

Recherche & Pratiques, du côté de l'analyse : le cas X007 (Anna)

Jean-Michel Thurin. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques.
Inserm, U 669, Paris, France



Rappel des objectifs de la recherche et de sa méthodologie pour y parvenir

Les objectifs principaux

- Évaluer les effets de la psychothérapie sur les troubles autistiques en essayant de comprendre « Pourquoi, comment et dans quelles conditions la psychothérapie a été efficace (*ou non*) ». Améliorer la qualité des soins.

La méthodologie

consiste à décrire ...

- les situations de départ et d'arrivée (cliniques et contextuelles) de l'enfant (Formulations de cas initiale et à 1 an) + les données issues à T0 de ECAR, EPCA et CIM-10
- les effets de la psychothérapie sur les comportements, le développement et 3 fonctionnements intra-psychiques à 2m, 6m et 12m à partir d'indicateurs de changement (ECAR, EPCA et CPQ)
- le processus interne de la psychothérapie à 2m, 6m et 12m partir d'un instrument de processus (CPQ)
- les relations qui existent entre la description des situations psychothérapiques et la description des changements manifestes sur une période d'un an

... et à discuter

- les causes, autres que la psychothérapie, qui pourraient expliquer les changements observés.

Vignette clinique

- Anna a été adressée au CAMSP par l'école, à l'âge de 3 ans 7 mois, dès sa première semaine de scolarisation. Le symptôme d'appel est une motricité globale déficitaire : elle tombe beaucoup, ne sait pas monter sur un banc. Elle a un comportement atypique : repousse les enfants, a des réponses en écholalie et des stéréotypies.

En octobre 2007, je reçois donc Anna avec ses parents. La première chose qui attire mon attention est le *regard* de Anna, regard transparent, inexpressif, avec un sourire figé. Elle n'est pas effrayée par le contact, m'approche, me regarde comme un objet, me suit en marchant sur la pointe des pieds, sans se soucier si ses parents la suivent.

Dans la salle, elle *reste figée devant la glace*, comme fascinée et des *stéréotypies* des mains et pieds apparaissent.

A ma demande, elle s'approche de la table où se trouvent les jouets et elle crée des *séries d'activités répétées en boucle* (par exemple ouvrir un feutre, le renifler, faire un trait, reboucher le feutre, ouvrir la boîte de pâte à modeler, la renifler, faire un tour autour de la table, se regarder dans le miroir, revenir et recommencer) en prononçant des *phrases stéréotypées* liées aux sensations olfactives ou des phrases écholaliques.

Si je propose une nouvelle activité, elle l'accepte et l'inclut dans sa série. Elle accepte aussi de chanter avec moi, mais à ce moment-là elle reste agrippée à mon visage un moment, puis son regard oscille entre périphérique ou fuyant.

Anna peut dessiner d'un trait assuré un bonhomme assez élaboré. Elle tient très mal son crayon (pas de pince), chose que contraste avec la facilité avec laquelle elle débouche et bouche les feutres.

Les parents paraissent découvrir lors de cette première rencontre les « atypies » dont parle l'école et semblent ne pas comprendre (ils cherchent des justificatifs). Pour eux, Anna a toujours été une enfant sans problèmes, facile, agréable à vivre, suscite l'envie de l'entourage.

Formulation de cas initiale

1. Symptômes et problèmes actuels

- Troubles relationnels, de la communication et du comportement. École vécue par les parents comme déclencheur des difficultés à la séparation et angoisse. Aime dessiner et chanter et a une très bonne oreille musicale. Très bonne alliance thérapeutique de la famille. Anna vient en séance avec plaisir. Intervention prévue d'une AVS à l'école et du SESSAD à domicile et à l'école.

2. Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème

- mère porteuse d'une maladie génétique qui l'a faite hésiter à garder l'enfant. Le danger écarté, les parents ont été très heureux d'avoir leur fille.

3. Intégration synthétique des données

- Plus rassurée par les adultes que ses pairs qu'elle repousse. Présente un retard dans le domaine relationnel, mais non intellectuel. S'isole pour lire ou jouer. Parfois inadaptée au contexte, elle peut rire de façon immotivée ou sourire sans raison apparente. Niveau élevé d'angoisse face à l'imprévu. Intolérance totale à la frustration qui provoque des crises d'angoisse voire de tantrum. Difficulté d'adaptation à la vie scolaire.

4. Objectifs:

- La contenir et la rassembler pour arriver à l'individuation, l'autonomie et lui permettre une ouverture à la relation et une interaction avec ses pairs. Aboutir à utiliser le langage comme outil de communication et d'expression des émotions. Comprendre et contenir les comportements atypiques qui masquent l'angoisse.

5. Stratégie initiale

- Psychothérapie d'inspiration psychanalytique : deux séances de 45 minutes par semaine, rythme et cadre stable. Boîte de jeux personnelle, et aussi d'autres jeux et du matériel collectif. Commentaire et reformulation du jeu, interprétation du transfert, verbalisation des émotions, théâtralisation des angoisses.

Modérateurs

Modérateurs défavorables

1. Âge de prise en charge: dépistage à 3 ans et 7 mois. Début de la psychothérapie à xxxx
2. Relations psychosociales : relations difficiles avec les pairs
3. Comorbidité psychique: ? (Angoisse et ses conséquences)

Modérateurs favorables

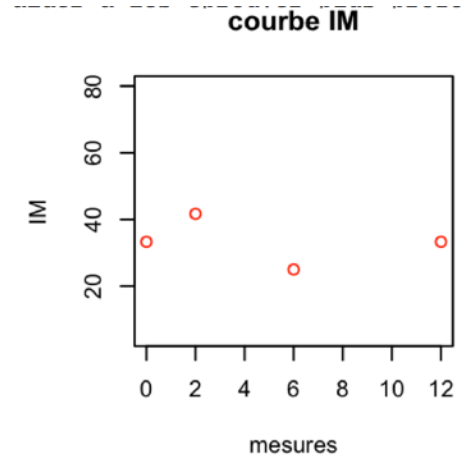
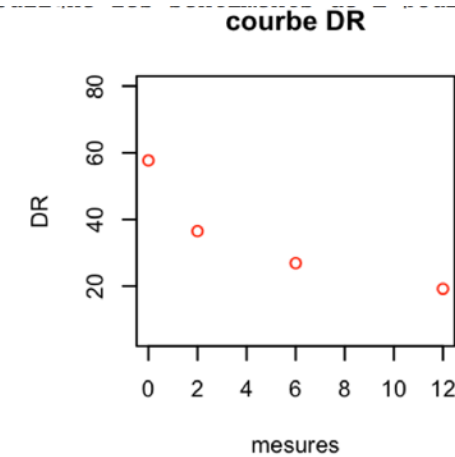
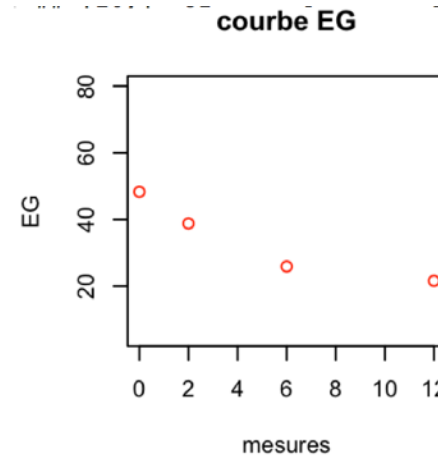
4. Soutien familial de l'enfant: bon soutien des parents
5. Soutien familial de la psychothérapie: oui.
6. Plateau technique : bon. 2 séances de psychothérapie psychodynamique / semaine. AVS pour l'accompagner à l'école Ateliers et autres: Sessad
7. Scolarité: oui

Modérateurs neutres

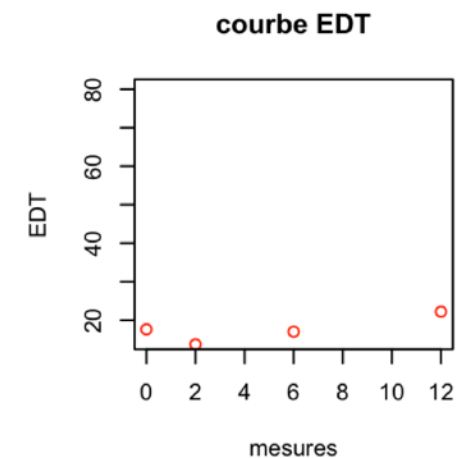
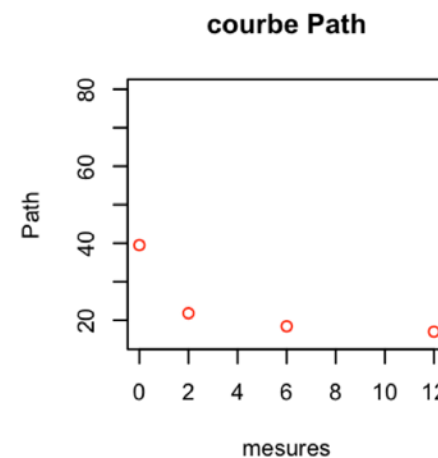
8. Contexte somatique: non
9. Contexte de développement précoce: non
10. Contexte traumatique: non

Évolution des comportements autistiques, du développement, fonctionnements intra-psychiques

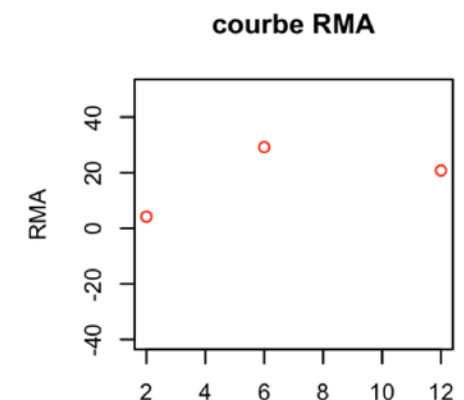
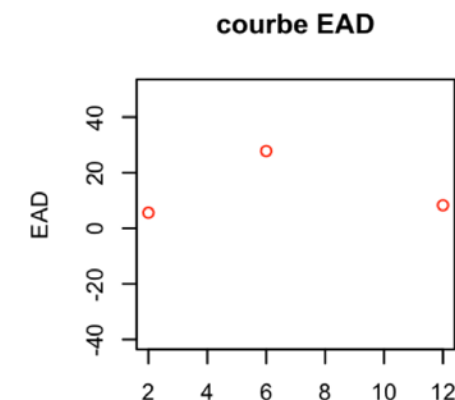
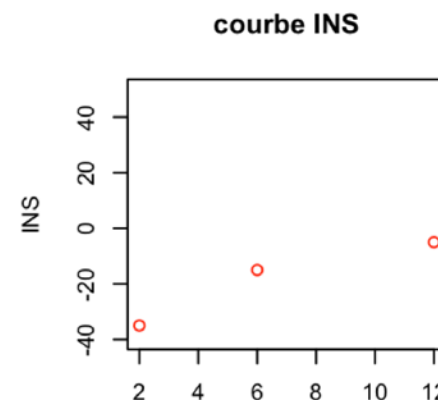
À l'ECAR, la courbe générale et celle de la déficience relationnelle sont proches, Au départ DR plus élevée (60/50). La courbe de l'émotion est instable ...



À l'EPCA, la courbe de pathologie baisse régulièrement. La courbe de développement s'élève régulièrement > 60, l'EDT, stable, s'élève un peu à 12 mois



Au CPQ, la courbe Insight s'élève sans devenir positive, la courbe de la relation au monde et aux autres passe de 4 à >20 . La réduction des mécanismes de défense est instable



Vers une modélisation de l'action psychothérapique

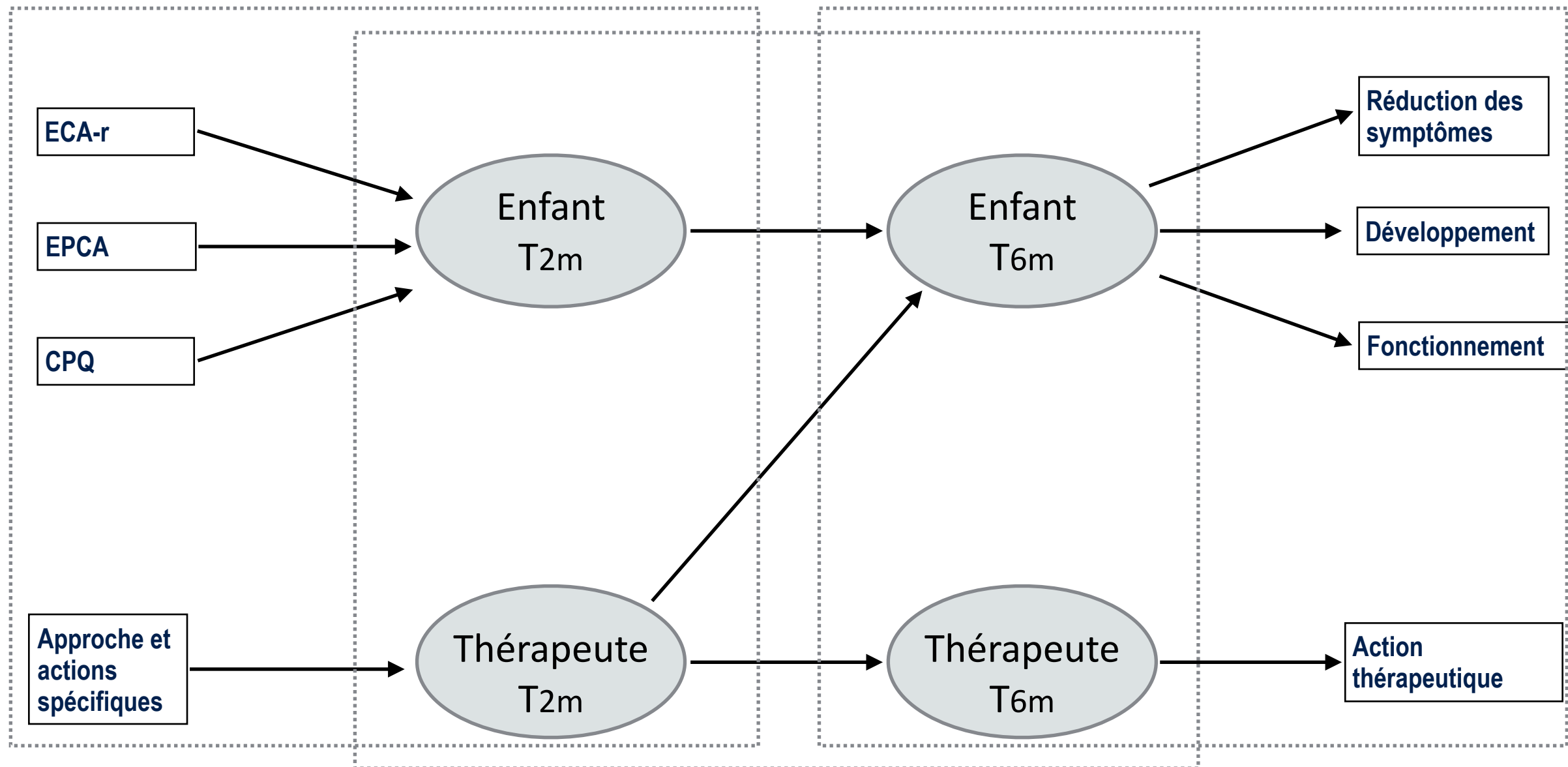
- **Modèle:** une construction qui permet de représenter des faits complexes auxquels on n'a pas un accès direct
- **Action psychothérapique:** résulte des activités relationnelles et fondées sur des principes psychologiques qui permettent à un patient de passer des troubles (*pathologie*) à la *santé mentale* et à des conditions de vie satisfaisantes
- L'action thérapeutique et le couple pathologie/santé sont des dimensions relativement abstraites. Comment les décrire plus précisément ?
- Les instruments que nous utilisons formaliser et mesurer les comportements pathologiques et les déficits (ECA-r et EPCA), le développement et les aptitudes (EPCA et CPQ), des fonctionnements psychologiques et relationnels (CPQ et EPCA), et l'action thérapeutique (CPQ) vont nous servir de « variables par procuration » (*proxy variables*) pour l'accès aux concepts. Les *proxis* constituent un accès à l'abstrait et au complexe.
- Chaque item et sa mesure représente un aspect particulier d'un concept plus large qui est la variable abstraite. En combinant plusieurs items en variables, nous pouvons finalement mesurer le concept général de santé et d'action thérapeutique.
- Par exemple: Intolérance au changement, à la frustration (CHA), Agitation turbulence (AGI) et Hétéro-agressivité (HGR) participent à la dimension « déficit de modulation des émotions » qui elle-même participe à la définition des « comportements autistiques ».

Modélisation du processus de changement

Indicateurs formatifs

Constructions et variables latentes

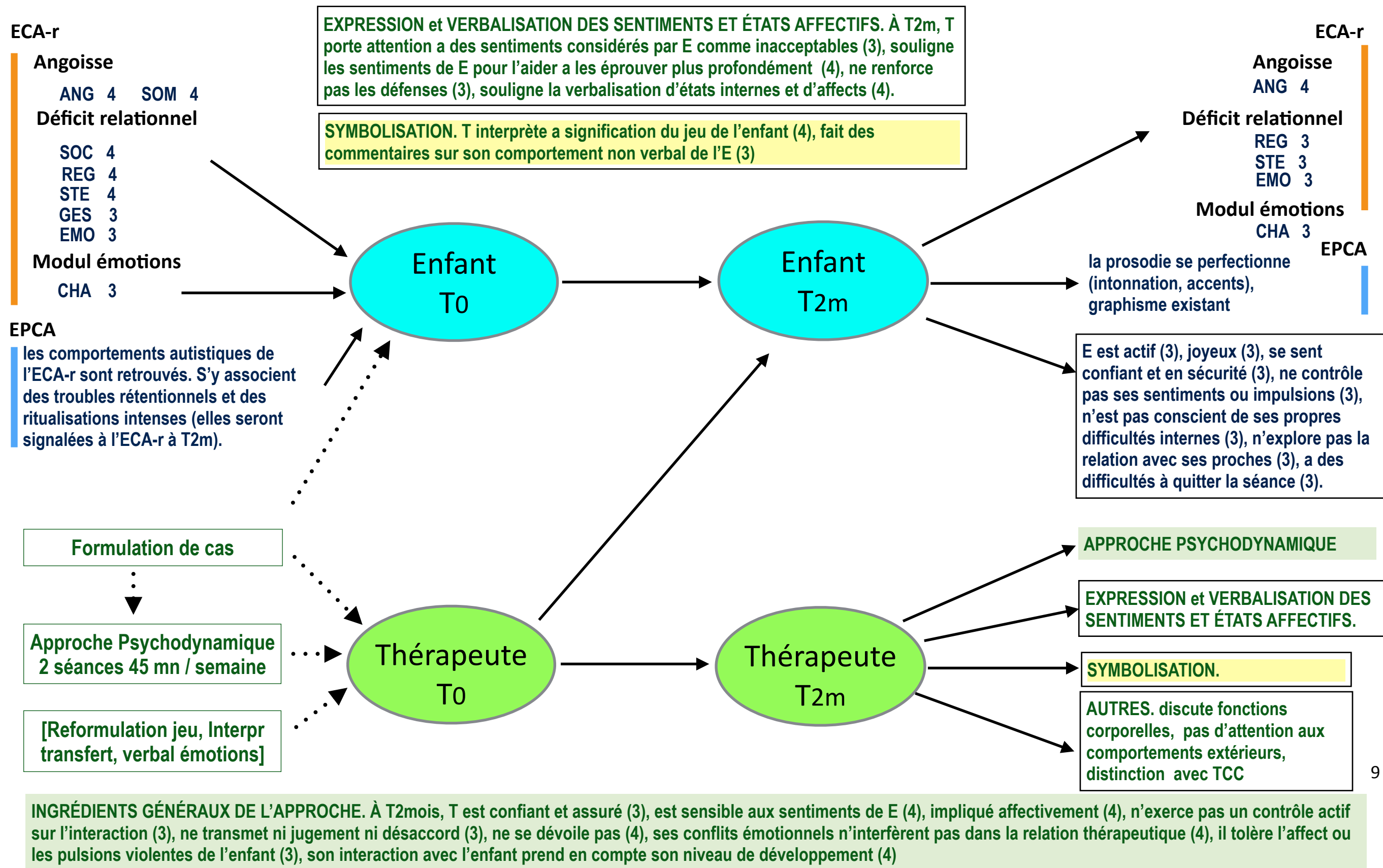
Indicateurs réflectifs



Modélisation psychothérapie X007 à T0m - T2m

Indicateurs formatifs

Indicateurs réfectifs



ANG: Angoisse ; SOM: troubles sommeil ; SOC: Interaction sociale insuffisante ; REG: Regard inadéquat ; STE Stéréotypies sensori-motrices; GES Difficulté à communiquer par les gestes et la mimique ; EMO Ne partage pas l'émotion ; CHA Intolérance au changement, à la frustration

Modélisation psychothérapie X007 à T2m - T6m

Indicateurs formatifs

Indicateurs réflexifs

ECA-r

Angoisse

ANG 4

Déficit relationnel

REG 3

STE 3

EMO 3

Modul émotions

CHA 3

EPCA

la prosodie se perfectionne (intonation, accents), graphisme existant

ECA-r

ANG 3 RIT 3 STE 3

EPCA

Propreté sphinctérienne acquise (3), stade du miroir se confirme (3), «échanges en face» (3), Perfectionnement de la prosodie (3), Avidité pour l'acquisition du vocabulaire (3), Ebauche de conscience de séparation, d'identité séparée. Emergence de moments relationnels (3), mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de vrais échanges relationnels (3), graphisme existant

ENFANT. sans gêne et assuré (4), cherche proximité avec sa T (3), mais garde une distance physique avec elle (3), insiste sur son indépendance (3), n'est pas en compétition (3), comprend ses commentaires (3), se sent comprise (4), n'est pas conscient de ses propres difficultés internes (4), n'est pas claire ni organisée dans son expression verbale (3).

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

EXPRESSION et VERBALISATION DES SENTIMENTS ET ÉTATS AFFECTIFS.

SYMBOLISATION.

AUTRES. discute fonctions corporelles, pas d'attention aux comportements extérieurs, distinction avec TCC

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

EXPRESSION et VERBALISATION DES SENTIMENTS ET ÉTATS AFFECTIFS.

SYMBOLISATION.

AUTRES. ne cherche pas à aider l'enfant dans ses comportements à l'extérieur (3), ≠ TCC pas directement rassurant (3), pas de conseils (3)

INGRÉDIENTS GÉNÉRAUX DE L'APPROCHE. À T6m, T est confiant et assuré (3), sensible aux sentiments de E (4), impliqué affectivement (4), n'exerce pas un contrôle actif sur l'interaction (4), tolère l'affect ou les pulsions violentes de E (3), établit des règles explicites pour la fin de la séance (3), son interaction avec l'enfant est ajustée à son niveau de développement (4), quand l'interaction avec l'E est difficile, T s'adapte à E (3), T et E font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagée ().

ANG: Angoisse ; SOM: troubles sommeil ; SOC: Interaction sociale insuffisante ; REG: Regard inadéquat ; STE Stéréotypies sensori-motrices; GES Difficulté à communiquer par gestes et mimique ; EMO Ne partage pas l'émotion ; CHA Intolérance au changement, à la frustration ; RIT Utilisation ritualisée des objets

Modélisation psychothérapie X007 à T6m - T12m

Indicateurs formatifs

Indicateurs réflexifs

ECA-r

ANG 3 RIT 3 STE 3

EPCA

Propreté sphinctérienne acquise (3), stade du miroir se confirme (3), «échanges en face» (3), Perfectionnement de la prosodie (3), Avidité pour l'acquisition du vocabulaire (3), Ebauche de conscience de séparation, d'identité séparée. Emergence de moments relationnels (3), mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de vrais échanges relationnels (3), graphisme existant

ENFANT. sans gêne et assuré (4), cherche proximité avec sa T (3), mais garde une distance physique avec elle (3), insiste sur son indépendance (3), n'est pas en compétition (3), comprend ses commentaires (3), se sent comprise (4), n'est pas conscient de ses propres difficultés internes (4), n'est pas claire ni organisée dans son expression verbale (3).

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

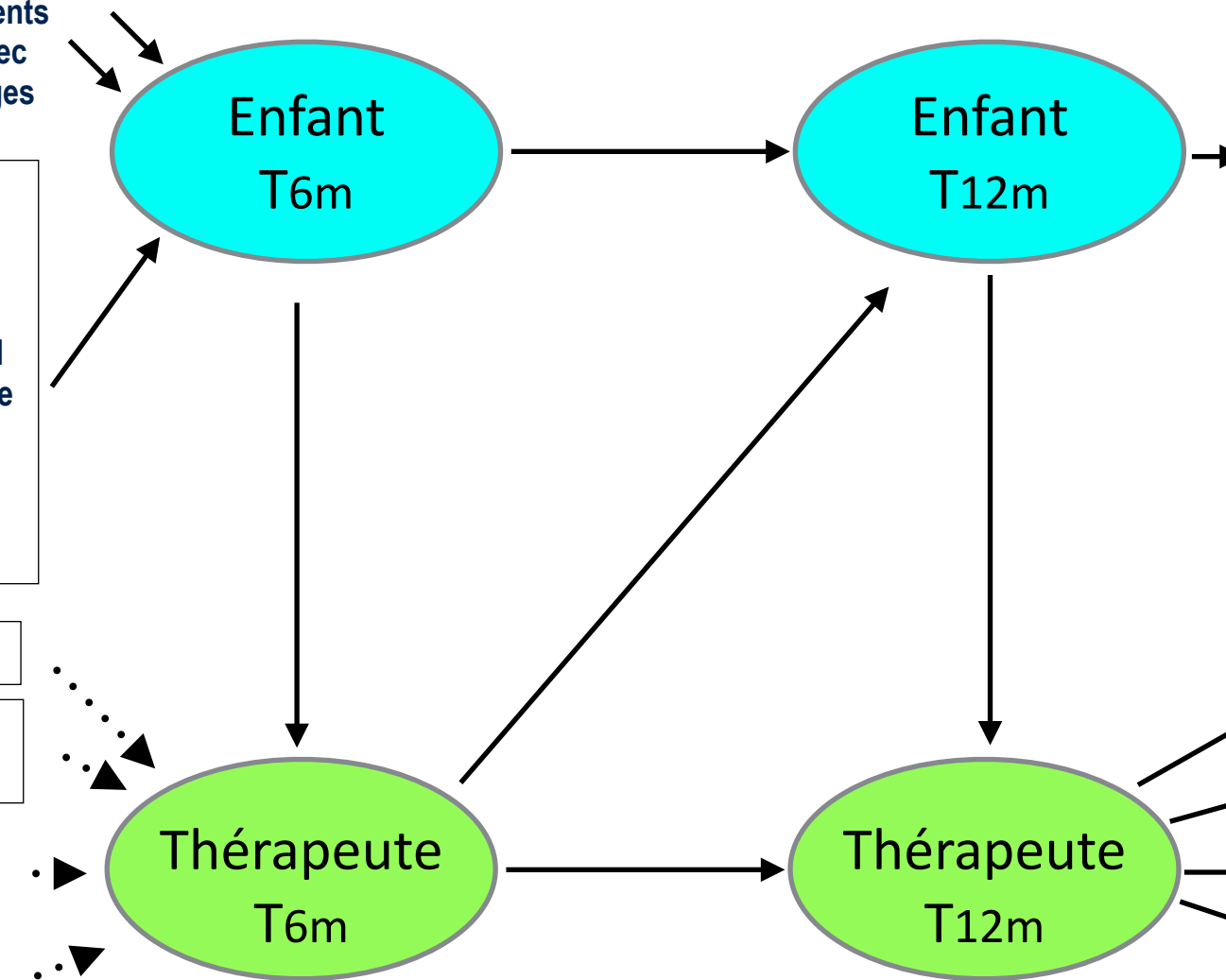
EXPRESSION et VERBALISATION DES SENTIMENTS ET ÉTATS AFFECTIFS.

SYMBOLISATION.

AUTRES. discute fonctions corporelles, pas d'attention aux comportements extérieurs, distinction avec TCC

EXPRESSION et VERBALISATION DES SENTIMENTS ET ÉTATS AFFECTIFS. À T12m, T mime les émotions implicites ou non élaborées (3), souligne la verbalisation d'états internes et d'affects (4), souligne les sentiments de E pour l'aider à les éprouver plus profondément (4), n'intervient pas pour renforcer les défenses (3).

SYMBOLISATION. À T12m, T clarifie, redit ou reformule ce que dit E (3), interprète la signification de son jeu (4), établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations (3).



EPCA. À T12m, par rapport aux éléments à 6mois: ÉMOTION/RELATION: Etat hypomane assez joyeux avec élan, envie de chanter. Subexcitation (3), Expression d'une certaine toute-puissance infantile avec besoin de possession maîtrisante (3), REGARD: Regard pétillant, avec une bonne tonalité d'échange (3), IMAGE DU CORPS: Recherche de l'appui du dos (3), Confirmation de l'investissement de la moitié inférieure du corps (3), Capacité de séparation corporelle totale (3), Investissement de l'espace et plaisir de la déambulation, du grimper (3), Recherche « échanges en face » avec un espace entre les deux corps (3), LANGAGE VERBAL: Apparition du NON (3), Monologues à plusieurs voix signant l'intériorisation du lien de dialogue (3), EXPLORATION: Espace tridimensionnel (3), Quasi disparition des stéréotypies et apparition des jeux symboliques (3), GRAPHISME: toutes dimensions

ENFANT. À T12m, E est actif (3), confiant et en sécurité (3), exprime des sentiments positifs envers le T (3), n'est pas en compétition avec elle (4), est particulièrement compliant (3).

APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

EXPRESSION et VERBALISATION DES SENTIMENTS ET ÉTATS AFFECTIFS.

SYMBOLISATION.

AUTRES. ≠ TCC

INGRÉDIENTS GÉNÉRAUX DE L'APPROCHE. À 12m, T est confiant et assuré (3), ne se dévoile pas (4), perçoit précisément le processus thérapeutique (3), le matériel de la séance est approprié (3), ses conflits émotionnels n'interfèrent pas dans la relation thérapeutique (4), ne transmet ni jugement ni désaccord (3).

Récapitulatif de l'évolution du processus psychothérapique à 0, 2, 6 et 12

Éléments très caractéristiques toute l'année (≥ 3 ou ≤ -3)

La thérapeute est confiante et assurée. Elle souligne la verbalisation d'états internes et d'affects et interprète la signification du jeu de l'enfant.

Éléments très caractéristiques à 2 mois (≥ 3 ou ≤ -3)

L'enfant est actif (3), joyeux (3), se sent confiant et en sécurité (3). Cependant, il n'explore pas la relation avec ses proches (3), ne contrôle pas ses sentiments ou impulsions (3), n'est pas conscient de ses propres difficultés internes (3) et a des difficultés à quitter la séance (3).

La thérapeute est confiante et assurée (3), sensible aux sentiments de l'enfant (4), impliquée affectivement (4), n'exerce pas de contrôle actif sur l'interaction (3), ne porte ni jugement ni désaccord sur ce qu'exprime l'enfant (3), ne se dévoile pas (4), ses conflits émotionnels n'interfèrent pas sur le déroulement de la séance (4), elle tolère les pulsions violentes de l'enfant (3) et prend en compte son niveau de développement (4). Elle souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les exprimer (4), souligne la verbalisation d'états internes et affectifs (4), porte attention à des sentiments considérés comme inacceptables (3), n'agit pas pour renforcer les défenses (3). Elle interprète la signification du jeu de l'enfant (4) et commente son comportement non verbal (3).

Éléments très caractéristiques à 6 mois (≥ 3 ou ≤ -3)

L'enfant est assuré, il comprend les commentaires du thérapeute, n'est pas en compétition avec lui, recherche sa proximité tout en gardant une distance physique et en insistant sur son indépendance. Il n'est pas clair dans son expression verbale et n'a pas vraiment conscience de ses difficultés internes.

La thérapeute s'adapte à l'enfant, intervient sur les affects et l'émotionnel, mime les émotions, souligne la verbalisation d'états internes et affectifs, clarifie et interprète des liens, interprète la signification du jeu de l'enfant.

Éléments très caractéristiques à 12 mois (≥ 3 ou ≤ -3)

L'enfant est confiant et en sécurité, actif (3). Il exprime des sentiments positifs envers le T (3), est particulièrement respectueux (3) et n'est pas en compétition lui (4).

La T est confiante et assurée (3), perçoit précisément le processus T (3), ne se dévoile pas (4), ses propres conflits émotionnels n'interfèrent pas avec la relation T (4). Le matériel de la séance est approprié (3). Elle établit des règles spécifiques pour les fins de séances (4). Ses actions spécifiques T portent sur 1) l'affectif et l'émotionnel: elle souligne la verbalisation d'états internes et affectifs de l'E (3), mime les émotions implicites ou non élaborées (4), ne cherche pas à renforcer des défenses ou à éviter ce qui est pénible (3) et 2) la symbolisation: elle clarifie, redit et reformule la communication de l'enfant afin de rendre sa signification plus évidente (3), interprète la signification de son jeu (4), établit des liens avec d'autres relations (3). La discussion porte sur les fonctions corporelles (4), les interruptions de séances (4). Les événements actuels ne sont pas abordés (3).

L'approche: psychodynamique

Items caractéristiques à 2 mois (≤ -2 et $\geq +2$) de l'approche psychodynamique : la thérapeute est impliquée (4) et sensible aux sentiments de l'enfant (4), elle lui laisse l'initiative dans le choix des thèmes ou la structuration de son jeu (3), s'abstient de porter manifestement ou subtilement des jugements négatifs envers lui ou un désaccord (4), ou de prendre une position particulière par rapport à ses déclarations (neutralité) (2). Elle tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant (3), ne se dévoile pas (4), ne laisse pas ses propres conflits émotionnels interférer pas dans la relation thérapeutique (4). Elle porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (3), fait des liens entre les sentiments de l'enfant et l'expérience qu'il vit (2). On peut y ajouter l'interprétation du jeu de l'enfant (4) et la discussion de la relation thérapeutique (3).

ICBT2m	ICBT6m	ICBT12m	IPDT2m	IPDT6m	IPDT12m
-0.36	-0.16	-0.42	0.84	0.50	0.57

Items caractéristiques à 6 mois (≤ -2 et $\geq +2$) de l'approche psychodynamique: la sensibilité de la thérapeute aux sentiments de l'enfant (4), son implication et sa réceptivité affective (4), [(permettre à l'enfant de présenter les thèmes principaux ou de structurer son propre jeu) plutôt que d'exercer un contrôle sur l'interaction (4)]], les règles explicites qu'elle établit concernant les fins de séances (3), ses clarifications, reprises ou reformulations de ce que dit l'enfant (3), [[l'interprétation de la signification du jeu de l'enfant (4)]], l'attention qu'elle porte à des sentiments considérés par E comme inacceptables (2), [[les liens qu'elle établit entre la relation thérapeutique et d'autres relations (4)]]]. [(Elle n'est pas directement rassurante (3))], [n'informe pas l'enfant de l'impact potentiel que son comportement peut avoir sur les autres (4)].

Items caractéristiques à 12 mois (≤ -2 et $\geq +2$) de l'approche psychodynamique: la thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant (2), elle s'abstient de porter manifestement ou subtilement des jugements négatifs envers lui (3), ne se dévoile pas (4), ne laisse pas ses propres conflits émotionnels interférer pas dans la relation thérapeutique (4), établit des règles explicites concernant les fins de séances (4). Le T et E font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagée (2). La T commente les changements d'humeur ou d'affect de l'E (2), Elle clarifie, redit ou reformule ce qu'il dit (3), interprète la signification du jeu de E (4), [[discute ses rêves et fantasmes (2)]]. [Elle ne donne pas une importance particulière à la situation récente ou actuelle de la vie de E (3)], [n'informe pas l'E de l'impact potentiel de son ou ses comportements sur les autres (4)]. [(Elle n'est pas directement rassurante (2))], [ne tente pas de modifier ses croyances (3)], [(ne récompense pas directement l'enfant pour des comportements souhaitables (4))], [l'E se sent compris par T (2).

NB: [[]] signifie que c'est un item qui caractérise la TCC quand il est négatif et n'est (en principe) pas pris en compte pour la PPD ; [] signifie ; [signifie que c'est un item commun PPD / TCC avec le même signe ; [()] signifie que c'est un item commun PPD et TCC, mais avec un signe contraire
##

Formulation de cas à 1 an

- **Symptômes et problèmes de l'enfant:** Très angoissée. Pour se rassurer, pose sans cesse des questions à n'importe qui. Fragilité de l'enveloppe. Pb récurrent de constipation. Seuil encore déficient à la frustration
- **Événements stressants:** Changement de classe à la rentrée avec une maitresse beaucoup moins tolérante malgré une AVS. Déménagement de la famille et investissement des parents dans une entreprise, la famille commence à émerger et X007 a vécu ces changements sans trop de mal. Famille très soudée.
- **Facteurs non dynamiques et leur évolution:** Les parents ont peur de l'angoisse de leur enfant et ont tendance à répondre à sa demande systématiquement, ce qui empêche l'expérience de crise de l'enfant... Cependant, confiance importante des parents/ thérapeute et l'institution. Ils ont évolué dans la compréhension et observent finement leur fille ramenant les conflits mais aussi les évolutions.
- **Autonomie et relations:** L'autonomie s'améliore. Anna est capable d'établir des relations, mais plus facilement avec l'adulte. Elle privilégie 2 enfants dont elle parle et dessine.
- **Contenance et expression émotionnelle:** adhésivité persistante, angoisse de perte d'objet (besoin d'un objet autistique), ébauche de transitionnalité,
- **Défenses et ajustement:** Expression défensive : serrage, finir tout, faire des séries... Presque disparition de moments de retrait.
- **Hypothèses sur les facteurs de changement:** Proposition et interprétation du dessin, interprétation du transfert, verbalisation des émotions, théâtralisation des angoisses de chute et de morcellement. Fermeté du cadre.
- **Identité vs différence/ objectifs envisagés:** Beaucoup d'amélioration : angoisses, regard, langage, expression des émotions, autonomie, capable d'humour, se reconnaît dans le miroir, meilleure individuation. Reste à travailler son adaptation à l'école et ses échanges avec les pairs...
- **Éléments particuliers:** Reconnait et accepte la thérapie, demande des interprétations: serre-moi la chaise ! Pourquoi j'ai peur de tomber ?

Évaluation des menaces à la validité interne

La validité externe concerne la possibilité de transposer les résultats d'une étude aux conditions naturelles du soin.

La validité interne concerne la possibilité d'attribuer les résultats d'une étude au traitement mis en oeuvre, et donc d'éliminer les autres facteurs susceptibles d'expliquer les résultats.

- **événements**: aucun événement notable, autre que la psychothérapie n'est mentionné durant l'année d'étude. Toutefois, le déclenchement des troubles d'Anna a été attribué par ses parents à l'entrée à l'école qui a produit des difficultés et une angoisse importante de séparation. Leur amélioration peut avoir été renforcée conjointement par la tolérance émotionnelle et l'attention de la thérapeute aux fins de séance, la très bonne alliance thérapeutique des parents et l'intervention d'un AVS pour l'accompagner à l'école.
- **maturation**: même si ce facteur est à prendre en compte, il n'est certainement pas à l'origine des changements très importants qui se sont produits chez Anna, notamment au niveau des comportements autistiques.
- **autres interventions psychosociales**: Anna n'a bénéficié d'aucun traitement complémentaire lors de l'année d'évaluation (orthophonie et psychomotricité). Elle a ensuite fréquenté des ateliers du Sessad avec des éducateurs.
- **mesures et instruments**: leur usage n'a fait l'objet d'aucun changement, les courbes sont différentes d'une dimension à l'autre et les résultats sont convergents d'un instrument à l'autre sur les dimensions communes.
- **sélection du cas**: Pas de biais. L'entrée d'Anna en psychothérapie a été provoquée par le signalement de ses problèmes importants à son entrée à l'école. Le diagnostic réalisé par la psychiatre a été confirmé par le CRA.

Conclusion et questions pour ouvrir les discussions

En conclusion, j'ai essayé de vous présenter (assez) précisément comment un changement important peut se produire dans les comportements et le développement d'un enfant souffrant d'autisme: déficience relationnelle, expression affective, langage,

- approche psychodynamique ajustée dont les composantes principales ont été précisées
- focalisation sur l'expression émotionnelle ++ et la symbolisation (actions distinctes ou intégrées ?)
- on ne retrouve pas d'éléments cognitivo-comportementaux autres que ceux qui font partie des items partagés, avec le même signe, avec la PPD.

Nous avons retrouvé l'intérêt des différents points de vue qu'offrent 3 instruments différents et de leur convergence sur les axes communs explorés (en particulier la pathologie).

Anna a fait des progrès considérables en terme de gains d'aptitudes et de réduction des symptômes comportementaux. Elle est encore dans une phase intermédiaire en ce qui concerne les relations, notamment avec ses pairs. Le cadre psychothérapique est un domaine sécurisé où elle peut établir une relation forte avec sa thérapeute, tout en évitant avec elle (pour le moment) toute manifestation de contradiction. Est-ce une étape intermédiaire vers de relations plus autonomes ?

Ma question principale est de savoir ce que pense sa thérapeute du tableau (très résumé) dressé et si et comment Anna a évolué par rapport à la peur, en particulier de la relation. A-t-on par ailleurs une explication de cette peur ?