une séance est dédiée au choix des thèmes pour les semaines à venir. Les patients choisissent, nous pouvons les aider à la formulation du thème et nous

---

<sup>1</sup> J'utiliserai par la suite le sigle CTJ.

choisissons ensemble l'ordre dans lequel nous aborderons les thèmes choisis. Nous parlons d'un thème trois semaines de suite. Mon rôle dans ce groupe est de retranscrire dans un cahier le plus exhaustivement possible ce qu'il se dit. Ce cahier appartient au groupe et les membres peuvent le consulter lorsqu'ils le souhaitent. Après le groupe, les patients s'en vont. L'infirmière, la psychologue et moi restons ensuite dans cette salle pendant une heure pour discuter des patients et de ce que nous avons pu observer durant le groupe.

La parole se répartit plutôt de manière inégale pendant le groupe : il y a toujours des membres qui parlent plus que d'autres, et c'est souvent les mêmes. Les deux encadrantes, elles, occupent un rôle différent pendant le groupe. En effet, la psychologue ouvre et ferme la séance et rappelle le thème du jour. Durant les conversations, elle prend régulièrement la parole pour synthétiser ce qui est en train de se dire, parfois recentrer la conversation, et refaire écho au thème. L'infirmière, elle, est plus en position d'égal à égal avec les membres et alimente la discussion en apportant ses propres associations. Quant à moi, étant donné ma tâche d'écriture, je prends très rarement la parole.

## C- Recueil des données

Mon travail se centre sur un patient de ce groupe, Julien. Je parlerai néanmoins des autres patients et de l'équipe dans la mesure où cela nous aide à comprendre le rapport que Julien entretient avec ces derniers. Julien est le patient qui parle le plus dans le groupe, j'ai ainsi fait le choix méthodologique de sélectionner certaines séquences de séances qui m'ont paru les plus riches cliniquement à la vue de mes orientations de recherche. En effet, il m'a paru pertinent d'extraire en priorité ce que Julien a pu exprimer de son vécu subjectif et de ses souffrances ; mais également les instants où ce qu'il transférait sur le groupe et le contre-transfert que cela provoquait dans la dynamique groupale était le plus manifeste. Je situerai ces séquences cliniques dans le temps en les numérotant.

## 3. MATERIEL CLINIQUE

### A- Présentation de Julien

Mes impressions premières lorsque je rencontre Julien sont que, bien qu'il soit âgé de trente-sept ans, il semble en faire dix de moins. Il a, pour moi, l'apparence d'un grand enfant ou adolescent. Ainsi il semble avoir tous les âges, comme si son âge réel ne s'inscrivait pas dans son corps. Les expressions de son visage lui donnent un air enfantin. Il porte toujours des vêtements simples et confortables. Il parle fort et vite, jusqu'à parfois bafouiller, ce qui peut le rendre difficile à suivre. Ce qui m'étonne le plus est qu'à chaque séance il porte des chaussettes imprimées de personnages de dessins animés (par exemple : Titi et Grominet, Snoopy). Il est

très grand et me donne parfois l'impression qu'il ne sait pas quoi faire de son corps à la manière dont il se déplace et bouge ses bras quand il parle ; comme un pantin désarticulé.

À la lecture de son dossier, je relève les éléments suivants, qui me paraissent les plus pertinents. J'apprends que Julien est suivi depuis l'âge de vingt ans et a fait lui-même la demande de participer au groupe parole afin de « *travailler son défaut d'habileté sociale et relationnelle* ». Il est indiqué qu'il a « *conscience* » que ses échanges sont inadaptés et l'empêchent d'avoir des relations durables et stables. Il travaille parfois pour un théâtre et fait beaucoup de sorties avec des gens qu'il rencontre en ligne, sur OVS<sup>1</sup>. Son emploi du temps est très chargé, il dit lui-même qu'il a besoin de parler avec les autres et de ne pas être isolé. Il parle aussi de sa difficulté à avoir des relations avec la gente féminine, il cherche une femme « *gentille, bienveillante, maternelle* ». Lorsque je le rencontre, c'est sa deuxième année de participation au groupe parole. Enfin, je lis que ce groupe est pour Julien un moyen d'être rassuré sur lui et sur sa place dans la société.

## B- Séances de groupe

Pendant le groupe, j'observe que Julien prend beaucoup la parole sans vraiment suivre la conversation, en remettant fréquemment sa propre situation au centre, quel que soit le thème de la discussion. Il y a un fort aspect répétitif dans ses interventions qui tournent toujours autour des mêmes choses : son appartement, son autonomie, ses sorties. Il parle également beaucoup de ses difficultés relationnelles, se plaignant constamment du manque de réciprocité des personnes avec lesquelles il tente de se lier d'amitié. Parfois les autres patients lui répondent, lui donnent des conseils, l'encouragent. D'autres fois, ils semblent lassés de ces répétitions et le laissent parler sans lui répondre.

## 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE : LES AUTRES, LE REMPLISSAGE ET LA LASSITUDE

### 4<sup>ème</sup> séance : LES AMIS

Durant cette séance, Julien parle à plusieurs reprises de ses difficultés à se faire des amis. Il dit au début du groupe que son handicap, qu'il essaye de cacher, l'empêche de se faire des amis. Il décrit ensuite son autisme comme « *s'attacher à tout le monde, parler à tout le monde* ». Valérie lui répond alors « *Tu as de la chance, tu es épargné des idées noires* ». Julien dit que c'est à peu près ça, qu'il est toujours content. Plus tard, il dit attendre quelqu'un qui soit gentil avec lui. Je me permets de lui répondre « *Ça doit aller dans les deux sens* », ce à quoi il répond

---

<sup>1</sup> Ce sigle signifie « On Va Sortir » et fait référence à un site internet de rencontres amicales, sur lequel il est possible de participer à diverses activités avec des gens ayant les mêmes centres d'intérêts.



qu'il a déjà essayé. L'infirmière lui dit « *Parfois, les amis manquent de mots face à votre désarroi, à votre besoin de parler* ». Julien répond « *Une amie m'a dit qu'elle avait ses propres problèmes, ça m'a fait pleurer. Elle prenait un traitement pour dormir* ». Les autres patients associent alors sur les traitements qu'ils prennent. Puis Julien reprend sur ses questionnements et dit « *Le moment compliqué quand j'invite des gens, c'est quand on se quitte, s'ils restent dormir ou pas. J'ai un lit double. J'ai besoin de quelqu'un qui me protège, autre que mes parents* ». L'infirmière lui répond que cet excès de joie peut cacher des soucis et sembler excessif, chose que les amis peuvent sentir.

Il exprime plus tard sa crainte que « *les gens ne veuillent pas dormir chez lui* ». Les autres patients le ramènent à la réalité quotidienne, non sans un certain agacement, en lui disant que la semaine, les gens travaillent et sont fatigués. Julien semble acquiescer, sans rajouter quelque chose. Il me donne à ce moment-là l'image d'un enfant découvrant le monde des adultes. Plus tard dans la séance, Hania dit qu'elle dit toujours à ses amis qu'elle va bien. Julien prend alors la parole et dit « *Il faut s'intéresser à eux avant de parler de moi. Quand on me dit « bisou » par SMS, je suis trop content* ». Hania et l'infirmière lui répondent que c'est une formule et qu'il y a des codes sociaux.

### 8<sup>ème</sup> séance : L'AUTONOMIE

C'est Julien qui a proposé ce thème, car il a depuis peu une perspective nouvelle de s'ouvrir à l'autonomie et de prendre un appartement. Il vivait jusqu'à présent chez ses parents. Il a obtenu un essai de trois mois dans un appartement via une association spécialisée dans l'accompagnement des personnes porteuses de handicap. Il y emménage au moment où nous abordons ce thème.

Au début de cette séance, les patients ont particulièrement du mal à démarrer sur le thème et Valérie demande alors à Julien « *Comment s'est passée ta semaine dans ton appart' ?* » ; Julien répond « *Je fais des activités le soir, je ne regarde jamais la télé, je rentre vers vingt-deux heures, j'appelle beaucoup de gens* ». Elle le relance en lui demandant s'il a cuisiné. Julien profite de ces séances pour décrire en détail ses journées, son organisation. Il nous explique ce qu'il fait le soir, ce qu'il se fait à manger. Il parle beaucoup de toutes ses activités, comme s'il avait besoin de prouver qu'il est autonome. Il connaît plein d'adresses, d'associations et de Salons du travail. Il dit qu'il note tout dans un carnet : les endroits où il veut aller, les magasins et même les arrêts de bus. Il nous narre la manière dont il fait le ménage et la cuisine. Il dit aussi que « *l'autonomie le refuse* », qu'il essaye d'inviter des gens chez lui et de rigoler avec eux, mais que c'est dur. Cette période est très importante pour lui car il dit que s'il prouve à ses parents qu'il peut être autonome, ils le laisseront habiter dans l'appartement de ses grands-

parents, inoccupé depuis leurs décès. Face à ces interventions qui peuvent se ressentir et s'apparenter à des monologues, les patients semblent plutôt lassés. Je le suis également. Le groupe va parfois l'encourager et lui donner des conseils (par exemple, faire une liste de courses), parfois les membres enchaînent sur leurs propres problèmes d'autonomie.

### Indices contre-transférentiels

Dès le premier trimestre, je relève des indices contre-transférentiels. J'ai pu observer, lors du groupe, de nombreux mouvements d'agacement et de lassitude vis-à-vis de Julien : parfois, Valérie et Dorine soufflent lorsqu'il parle, ou regardent les autres pour voir leur réaction. Ces mouvements traversent aussi la psychologue, l'infirmière et moi-même. En effet, lors de la réunion d'après-groupe, nous exprimons souvent notre lassitude face aux interventions de Julien, ressenties comme répétitives et souvent hors sujet. Egalement, un jour, nous évoquons les envies de certains membres, en particulier Dorine, de quitter le groupe à cause de la présence de Julien. La psychologue dit alors, sur le ton de la plaisanterie, qu'il serait plus simple que Julien quitte le groupe.

Tout cela me concerne également, et je l'ai réalisé en m'apercevant que je ne notais presque rien dans le cahier lorsque Julien parlait, surtout lorsqu'il répétait des choses qu'il avait déjà exprimées auparavant. Je faisais l'impasse sur cette prise de note car je me disais que c'était déjà écrit quelque part. C'est à partir de ce moment-là que je réalise l'importance du contre-transfert que provoque ce patient sur moi, sur l'équipe, sur le groupe. Cela va jusqu'au point où je ne réalise plus l'unique tâche qui m'est attribuée, où je ne juge plus nécessaire de conserver une trace de ses interventions, comme s'il n'était qu'un ensemble de phrases identiques. Dans le même temps, ces indices contre-transférentiels éveillent certains questionnements en moi et accroissent mon intérêt clinique envers lui. Qu'est-ce qui fait qu'il m'agace tant, sans que je m'en rende compte, au point que je n'écrive même plus ce qu'il dit, comme pour « annuler » ses interventions et, par extension, sa présence ?

## 2<sup>EME</sup> TRIMESTRE : LE VIDE, LA FUITE EN AVANT ET LES ANGOISSES

### 14<sup>ème</sup> séance : LE RÔLE DE LA FAMILLE ENVERS UN ÊTRE PROCHE DEPRESSIF

Les séances sur ce thème sont parfois assez difficiles et lourdes, car peu de déviations sont possibles pour les patients : ce thème direct les met face à leurs pathologies. Au cours du groupe, Julien dit, après un silence : « *Moi, j'ai eu une dépression en passant dans le monde adulte. J'ai besoin de mes parents, qu'ils me protègent. Je fais toujours plein de choses pour combler un manque* ». Les autres membres associent sur l'importance des parents en étant adulte. Plus tard, Julien dit qu'être avec ses parents, c'est « *être dans une bulle où on est protégé* »

de la dépression ». À la fin de cette séance, il dit « *Quand je suis seul je ressens du mal-être, il n'y a plus rien. Pour bloquer un vide, j'appelle mes parents* ». Pour clôturer le groupe, la psychologue dit alors « *Il y a une importance de la protection des parents quand on est adulte* ».

#### 15<sup>ème</sup> séance : LE RÔLE DE LA FAMILLE ENVERS UN ÊTRE PROCHE DEPRESSIF

J'apprends ce jour-là que Julien a quitté son appartement et est retourné chez ses parents, la période d'essai étant terminée. Lors de la synthèse avec l'association, il est ressorti que Julien ne se supportait pas tout seul chez lui. Il est également ressorti qu'il était capable d'avoir une certaine capacité d'adaptation, bien que limitée.

Durant cette séance, seulement cinq patients sont présents : Jean-Claude, Pascal, Sabine, Pierrick et Julien. Une atmosphère propice à la confiance s'instaure au fil du groupe. A un moment, Sabine parle de son frère qui a peur de devoir « *se coltiner* » sa fille si Sabine ne va pas bien. Julien associe alors sur lui et dit « *Moi, je ne veux pas d'enfant, c'est trop de stress. On ne doit pas montrer qu'on ne va pas très bien. Ma bonne humeur, c'est une carapace. Tout ce que je fais, parler aux gens, ça cache une dépression* ».

#### 24<sup>ème</sup> séance : L'HOMME EST UN LOUP POUR L'HOMME

Ce jour-là, Julien parle à de nombreuses reprises. Le groupe est plus nombreux (huit patients) que les séances précédentes, durant lesquelles certains patients n'étaient pas venus plusieurs semaines consécutives. Nous pouvons supposer que ce grand groupe peut être une source d'angoisse pour Julien, renforcé par le thème qui porte justement sur le côté négatif du contact humain. À la fin de la séance, Julien dit, après un silence : « *J'ai une frénésie, comme une boulimie, de faire plein de choses. Ça en gêne certains. Les loisirs, les randonnées, les vernissages...* ». Pierrick lui dit « *A t'écouter, j'ai l'impression que tu fais une fuite en avant, que tes journées durent quarante-huit heures* », ce à quoi Julien répond que oui. Puis l'infirmière lui dit « *vous vous sentez malmené quand vous vous rapprochez de lieux de la société, Julien, vous êtes poussé à...* » et Julien complète par « *remplir* ». Cela permet aux patients d'enchaîner sur leur différence vis-à-vis des autres et leurs difficultés à s'adapter.

### **3<sup>EME</sup> TRIMESTRE : LA DIFFERENCE ET LA NORME**

#### 28<sup>ème</sup> séance : COMMENT S'INTEGRER DE NOS JOURS DANS CETTE SOCIETE MALGRE LE HANDICAP ?

Au début de cette séance, les patients ont du mal à parler de leurs difficultés et restent ainsi plutôt sur le côté pratique et pragmatique du handicap : les places handicapées, les avantages (réductions, etc.). Après un silence, c'est finalement Julien qui va plus entrer dans le vif du sujet en disant « *Le handicap peut aussi être une maladie psychique. Même dans les*

*relations avec les autres, on le sent et ça peut être un frein aux relations. Pourquoi lui parle beaucoup beaucoup, ne me regarde pas... Même dans les entretiens d'embauche, ils me disent que tout va bien et ils ne me recontactent pas. Il m'a souri, serré la main. Mon handicap me fait voir les choses différemment et me rend naïf. »* La psychologue dit qu'il peut y avoir plusieurs personnes intéressées pour un même poste. Plus tard dans la séance, la psychologue dit, suite à certaines interventions, « *Donc ce n'est pas évident de s'intégrer* ». Julien prend la parole et dit « *Les gens voient que j'ai un handicap sans que je leur dise. On n'arrive pas à le cacher, comme un tatouage. Ça me fait mal, ça revient toujours même si je le cache.* » La psychologue, toujours en recentrant la conversation sur quelque chose de plus général, dit « *Est-ce qu'on peut cacher son handicap ?* ». Julien prend la parole et répète que son handicap fait qu'il veut discuter et être ami avec tout le monde, et que ça, il n'arrive pas à le cacher.

### 29<sup>ème</sup> séance : COMMENT S'INTEGRER DE NOS JOURS DANS CETTE SOCIETE MALGRE LE HANDICAP ?

Au début du groupe, Valérie dit qu'il y a différents niveaux de handicap et que chaque personne est différente. Après un court silence, Julien dit « *J'ai organisé un apéro dinatoire sur OVS. Les gens parlaient entre eux... Pourtant j'essayais de parler, d'être calme. Est-ce que c'est le handicap ? J'ai beau parler, écouter les autres, faire des pauses, regarder dans les yeux... Et on me dit ça se voit que je suis handicapé. Est-ce qu'il y aurait un remède contre le handicap ?* ». Il appuie spécialement sur les mots « *ça se voit* », en les disant plus fort, comme pour insister sur le caractère manifeste, indissimulable de son handicap. Pascal lui répond « *On est tous handicapés par rapport à quelque chose, à quelqu'un* ». L'infirmière dit alors qu'on peut aussi l'être par rapport à soi-même ; à travers la manière de vivre et d'accepter son handicap. Elle donne l'exemple d'une personne non voyante qui voulait absolument tout faire comme s'il voyait.

Un peu plus tard, Valérie dit qu'auparavant elle s'occupait d'enfants polyhandicapés dans un camp, et dit « *Nous, on est intégrés si on est habillés, coiffés normalement ; on passent inaperçu* » ; Julien lui répond « *C'est pas toujours évident, on a beau tout faire... Faudrait que je me filme pour voir ce qui ne va pas. Chaque activité est un exercice pour moi, il ne faut pas que je fasse ça, ça, ça, pas ça... Alors qu'une personne normale a juste à se lâcher. Mais ça, c'est Asperger. C'est quand on a des difficultés à être en contact avec les autres. Les gens sont indifférents, c'est blessant* ». Les patients lui répondent qu'il se met la barre très haute et peut-être au-delà de ses capacités, ce à quoi Julien acquiesce. La psychologue dit « *Quand on a un handicap psychique, on peut être plus sensible aux remarques et facilement blessé* ». Puis, en parlant du soutien que peut apporter l'entourage, Julien dit « *Quand t'as un handicap, il faut*

*pas le dire pour pas raconter sa vie donc tu sais pas à qui te confier. Un ami à qui tu te confies, ça remplace un médicament. Quand t'es adulte, tu dois garder tous tes soucis pour toi* ». Valérie et l'infirmière nuancent ces propos en lui disant qu'un enfant ne se confie pas toujours si facilement et qu'il n'y a pas forcément de dichotomie entre vie d'enfant et vie d'adulte.

### 32<sup>ème</sup> séance : LE SYNDICALISME

En début de séance, la psychologue annonce la fin du groupe dans quelques semaines, ce qui semble angoisser certains membres et en particulier Julien. Il a énormément parlé ce jour-là, et les autres membres semblaient particulièrement lassés de lui répondre. Lors du groupe, Julien dit qu'un paternalisme social serait la solution au mal-être des employés. Il dit qu'à Google, aux Etats-Unis, il y a « *le repas offert, la salle de sport, des bonbons, des voyages en avion...* ». L'infirmière, la psychologue et Sabine disent que ce type de fonctionnement leur fait parfois penser à une secte. Julien dit « *Ils font ça pour que les gens soient heureux, qu'ils ne fassent plus de burnout. J'ai l'impression qu'on ne peut pas se faire virer dans ce genre de truc* ». Cela fait rire les membres du groupe.

Plus tard, Julien prend la parole après un silence et dit que les syndicats servent à éviter les harcèlements moraux et que les salariés n'osent pas dire au patron « *arrête, soit cool, la vie est courte, va te promener...* ». L'infirmière lui dit alors, l'air débordée, « *Mais vous êtes sérieux là Julien ? Je ne vous encourage pas à faire ça, je pense que vous prenez la porte dans la minute qui suit. On n'est pas au théâtre* ». Julien dit alors « *Ah bon... Mais ce que j'aime pas c'est quand ils fliquent, ils surveillent* ». Sabine lui dit alors « *C'est leur boulot de vérifier que leur boîte tourne !* ». Il exprimera plus tard son angoisse face au fait de devoir travailler s'il ne va pas bien, car il ne pourra pas le cacher et n'aura personne à qui se confier.

### 34<sup>ème</sup> séance : L'ADVERSITE

Cette séance est la dernière de l'année. En début de groupe, Valérie dit que venir au CTJ l'aide à tenir et à ne pas rechuter. Julien dit alors « *Y'a différentes adversités. Par exemple le monde du travail, par exemple mes parents me disent en septembre t'auras un appart'. Mes parents vont me tester, si t'es capable de faire la lessive, la vaisselle, ne pas en mettre de partout, rester au téléphone trop longtemps. La pire adversité c'est la solitude. Aussi, c'est les relations aux autres. Quand j'organise des sorties, y'a pas beaucoup de gens et surtout des personnes âgées, je ne comprends pas...* ». Valérie lui répond d'une manière assez sèche « *Et ben faut analyser* ». Plus tard, Julien dit « *Pour moi le plus dur dans l'adversité c'est le relationnel. Quand t'as une copine tu te dis il faut que je la garde, il faut pas que je fasse ça, que je dise ça... Il faut pas que j'en fasse trop, mais il faut aussi que je sois naturel... J'aimerais*

*une continuité de mes grands-parents et de mes parents. Que ma femme me prépare le bol le matin avec un post-it disant fais attention à toi, c'est tout bête je sais !* ». Jean-Claude lui répond « *Pour ça il faut qu'elle ait bien accepté ta maladie, c'est pas forcément évident* ». À la fin de la séance, Julien parle du fait que vouloir parler sans arrêt à des gens est peut-être un signe de son handicap. Une patiente lui dit « *Moi je trouve logique qu'à ton âge tu aies envie de voir d'autres personnes que tes parents* ». Julien répond alors « *Oui mais ils me disent tu vois du monde tous les jours. Et quand j'ai mon appart' à Villeurbanne<sup>1</sup>, que je dis au revoir aux gens, je ferme la porte, je me retrouve tout seul, et là je fais quoi ? Et plus j'aurai pas la télé, Internet... C'est pour ça que je vais pas dans l'appart' encore. Ça me stresse, ça m'angoisse. Pour tout vous dire je pouvais acheter un appartement avant, mais j'avais envie de rester avec mes parents* ». Cette intervention me surprend car c'est la première fois que Julien dit n'avoir en réalité pas envie de vivre seul. On dirait pourtant qu'il semble s'y pousser.

## 4- DISCUSSION DES HYPOTHESES

A- Hypothèse 1 : La problématique Asperger serait caractérisée par un déficit réflexif et certains vécus traumatiques.

### 1. MANQUE DE REFLEXIVITE INTERNE ET EXTERNE

Dès la première séquence clinique sur la 4<sup>ème</sup> séance, nous constatons les nombreux questionnements qui animent Julien sur son rapport au lien humain. Il semble ne pas savoir où commence l'amitié, ni quand et comment elle s'approfondit. Nous voyons également qu'il est compliqué pour lui de concevoir que ses amis peuvent aussi avoir leurs propres problèmes différents des siens (en parlant du « *traitement pour dormir* » que son amie prend, tout se passe comme si ce traitement était le seul signe qu'il possède de ce mal-être). Lorsque Julien se demande s'il est acceptable que ses amis dorment avec lui et le protègent, il semble attendre de ses amis un rôle maternant à sens unique. lala

En reprenant le concept de R. Roussillon, l'identité résulte d'un processus reposant sur les capacités réflexives conscientes et inconscientes qu'il nomme la réflexivité intrapsychique. Nous pouvons entendre par là tous les processus d'autoreprésentation, et « la mise en œuvre de la triple capacité à se sentir soi-même, à celle de se « voir » et enfin à celle de s'entendre » (ROUSSILLON R., 1999, p.139). Dans les processus psychotiques, le trouble identitaire de la réflexivité touche précisément cette triple capacité.

---

<sup>1</sup> Il parle ici de l'appartement de ses grands-parents.

« Sans informations « fiables » sur elle-même, la psyché ne peut traiter les problèmes afférents aux relations avec les différentes composantes de son environnement, aussi bien interne qu'externe. » (ROUSSILLON R., 1999, pp. 139-140)

Il semblerait que l'incapacité de Julien à sentir les autres signifie une incapacité à se sentir lui-même. Ce manque de réflexivité intrapsychique et intersubjective semble faire énormément souffrir Julien. Il dit ressentir un « vide » lorsqu'il est seul, qu'il n'y a « plus rien ». Nous pouvons particulièrement voir des signes de cela lors des 28<sup>ème</sup> et 29<sup>ème</sup> séances. En effet, son déficit réflexif le pousse à énormément intellectualiser les normes et les réactions sociales, comme si, à défaut des sensations et des intuitions, il lui restait uniquement la pensée pour vivre en société. Tout se passe comme s'il était incapable de se prendre lui-même comme objet de pensée. Il s'accroche constamment aux signes manifestes parfois superficiels, à la forme et non au fond<sup>1</sup>. Il évoque le désir de se voir de l'extérieur, comme si c'était pour lui la seule manière d'obtenir un signe manifeste de ce qu'il fait « mal ». À ce moment-là, je sens en lui une grande impuissance, un désespoir, une incompréhension du monde qui l'entoure.

Cependant, lorsqu'il dit « *Chaque activité est un exercice pour moi, il ne faut pas que je fasse ça, ça, ça, pas ça... Alors qu'une personne normale a juste à se lâcher* », on peut noter qu'il idéalise quelque peu le fonctionnement des personnes non Asperger. En effet, contrairement au monde des sciences, il y a rarement une seule manière de déchiffrer un problème social. Cela semble difficile à concevoir pour Julien, qui parle de son handicap comme justifiant son mal-être existentiel et qui définit ses difficultés réflexives comme sa « naïveté ». Nous reviendrons plus tard plus précisément sur cet aspect.

## 2. VECUS TRAUMATIQUES

Lors de la 14<sup>ème</sup> séance, Julien dit que lorsqu'il est seul il n'y a « plus rien », qu'il doit « bloquer un vide ». Ces vécus reviennent à de nombreuses reprises. Il semble s'efforcer de parer à ce vide à travers ses activités et la recherche continue de contact avec les autres. Tout se passe comme s'il s'organisait physiquement et psychiquement pour ne jamais être confronté à la perspective d'être un individu séparé des autres êtres humains.

« La coquille autistique doit les protéger de terreurs extérieures et mettre un couvercle sur la gigantesque éruption de sentiments provoquée par l'expérience précoce qu'ils ont faite : celle d'être un être séparé. » (TUSTIN F., 1990, pp.14-15)

---

<sup>1</sup> « Même dans les entretiens d'embauche, ils me disent que tout va bien et ils ne me recontactent pas » ; « J'ai beau parler, écouter les autres, faire des pauses, regarder dans les yeux... Et on me dit ça se voit que je suis handicapé ».

Pour Julien, être avec ses parents équivaut à être dans une « bulle où on est protégé de la dépression » (14<sup>ème</sup> séance). Lorsqu'il dit que sa bonne humeur est une carapace, il semblerait qu'il nous parle en réalité de l'encapsulation autistique (Tustin, 1990). Selon ce concept, Julien ne serait pas parvenu à remplir le vide laissé par l'expérience déchirante de la séparation d'avec sa mère. Il serait ainsi condamné à trouver des substituts à une représentation symbolique défaillante (« pour bloquer un vide, j'appelle mes parents »). L'expérience de la solitude semble être pour lui insurmontable et insupportable. F. Tustin considère le sentiment de vide que ressentent les enfants autistes comme un signe du « manque au niveau de la vie psychique qui, à cause d'une insuffisante distanciation d'avec la mère, n'a pu se développer » (TUSTIN F., 1990, p.225).

Il m'apparaît que, lors de la dernière séquence clinique, en disant « *La pire adversité, c'est la solitude. Aussi, c'est les relations aux autres* », Julien parle précisément des conséquences de son défaut de constitution d'une groupalité interne suffisamment sécurisante : il ne peut ni être en lien, ni être seul. Si « c'est dans la rencontre avec un autre que soi que l'espace se constitue » (LHEUREUX-DAVIDSE C., 2014, p.166), le « manque » dont Julien parle serait plutôt un sentiment de rupture de son sentiment d'exister. Le défaut d'intériorisation de ses objets premiers a entraîné par voie de conséquence un déficit réflexif et un défaut de groupalité interne.

**B- Hypothèse 2 :** Pour un sujet atteint de ce syndrome, la participation à un groupe parole serait une tentative de constitution d'une groupalité interne.

## 1. REMPLISSAGE ET SES ENJEUX

Le « remplissage » de Julien peut s'observer sous deux angles : celui du remplissage de ses journées par ses multiples activités et celui du remplissage du groupe par ses interventions répétitives. Julien donne l'impression d'avoir besoin d'énormément d'activités pour se sentir entier. Cela est particulièrement probant lors de la 8<sup>ème</sup> séance : Julien y relate en détail tous ses faits, gestes et possessions, « textuellement », comme s'il lui fallait déverser toute l'autonomie qu'il s'efforce si dûment d'acquérir. Lorsqu'il nous parle de toutes ses activités, de tous les gens qu'il voit et appelle, j'entends que ce n'est pas les personnes qu'il voit qui comptent. Son besoin se situe dans le fait même de voir des gens, d'être en présence, en contact.

Ces répétitions et routines sont en fait des conséquences de l'organisation psychique de Julien qui protège celui-ci contre des angoisses trop désorganisatrices, un « recours à la réalité externe et à la perception pour pallier les défaillances de la représentation mentalisée » (SZWEC G., 1998, p.32). Cet agrippement au factuel et au besoin intarissable d'être en présence peut s'apparenter aux procédés autocalmants conceptualisés par G. Szwec (1998).



Selon cet auteur, les procédés autocalmants sont des « conduites opératoires résultant d'un certain vide psychique » (ibid., préface) provoquées par une nécessité économique visant à évacuer la tension irreprésentable par une autre voie d'écoulement, qui est comportementale. Ainsi, c'est le recours à une excitation pour calmer une surexcitation inintégrable qui pousse Julien dans cette « *fuite en avant* », ces journées qui durent « *quarante-huit heures* » dont Pierrick parle à la 24<sup>ème</sup> séance. Ces mots me paraissent particulièrement parlants et précis pour ce besoin compulsif de faire des activités, de « *remplir* » comme Julien l'exprime lui-même à la fin de cette même séance comme quelque chose qu'il se sent poussé à faire face à la société. Cela peut se traduire par une recherche de calme via l'«*épuisement de la machine automatique* » en laquelle se transforme le corps (Szwec, 1998). Ces procédés sont reproduits tant que l'activité symbolisante n'est pas effective, ils permettent alors d'atteindre un certain calme, mais jamais la satisfaction. Julien serait dans la nécessité d'un lien constant pour se sentir vivant.

Nous pouvons aussi voir dans cette confrontation constante au challenge des liens sociaux et de l'autonomie la quête d'une maîtrise du traumatisme par sa répétition. Ces procédés peuvent également être considérés comme une tentative de localiser la peur dans des dangers concernant l'environnement afin d'éloigner « l'effroi du traumatisme irreprésentable » (SWZEC G., 1998, p.22). Cela pousse Julien dans cette « *boulimie de faire plein de choses* » (24<sup>ème</sup> séance), comme pour bloquer l'activité de la pensée et « liquider une excitation non liée en excès » (ibid., p.149).

Quant aux répétitions dans les interventions de Julien, nous pouvons avancer l'idée qu'elles constituent une tentative de liaison, d'autoreprésentation et de représentation. Elles peuvent aussi être un moyen d'introduire du cadre dans le cadre, en instaurant une sorte de rituel et ainsi introjecter la « fonction symbolisante du cadre » (Jacquet, 2010). Elles peuvent se lire à la lumière des procédés autocalmants, mais également comme la recherche d'un contenant, une « compulsion à explorer-occuper l'espace dans sa totalité » (Jacquet, 2012) par la parole.

« Le cadre est investi représentativement pour symboliser ce qui n'est pas symbolisable. » (JACQUET E., 2012, p.196)

Ainsi, les répétitions dans les interventions du Julien symboliseraient un rapport à l'autre qui n'a pas acquis le stade de représentation.

## 2- TENTATIVE DE SYMBOLISATION D'EXPERIENCES NON SUBJECTIVEES

L'intérêt envahissant et obsédant pour la « normalité » qui anime Julien se retrouve jusque dans son dossier. Il y parle alors déjà de son trouble, de son défaut d'« *habileté sociale* »

et de la « conscience » qu'il a de sa différence. On peut voir dans son discours, souvent plaqué, qu'il se réfugie dans un fonctionnement de pensée opératoire face aux incertitudes de la vie et des relations humaines. Lorsqu'il dit « *il faut* », cela sonne comme un impératif qui laisse penser qu'*on lui a dit* que c'était comme ça qu'il fallait faire. Tout se passe comme si on lui avait « enseigné » un grand nombre de choses abstraites sur son trouble, sur comment il « doit » être, mais il peine à l'appliquer, à l'habiter et à le subjectiver<sup>1</sup>. En particulier, lors de la 29<sup>ème</sup> séance, après avoir parlé du fait qu'« *il ne faut pas* » qu'il fasse « *ça, ça, ça, pas ça* », il finit finalement sa phrase par « *mais ça, c'est Asperger* », comme s'il se plaçait lui-même dans un déterminisme dans lequel son trouble définit sa personnalité.

Ces discours pourraient se rapprocher d'une tentative d'incorporation, ce « processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps » (LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 1967, p.200). Nous pourrions également voir dans ces discours une identité adhésive<sup>2</sup> à son environnement, modalité de dépendance très primitive qui apparaît « de manière prévalente dans l'autisme infantile pathologique » (HAAG G., 1998, p.127).

Ce postulat peut être appuyé par ce qui semble apparaître dans la prosodie de Julien. Comme je l'ai dit brièvement lors de sa présentation, Julien parle fort et vite, bégaille et bafouille souvent, parfois sans finir ses phrases. Cela semble témoigner d'une pulsionnalité qui, à défaut d'être en mesure d'habiter le contenu, habite le contenant et en désorganise la modalité. Ces indices non-verbaux peuvent en réalité « s'entendre » comme les traces d'un langage archaïque de souffrances et de vécus traumatiques non représentables. Ainsi le langage, pour Julien, ne symbolise pas réellement, n'est pas corrélé à des affects. Ainsi, pour Julien, « certaines choses psychiques sont agies à travers l'appareil de langage » (ROUSSILLON R., 1999, p.190).

« L'éprouver, en se transférant dans l'appareil de langage verbal, affecte celui-ci dans les aspects les plus « économiques » de son fonctionnement. »  
(ROUSSILLON R., 1999, p.18)

Les discours plaqués de Julien peuvent être compris comme une tentative de s'identifier, se sentir et se percevoir de l'intérieur (Jacquet, 2010). Nous pourrions également considérer ces discours plaqués comme ayant la « double fonction d'exorciser le retour d'une perception traumatique et de la maîtriser » (SZWEC G., 1998, p.29). Son Moi se serait alors « organisé en retournant du dedans l'expérience agonistique afin de la maîtriser » (ROUSSILLON R., 1999, p.155). Julien, par ce discours incorporé, tenterait de mettre en œuvre un processus de

<sup>1</sup> Ces discours plaqués se retrouvent particulièrement lors des 28<sup>ème</sup>, 29<sup>ème</sup> et 34<sup>ème</sup> séances.

<sup>2</sup> Terme introduit par E. Bick, repris dans HAAG G., Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale, p.127.

subjectivation, d'appropriation de l'expérience agonistique. Ainsi, il chercherait à mettre des mots entendus sur son mal-être, peu importe s'il n'en saisit pas le sens véritable.

« Imiter l'objet, c'est reproduire la présence de cet objet à l'intérieur de soi et ceci doit donc être rattaché aux processus de séparation-individuation. » (JACQUET E., 2010, p.494)

La pensée opératoire de Julien semble réduire sa capacité de penser à l'application de ces discours entendus mais non réellement compris. Pour R. Roussillon, « la défense contre les processus de symbolisation [...] est, elle aussi, réactionnelle contre le retour de l'histoire « traumatique » des tentatives de symbolisation » (ROUSSILLON R., 1999, p.147). Cet échec du processus représentatif nous révèle l'organisation de Julien, incapable de « jouer avec des représentations dans une brume d'associations qui, comme les nuages dans le ciel, se font, se défont, se séparent et se confondent » (HOCHMANN J., 2007, p.416).

### 3- DYNAMIQUES TRANSFERENTIELLES

À travers les éléments discutés jusque-là, nous pouvons avancer l'idée que Julien transfère la non-relation à ses objets premiers sur la situation groupale. Un de ses seuls moyens de communiquer semble être de répéter les mêmes choses, comme s'il extériorisait quelque chose ne pouvant pas être intériorisé. Nous observons un besoin compulsif de Julien d'être dans un échange continu avec des personnes qui l'entourent et le protègent. Julien semble dramatiser dans le groupe des situations infantiles durant lesquelles il ne s'est pas senti compris (Tustin, 1990). Il s'agit alors, pour reprendre la formule heureuse de S. Freud, de « reconnaître dans ce qui apparaît comme réalité le reflet renouvelé d'un passé oublié » (FREUD S., 1920, p.64).

Sa demande de réassurance et sa tendance à parler en monologue peut être mise en lien avec le vide ou le non vide dans le groupe. Plus la parole est vide et difficile, plus Julien va la prendre, la ramener à lui et à ses angoisses. La 24<sup>ème</sup> séance est marquée par le retour de plusieurs membres, plaçant le groupe dans une situation de remaniement. Cela amène Julien à énormément parler, comme pour se contenir verbalement face à l'excitation que provoque cette pluralité nouvelle. Lors de la 32<sup>ème</sup> séance, le groupe est angoissé et plus silencieux que d'habitude en raison de l'annonce de la fin prochaine du groupe, qui induit de l'inhabituel et la perspective de la « mort » du groupe.

« Un des mécanismes de défense utilisé par les membres d'un groupe pour traiter la situation précaire de débordement et de non-liaison [...] est de ramener la situation multiple à une situation connue, ou à une situation régressive plus restreinte que l'on contrôlera mieux. » (KAËS R., 1994, p.58)

Ainsi, lors de ces séances, Julien semble se raccrocher plus qu'il lui est d'usage à ses procédés autocalmants de remplissage. Le cadre, le « monde fantôme » tel que l'appelle J. Bleger, est un

support, certes invisible, mais ayant le rôle le plus puissant de la situation thérapeutique car il permet la résurgence des parties les plus régressives et indifférenciées des patients (Bleger, 1966). De ce fait, il ne se remarque que lorsqu'il est modifié ou vient à faire défaut. Cette modification apparaît alors comme une menace pour le Moi du sujet, ce qui se traduit par des angoisses, angoisses qu'exprimera Julien lors de ces séances par ses prises de paroles en nombre. D'ailleurs, lors de la 32<sup>ème</sup> séance, n'est-ce pas de la fin du groupe dont Julien parle lorsque, en parlant des entreprises qui font tout pour que les gens soient heureux, il dit avoir « *l'impression qu'on ne peut pas se faire virer dans ce genre de truc* » ? Ne parlerait-il pas en réalité d'un lieu de contenance idéal, contrairement au groupe parole qui, lui, n'a qu'une durée limitée ? Ainsi, Julien nous fait vivre par identification projective certaines de ses sensations archaïques afin de nous faire éprouver ce que, dû au clivage opéré, il ne peut éprouver lui-même : les angoisses de morcellement et de dissolution contre lesquelles il se protège. Par conséquent, ne pouvant « compter sur l'assise de groupes internes suffisamment constitués » pour contenir ses souffrances, « seul le recours à l'environnement permet d'amorcer un travail psychique » (MELLIER D., 2005, p.107).

Pour J. Bleger, « le cadre du patient est l'expression de sa fusion la plus primitive avec le corps de sa mère, et [...] le cadre du psychanalyste doit permettre de rétablir la symbiose originelle afin de pouvoir la modifier » (BLEGER J., 1966, p.275). Dans le cas de Julien et du syndrome d'Asperger, le dispositif groupal peut se voir comme une tentative de constitution d'une enveloppe psychique, de la groupalité interne première faisant défaut. Le cadre du groupe recrée sa symbiose première et les souffrances qui l'ont traversé dans cette relation première à l'environnement. Julien transfère sur le groupe l'échec de l'intériorisation de ses objets premiers à travers cette compulsion dans laquelle il se trouve à « combler » les vides, les blancs. En effet, il parle très souvent après un silence, comme si l'écart, l'entre-deux lui était insupportable. Il semble éviter à tout prix ce que lui rappelle une « situation primitive d'une perte ou d'une absence insupportable » (TUSTIN F., 1990, p.142). En cela, il remet en jeu dans le transfert ses traumatismes psychiques (Freud, 1920).

C- Hypothèse 3 : Le contre-transfert du groupe et de l'équipe refléterait les processus en souffrance du sujet, répétant ainsi son traumatisme.

## 1. DYNAMIQUES CONTRE-TRANSFERENTIELLES

Suite à ma prise de conscience que je n'écrivais presque plus rien dans le cahier lorsqu'il parlait, j'ai entrepris d'en comprendre les raisons. Je me sens parfois envahie par la présence de Julien car son côté répétitif est difficile à supporter. Ne pas retranscrire ses paroles serait une

tentative de me défendre de cet ensevelissement. Peut-être que son côté inadapté à la vie en société, et donc en groupe, fait qu'inconsciemment je l'exclue moi aussi. Selon A. Brun, les manifestations contre-transférentielles de l'observateur écrivant sont visibles dans son travail d'écriture.

« Je voudrais montrer [...] comment les ratés de cette écriture, sous la forme de divers lapsus, manifestent la présence d'une pensée inconsciente du scripteur, en écho intersubjectif avec l'appareil psychique groupal. » (BRUN A., 2013, p.178)<sup>1</sup>

Dans ces « ratés » s'expriment les fantasmes et les désirs inconscients de l'écrivain en écho au groupe. À ce propos, il me semble important de préciser que la psychologue, l'infirmière et moi-même partageons les mêmes vécus contre-transférentiels à propos de Julien. Cependant, au sein du groupe, le contre-transfert est, en quelque sorte, diffracté : certains patients, comme Valérie et Dorine, sont très agacés alors que d'autres, comme Pascal et Sabine, manifestent plus de patience et de disponibilité à l'égard de Julien.

D'autre part, cet aspect répétitif me met dans un état assez inconfortable dans la mesure où chaque thème permet aux patients de s'exprimer sur plusieurs aspects de leur vie ou de la société en général. Ils disent des choses parfois intimes et profondes, et Julien me fait peut-être ressentir de la frustration par sa faible capacité à élaborer et échanger. Il exprime beaucoup ses angoisses face à l'idée d'être obligé de travailler, d'avoir des enfants, de ne savoir comment agir face à un ami ou une fille. Il semble avoir besoin d'un lien maternant, presque symbiotique, lui apportant constamment la même réponse et la même réassurance. Cependant, le fait qu'il soit dans un groupe et qu'il prenne plus de place que certains patients ne donne pas envie de lui répondre systématiquement. Pour D. Houzel, face à un sujet autiste, le thérapeute doit faire preuve d'une certaine fermeté afin de ne pas « retomber dans l'illusion d'une toute-puissance infantile et d'une possession sans limite ni partage » (HOUZEL D., 2014, p.411).

Un autre aspect de Julien qui peut expliquer ce contre-transfert est son accès à un langage plutôt structuré, et à une verbalisation plutôt aisée de sa pensée. Ainsi, il est d'autant plus difficile d'envisager qu'il n'arrive pas à intégrer certaines choses, étant donné sa capacité à justement exprimer qu'il ne les intègre pas. J'ai parfois l'impression que lui répondre systématiquement serait un processus sans fin, me vidant de mon énergie vitale. Je me sens impuissante. Pour G. Haag, l'état autistique produit une « impression contretransférentielle d'inatteignable vers l'autre et d'inanité pour soi » (HAAG G., 2014, p.125).

---

<sup>1</sup> Ces données proviennent de la réécriture de l'article suivant : BRUN A., CADOUX B. (1999), Quand l'écriture s'en mêle... Traces des contre-transferts dans un atelier d'écriture, *Actes des journées du COR, Objets et contre-transfert*, hôpital Imbert, Arles, 1995, pp. 109-134.

Une séquence clinique qui semble particulièrement exprimer le contre-transfert groupal face à Julien est lorsque, durant la 32<sup>ème</sup> séance, l'infirmière s'exclame « *Mais vous êtes sérieux là Julien ? [...] On n'est pas au théâtre* » en réponse aux plaintes de Julien sur les normes au travail<sup>1</sup>. Lors de notre réunion d'après-groupe, elle est revenue sur cela, disant s'être sentie trop énervée pour ne rien dire. Elle est alors sortie de sa place d'encadrante. Lors de cette séance, trouvant peu de répondant face à lui, Julien a continué à parler jusqu'à ce que le groupe soit réellement exaspéré et que l'infirmière doive lui répondre. L'infirmière aurait ainsi, ce jour-là, porté la fonction phorique de porte-parole qui peut se définir comme « la fonction de porter, de transporter, de transmettre, de transférer la parole et ce qu'elle représente » (KAËS R., 1994, p.234), se situant ainsi à l'articulation « de l'appareil psychique individuel et de l'appareil psychique groupal » (ibid., p.249). Ainsi, l'agacement qu'ont ressenti « plusieurs autres du groupe » a été relégué à l'infirmière, qui a ouvert en chacun « l'accès à la représentation des paroles refoulées » (ibid., p.243).

Ainsi, ce qui se révèle des limites de notre propre cadre interne face à Julien est la traduction d'un débordement pulsionnel que Julien ne peut contenir et transformer.

« L'autisme touche le point nodal de notre être, point charnière où s'est jouée, aux confins du symbolique, notre structuration même de sujet. [...] Il n'est pas étonnant que face à un sujet qui suscite auprès de nous de l'inquiétant au lieu de ce refoulement, le clinicien soit enclin au retrait défensif » (BORGNIS-DESBORDES E., 2008, pp. 141-142)

## 2. COMPULSION DE REPETITION

À la vue des éléments contre-transférentiels dégagés, nous pouvons constater l'échec du groupe à transformer ce que Julien remet en jeu dans le groupe de ses vécus agonistiques. Ce contre-transfert de lassitude et d'agacement laisse finalement Julien sans réelle réponse en face de lui et répète ainsi le traumatisme de sa première rencontre avec l'environnement. Le nourrisson en détresse et traumatisé en lui qu'il cherche à secourir se voit finalement répéter indéfiniment les mêmes processus, et vivre « une horreur répétée et écartée tout en même temps, dans un cercle sans fin » (SZWEC G., 1998, p.57). Par cette répétition de « l'histoire non subjectivée, non appropriée » (ROUSSILLON R., 2008, p.192), Julien reconvoque une situation de détresse et l'angoisse qu'elle engendre afin de tenter de la maîtriser par un « renversement actif » (Szwec, 1998). Il revit alors la « situation traumatisante qui a été subie passivement, afin de la maîtriser activement par la répétition » (SZWEC G., 1998, p.77).

---

<sup>1</sup> « *Les salariés n'osent pas dire au patron arrête, soit cool, la vie est courte, va te promener...* »

« Il était passif, à la merci de l'événement ; mais voici qu'en le répétant, aussi déplaisant qu'il soit, comme jeu, il assume un rôle actif. » (FREUD S., 1920, p.60)

La séquence clinique abordée précédemment <sup>1</sup> concernant la 32<sup>ème</sup> séance vient précisément témoigner d'un mode de réaction en miroir et d'un échec de la remise en jeu du groupe. En effet, comme l'infirmière le dit si bien, nous ne sommes pas en capacité d'être dans le second degré et le jeu, et donc, pas au théâtre ! E. Jacquet dit, à propos du cadre du groupe :

« S'y trouvent projetées les zones les plus archaïques de la personnalité, mais la question se pose alors de son aptitude à générer l'écart entre ce qu'il représente de l'indifférenciation soi-objet, comme en miroir de la problématique projetée et ce qu'il institue comme éléments différenciateurs prompts à initier un processus de changement. » (JACQUET E., 2011b, p.225)

L'infirmière, et par extension le groupe, répond à Julien dans le même registre que lui et empêche ainsi un processus thérapeutique. Pour R. Kaës, la qualité thérapeutique d'un groupe se situe justement dans cette « aptitude à contenir, à désintoxifier et à transformer les éléments bruts projetés sur le cadre » (KAËS, 1994, p.264). Cette aptitude rend alors possible « l'exercice de sa fonction alpha et le travail de transformation des émotions en représentations verbales » (ibid., p.245). Ce dispositif d'écoute semble être précisément ce qui manque au groupe face à Julien, induisant alors la répétition de son traumatisme. Par conséquent, il semble que la structure du dispositif que nous proposons à Julien est de même nature que le problème que nous tentons d'affronter (Bleger, 1971).

### 3. PARADOXE DE L'INTERET DE JULIEN POUR LA NORMALITE

Le fonctionnement opératoire de Julien, l'amenant à retourner constamment à ses sujets habituels, est justement ce qui le met en difficulté dans le groupe et ce qui produit un sentiment de décalage face aux autres patients. Cela est particulièrement visible lors de la 4<sup>ème</sup> séance lorsque Julien dit « *il faut s'intéresser à eux avant de parler de moi* ». Nous pouvons voir ici un paradoxe apparaître, car c'est justement le contraire qu'il fait en disant cela : il ramène le sujet à lui en disant qu'il doit s'intéresser aux autres, et donc il ne s'intéresse justement pas à la conversation qui est en train d'avoir lieu. Ainsi, ce qui lui permet de se défendre est également ce qui le met à mal dans ses relations. Cela peut se rapprocher de la conception de G. Szwec, selon lequel il est particulièrement difficile d'être en « liaison communicative avec celui qui est en plein comportement répétitif autocalmant » (SZWEC G., 1998, p.21). Une autre manière de parler de ce paradoxe peut se lire dans les mots de l'infirmière lors de la 29<sup>ème</sup> séance,

---

<sup>1</sup> Lorsque l'infirmière dit « *Mais vous êtes sérieux là Julien ? [...] On n'est pas au théâtre.* »

lorsqu'elle dit qu'on peut être handicapé « *par rapport à soi-même* » à travers la manière dont on accepte son handicap, en donnant l'exemple d'une personne aveugle qui voulait tout faire comme si elle voyait. Cela me semble parler de Julien, de quelque chose qui n'est pas en sa capacité mais qu'il cherche absolument à acquérir.

« Nous pouvons considérer ainsi que les autistes [...] symbolisent la désymbolisation [...], autrement dit l'échec de leur propre processus. Mais la dynamique autistique est aussi une tentative de dégagement des angoisses d'anéantissement, de chute, de perte de la continuité de soi, liées à la réalité de la séparation. Les signes produits par les enfants autistes ont, par conséquent, la caractéristique paradoxale de tenter une signification [...] qui ne porterait pas la marque de la séparation. » (JACQUET E., 2014, p.29)

Cet intérêt si important et envahissant pour la « normalité », les normes sociales et le lien aux autres serait pour Julien une tentative de réduire l'anxiété et l'insécurité que provoque en lui ce monde énigmatique des relations humaines. Cela peut s'apparenter aux « intérêts spéciaux » des personnes Asperger. Bien qu'il existe une faible proportion de sujets Asperger sans intérêt spécial, les éléments cliniques autorisent l'hypothèse que Julien en a bien un, qui est en quelque sorte la normalité. En effet, cela s'observe à la vue des répétitions, des retours constants sur les thèmes reliés à cela et à la place que ces thèmes prennent dans sa vie (comme le monde du travail, les relations sociales, l'autonomie).

« L'enfant ou l'adulte peut collecter des informations sur un sujet qui est pour lui une cause de détresse ou de confusion émotionnelle, pour comprendre un sentiment ou une situation. » (ATTWOOD T., 2006, p.222)

Concernant cette importance de la norme pour Julien, nous pourrions donner l'exemple de l'autonomie. Il semble très attaché et investi à l'obtention d'un appartement, mais dit finalement lors de la dernière séance qu'il n'en a pas réellement envie. Quelque chose se décale alors et Julien nous exprime que ce qui correspond à son bien-être est le contraire du modèle global. Il sait qu'il faudrait avoir un appartement, mais lui se sent mieux chez ses parents. Quelque chose émerge alors de ses propres affects et de sa subjectivité.

## CONCLUSION

L'espace du groupe parole est pour Julien une figuration de son environnement premier et de son groupe interne morcelé. Il y reproduit ses conduites autocalmantes qui le protègent, et y dépose ses vécus traumatiques afin de tenter de les intégrer et de les lier, dans l'espoir d'enfin intérioriser son expérience subjective. Cependant, la capacité de transformation groupale semble très difficile à mettre en place et le manque de réflexivité de Julien se voit répété en miroir dans la réponse du groupe, sans écart entre ce qu'il y projette et ce qu'il reçoit en retour. Les objets externes se révèlent être finalement aussi peu disponibles que ses objets internes, ce



qui vient, en définitive, dévoiler les difficultés existentielles profondément ancrées dans le psychisme de ce sujet. Les circonstances de ce groupe parole constituent une sorte de mise en abîme du rapport au monde de Julien, marqué par une inaccessibilité à la dimension de l'objet différent de soi, doublé d'un investissement tout entier à accéder à ce « manque qui manque ».

Il m'apparaît que la principale difficulté de Julien est qu'il ne semble que trop peu capable de se dégager de certains discours inculqués dans la société qui ne correspondent pas à sa réalité. En effet, Julien se « cache » parfois derrière ses discours plaqués. En cela, le diagnostic d'un handicap psychique, bien qu'il comporte des dimensions positives car il permet de nommer les vécus, peut également être utilisé de manière défensive, comme cela semble être le cas pour Julien. Ce qui m'apparaît comme essentiel à l'issue de ce travail est d'être attentif à ne pas laisser la différence dicter le rapport au monde d'un sujet. Pour reprendre la phrase de H. Asperger citée en épigraphe, je pense que tout ce qui sort de la norme devrait apprendre à créer les normes qui lui correspondent. lala

## BIBLIOGRAPHIE

ATTWOOD T. (2006), *The complete guide to Asperger's syndrome* ; tr. fr., *Le syndrome d'Asperger, guide complet*, Bruxelles, De Boeck, 2009.

AMBROISE P. (2014), Trajectoire de soins à l'hôpital de jour « La colline ». Témoignages croisés, in AMY M.-D., *Autismes et psychanalyses. Evolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, Erès, pp. 415-448.

BORGNIS-DESBORDES E. (2008). De l'autisme à l'Autre. Deux cas cliniques : Cloé, Elise, in BONNAT J.-L., *Autisme et psychose*, Rennes, PUR, pp. 139-152.

BRUN A. (2013), Spécificité du transfert dans les médiations thérapeutiques in BRUN A. (et col.), *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod, pp. 159-187.

BLEGER, J. (1966), *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, tr. fr., in KAËS R. (et col.), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 2004, pp. 257-276.

BLEGER J. (1971), Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions, in KAËS R. (et col.), *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1987, pp. 47-61.

DI ROCCO V. (2016), *Cours magistral de pratiques groupales psychanalytiques*, Bron.

FREUD S. (1920), *Jenseits des Lutsprinzips* ; tr. fr. *Au-delà du principe de plaisir, Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2001, pp. 47-128.

GOLSE B. (2014), *Conclusions*, in AMY M.-D., *Autismes et psychanalyses. Evolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, Erès, pp. 477-486.

HAAG G. (1998), Identification adhésive, identité adhésive, adhésivité, *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale*, 1, Paris, Les éditions du Collège de psychanalyse groupale et familiale, pp. 125-131.

- HOCHMANN J. (2007), À la recherche d'un dialogue entre neurosciences et psychanalyse : l'exemple de l'autisme infantile, *Revue française de psychanalyse*, 2007/2, 71, pp. 401-418.
- HOUZEL D. (2014), Le processus de la cure psychanalytique dans l'autisme, in AMY M.-D., *Autismes et psychanalyses. Evolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, Erès, pp. 395-413.
- JACQUET E. (2010), Imitations, intersubjectivité et symbolisation primaire dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants, *La psychiatrie de l'enfant*, 2010/2, 53, pp. 453-508.
- JACQUET E. (2011a), Dispositifs thérapeutiques de groupe pour jeunes enfants psychotiques et autistes. Revue commentée de la question et perspectives, *Psychothérapies*, 2011/1, 31, pp. 15-25.
- JACQUET E. (2011b), « Épreuve » du cadre et processus de subjectivation dans un groupe thérapeutique de jeunes enfants, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2011/1, 56, pp. 215-227.
- JACQUET E. (2012), Construction de la limite interne et « bon usage du double interdit du toucher » dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants, *Cahiers de psychologie clinique*, 2012/1, 38, pp. 179-202.
- JACQUET E. (2014), Psychothérapie groupale des troubles sévères du jeune enfant : une clinique aux limites de la théorisation, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2014/1, 62, pp. 25-37.
- KAËS R. (1994), *La parole et le Lien. Processus associatifs et travail psychique dans les groupes*, Paris, Dunod, 2005.
- LENFANT A.-Y. (2014), Comment la compréhension du vécu psychocorporel peut s'articuler à la dimension des apprentissages, in AMY M.-D., *Autismes et psychanalyses. Evolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, Erès, pp. 173-203.
- LHEUREUX-DAVIDSE C. (2014), Regard, traitement de l'espace et particularités de la pensée des personnes autistes, in AMY M.-D., *Autismes et psychanalyses. Evolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, Erès, pp. 141-172.
- MALEAL J.-C. (2008), Histoire d'une mutation dans l'appréhension de l'autisme, in BONNAT J.-L., *Autisme et psychose*, Rennes, PUR, pp. 59-85.
- MELLIER D. (2005), Notes sur la groupalité psychique et son apport à la pratique clinique, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2005/2, 45, pp. 91-108.
- ROUSSILLON R. (1999), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 2008.
- ROUSSILLON R. (2009), L'associativité, *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 2009/2, 20, pp. 19-35.
- SUAREZ-LABAT H. (2014), Les investigations projectives et cognitives : des éclairages pluriels sur les états autistiques et leurs destins, in AMY M.-D., *Autismes et psychanalyses. Evolution des pratiques, recherches et articulations*, Toulouse, Erès, pp. 321-346.
- SZWEC G. (1998), *Les galériens volontaires*, Paris, PUF.
- TUSTIN F. (1990), *The Protective Shell in Children and Adults*, Londres, Karnac Books ; tr. fr., *Autisme et protection*, Paris, Le Seuil, 1992.