

La théorie de la séparation /individuation de Mahler

Mahler¹[1] est psychanalyste et élabore sa théorie au début des années 70. En s'intéressant à la psychose infantile, elle a formulé une théorie du développement des enfants vue sous l'angle de la distance relationnelle entre l'enfant et sa mère.

- Phase autistique normale²[2] (0 – 1 mois) : Cette phase se caractérise par une indifférenciation entre l'enfant et le monde extérieur et une absence de conscience de l'existence de la mère. Le sein maternel et l'enfant ne font qu'un. A partir de l'expérience de la première fois, il y a un moment de confusion où l'enfant confond l'hallucination du sein avec la réalité. On parle de satisfaction hallucinatoire. Freud compare ce système clos et auto-suffisant à un œuf.
- Phase symbiotique normale (2 – 5 mois) : Le nouveau-né se comporte comme si lui et sa mère ne faisaient qu'un, comme si la symbiose in-utero se poursuivait ex-utero. Cette fusion psychosomatique apporte l'illusion de la toute-puissance. On parle d'unité duelle. L'état de dépendance à la mère est absolu. Celle-ci est investie en tant qu'objet partiel, totalement fusionné, qui apporte la satisfaction. La coquille se fissure progressivement (cf. la mère suffisamment bonne – Winnicott). Le monde extérieur est de plus en plus investi bien qu'il ne soit pas encore distingué comme « dehors » par l'enfant.
- Phase de séparation/individuation : Le bébé devient petit à petit capable d'anticiper la satisfaction. A partir des frustrations, il se rend compte de plus en plus que son hallucination n'est pas l'objet. Il commence à percevoir l'origine externe des sources de gratification. Ainsi s'ébauche la différenciation entre dehors et dedans, entre moi et non-moi.
 - La *différenciation* (5 – 10 mois) ou processus d'éclosion : Certains comportements marquent le début de la différenciation, comme par exemple le fait que l'enfant s'éloigne du corps de la mère pour l'observer, lui tirer les cheveux, mettre ses doigts dans sa bouche, etc. Il la reconnaît en tant que personne, d'autant plus qu'elle lui signifie qu'il lui fait mal...
 - Les *essais* (10 – 15 mois) : L'enfant gagne en autonomie grâce au développement cognitif (capacité d'établir des relations entre les objets et les personnes – relation de causalité -, moteur (apprentissage de la marche). Ceci lui permet de prendre des distances vis-à-vis de la mère et d'établir des spécificités relationnelles avec elle. Il s'aperçoit des absences de sa mère, son intérêt pour le monde extérieur diminue, la motricité ralentit. Il s'absorbe en lui-même et se livre à une construction imaginaire (cf. Fort-Da - Freud).
 - Le *rapprochement* (15 – 24 mois) : L'enfant a de plus en plus nettement conscience d'être séparé. Cette conscience s'accompagne d'une forte demande d'amour. Il est partagé entre deux contraires : la symbiose et l'autonomie. Ainsi, pendant un moment, l'envie de développement coexiste avec un désir de régression

auxquels s'oppose une double angoisse : l'angoisse de séparation (la peur de l'insécurité hors de l'enveloppe maternelle) et l'angoisse de disparition (être avalé par la mère). On observe cela dans, d'un côté, les comportements de poursuite, d'agrippement de la mère, dans le fait de se précipiter dans ses bras, et, de l'autre côté, dans le jeu qui consiste à s'en éloigner très vite en riant. Quand cette crise s'estompe, grâce à la confiance dans le caractère permanent et vivant de la mère, l'horizon de l'enfant s'ouvre à d'autres personnes dont le père.

· La *consolidation du processus d'individuation* (24 - 36 mois) : Le développement important des fonctions cognitives telles que le langage, la capacité à fantasmer (processus d'imagination) et la construction d'une réalité plus stable (*cf.* principe de réalité - Freud), la fonction sémiotique (capacité à créer du sens), assure la permanence de l'objet et permet donc de consolider le processus. L'enfant dispose d'une véritable image mentale de la mère qui lui permet d'être réconforté en son absence.

C'est durant cette période que des confusions et des décalages s'établissent, donnant naissance aux psychoses précoces. Mahler distingue deux types de psychoses infantiles : les autistiques et les symbiotiques.

w L'autisme est une défense fondamentale car l'enfant ne peut pas utiliser le pôle d'orientation émotionnelle qu'est la mère ou, autrement dit, il ne recourt pas à la fonction de moi auxiliaire qu'est le moi de la mère et qui lui permet de donner du sens à ses sensations et à ses perceptions. L'enfant semble prisonnier d'un cercle infernal terrible qui ne lui permet pas de mettre de l'ordre dans son univers où le monde extérieur et intérieur restent confondus. Il s'enferme dans un lieu personnel, restreint, étriqué, inanimé et figé, et devient intolérant à tout changement.

w La psychose symbiotique résulte d'une fixation au stade de l'objet partiel. Le self de l'enfant reste fusionné à la Mère qui participe à l'illusion de son omnipotence. Les symptômes apparaissent au cours de la deuxième année de l'enfant et font suite à une phase normale de développement (Ils culminent au moment de l'Œdipe où les émotions sont trop fortes pour les mécanismes de défense). Ils font suite à certains moments clés tel que l'abandon de la fusion symbiotique avec la mère, ce qui déclenche une angoisse massive d'annihilation, cliniquement caractéristique, et une désorganisation de la personnalité avec perte de langage et apparition de symptômes psychotiques.

w Au cours de la thérapie, la prise en charge doit tenir compte du fait que toute coupure dans la relation est dramatique. C'est ainsi que Mahler décide d'inclure la mère dans la thérapie des autistes afin que cette cassure n'ait pas lieu si, pour quelques raisons, la relation avec le thérapeute devait s'interrompre.

3[1] MAHLER, M., *Psychose infantile*, Payot, Paris, 1977.

La thèse de Margaret MAHLER (1897 - 1985) repose sur la théorie freudienne des pulsions et des stades du développement libidinal ; elle y intègre les apports de

l'égopsychologie, notamment le concept du moi autonome primitif.

4[2] A ne pas confondre avec l'autisme pathologique.

Le terme «autisme» vient du grec *auto* qui signifie «soi-même». Il fut employé pour la première fois en psychiatrie par BLEULER, en 1911, dans son ouvrage sur *le Groupe des schizophrénies*, pour désigner chez les schizophrènes adultes la perte du contact avec la réalité qui rend difficile, voire impossible la communication avec autrui. Plus tard, d'autres auteurs le décriront comme un symptôme particulier, non spécifique de la schizophrénie.

KANNER (1943, *Autistic Disturbance of Affective Contact*) décrit sous le terme d'*autisme infantile précoce* un tableau clinique caractérisé par l'incapacité pour le petit enfant, dès sa naissance, d'établir des contacts affectifs avec son entourage. Kanner insiste sur la spécificité de ce symptôme et en fait un syndrome clinique à part entière, que son mode d'apparition et son évolution distinguent radicalement de la schizophrénie. «Ce n'est pas comme dans la schizophrénie adulte ou infantile, un commencement à partir d'une relation initiale présente, ce n'est pas un retrait de la participation à l'existence d'autrefois. Il y a, *depuis le départ*, une extrême solitude autistique qui, toutes les fois que cela est possible, dédaigne, ignore, exclut tout ce qui vient de l'extérieur ». Kanner, dans sa description, a isolé un certain nombre de signes cliniques caractérisant cette forme de psychose qu'est l'autisme :

- 1) le début précoce des troubles (généralement dans les deux premières années de la vie);
- 2) l'isolement extrême : l'attitude de l'enfant est marquée par son indifférence extrême et son désintérêt total vis-à-vis des personnes et des objets;
- 3) le besoin d'immuabilité;
- 4) les stéréotypies gestuelles : gestes répétés inlassablement, dont certains apparaissent étranges et caractéristiques, tels que remuer les doigts devant le visage, marcher sur la pointe des pieds, tourner sur soi-même, se balancer d'avant en arrière, etc.;
- 5) les troubles du langage : soit l'enfant est totalement mutique, soit il émet des sons qui ont la mélodie du langage sans en avoir la signification, soit il possède un langage, mais dépourvu de valeur communicative, marqué par l'écholalie (répétition en écho des mots ou des phrases des autres), par l'incapacité de manier les pronoms personnels, et par l'invention de néologismes.

Kanner insistait également sur l'intelligence et la mémoire souvent remarquables de ces enfants, traits qui distinguent l'autisme de toutes formes d'états d'arriération décrits antérieurement en psychiatrie.

TUSTIN (1977, *Autisme et psychose de l'enfant*) proposa de classer les autismes en trois groupes :

- 1) L'autisme primaire anormal : sorte de prolongation anormale d'un autisme primaire normal. Cette forme, qualifiée d'« amibienne », serait caractérisée par le fait que, chez le bébé, n'existerait aucune possibilité de différenciation de son propre corps et de celui de sa mère, ni de délimitation de la surface corporelle. Le fonctionnement mental s'organiserait autour de sensations très primitives et cette forme serait due à une carence dans le domaine du premier nourrissage.
- 2) L'autisme secondaire «à carapace» : cette forme semble correspondre à l'autisme de Kanner. Il n'y aurait plus, là, indifférenciation entre le moi et les autres, mais au contraire une surévaluation de cette différence. Il y aurait création d'une véritable

barrière autistique, une sorte de *carapace* destinée à protéger et interdire l'accès au monde, terrifiant. Le corps de l'enfant serait raide, et insensible, l'activité fantasmatique pauvre, et la pensée inhibée.

3) L'autisme secondaire régressif : cette forme d'autisme constitue la schizophrénie infantile. Après une évolution apparemment normale, apparaîtraient des manifestations régressives, avec retrait de l'enfant dans une vie fantasmatique riche centrée sur les sensations corporelles.

Les auteurs français (R. Misès, S. Lebovici), ont apporté leur contribution à la recherche des maladies psychotiques précoces, en intégrant, en leur sein, les «psychoses à expression déficitaire» ou les «distorsions psychotiques de la personnalité». D'autres (M. Soulé, D. Houzel) se sont attachés plus particulièrement au fait de repérer les signes très précoces d'évolution psychotique dans la dyade mère-enfant : refus du biberon, insomnies avec mouvements auto-agressifs ou, au contraire, calmes, non apparition du sourire au 3^e mois et de l'angoisse du 8^e mois, inintérêt pour les jouets et intérêt exclusif pour les jeux de mains devant les yeux etc.

L'étiologie de l'autisme a donné lieu à des controverses passionnées entre ceux qui y voyaient une maladie de type organique, et ceux qui le considéraient comme une affection d'ordre psychique.

L'abord psychanalytique de l'autisme défait la pureté nosographique du syndrome de Kanner dans son acception médicale. Il repose aussi sur un paradoxe, dans la mesure où l'on peut se poser la question de la façon d'appliquer la psychanalyse à une maladie qui interdit l'accès à toute demande, puisque le langage n'y a pas pris corps. C'est la raison pour laquelle cette approche varie considérablement en fonction des écoles et des courants de pensée qui les animent. C'est ainsi que l'autisme pathologique sera imputé à une *rupture prématurée d'un enveloppement débordant* qui sera tour à tour fusion imaginaire avec la mère pour Tustin, symbiose naturelle entre la mère et l'enfant pour Mahler, consensualité chez Meltzer, et «rapport de mutualité» pour Bettelheim – qui n'acceptera jamais la thèse d'un autisme normal. Quoi qu'il en soit, on peut se demander ce qu'il en est du traitement psychanalytique de l'autisme.

BETTELHEIM nous en donne un exemple avec la création, puis l'essor de l'École orthogénique de Chicago vers 1950. Il envisage l'autisme d'un point de vue psychogénétique comme l'arrêt total du développement de la personnalité à un niveau préverbal et prélogique, qui se manifeste, à l'origine, par le blocage de toute activité du nourrisson dans ce qu'il appelle le «rapport de mutualité mère-enfant». Son originalité est de rapprocher l'expérience autistique de celle vécue dans les camps de concentration nazis (*La forteresse vide*) où les individus sont exposés en permanence à la menace de «situations extrêmes». A partir de là, il tente de construire, dans son école, un univers thérapeutique total, *lieu où renaître*, en tous points, opposé à ces lieux de destruction que sont les camps, les hôpitaux psychiatriques ou les familles d'enfants autistiques. Ce qui est visé précisément, c'est l'abandon par l'enfant de ses symptômes constitués par des défenses justifiées par son histoire, grâce à la mise en place d'une expérience émotionnelle thérapeutique, dans un environnement totalement favorable, lui permettant de parvenir à la reconstruction de son rapport à la réalité et de retrouver le chemin de son désir.

© Les textes édités sur ce site sont la propriété de leur auteur.
Le code de la propriété intellectuelle n'autorise, aux termes de l'article L122-5,
que les reproductions strictement destinées à l'usage privé.
Tout autre usage impose d'obtenir l'autorisation de l'auteur.