

Sous la direction de
Sarah Chiche et Jean-François Marmion

Les mots pour comprendre

La psychologie



Maquette couverture et intérieur : Isabelle Mouton.
Crédit de couverture : ©AdobeStock.

Retrouvez nos ouvrages sur
www.scienceshumaines.com
www.editions.scienceshumaines.com

Diffusion et Distribution : Interforum

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement, par photocopie ou tout autre moyen, le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du droit de copie.

© Sciences Humaines Éditions, 2020
38, rue Rantheaume
BP 256, 89004 Auxerre Cedex
Tél. : 03 86 72 07 00 / Fax : 03 86 52 53 26
ISBN = 9782361065980

Sous la direction de
Sarah Chiche et Jean-François Marmion

Les mots pour comprendre

La Psychologie

Introduction

Une mère achète deux cravates à son fils, une rouge et une bleue. Le premier jour, il met la cravate rouge. La mère s'étonne : « Tu n'aimes pas la cravate bleue ? » Le lendemain, le fils arbore la cravate bleue. La mère réagit : « Tu n'aimes pas la cravate rouge ? » Le troisième jour, le fils met les deux cravates. « Mais tu veux me rendre folle ! », s'épouvante la mère.

Si ce livre s'ouvre sur un trait d'esprit illustrant ce que l'anthropologue américain Gregory Bateson appela la « double-contrainte », c'est parce qu'assumer son identité et faire des choix, c'est aussi renoncer à d'autres orientations. D'emblée, il nous a fallu évacuer toute ambition encyclopédique. L'ouvrage que vous tenez entre les mains n'est pas un dictionnaire, mais un laboratoire d'idées. Ces mots ne sont pas des définitions statiques, mais le reflet de théories et de concepts en mouvement. Nous proposons donc un état des lieux des grandes évolutions qui ont marqué l'étude du comportement des individus et de leurs processus mentaux depuis un siècle, destiné à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie, du néophyte au praticien, en passant par l'étudiant ou l'autodidacte.

Alors que les psychologues, ces dernières années, ont surtout fait parler d'eux au cours de ce que les médias ont qualifié de « guerres des psys », nous assumons notre éclectisme et parlerons aussi bien de psychologie évolutionniste, de neurosciences, de plasticité cérébrale ou de neurones

miroirs que d'inconscient, de transfert, de narcissisme ou de psychosexualité freudienne. Nous préférons donner au lecteur les moyens d'apprécier sur quels bords, exactement, se tiennent les protagonistes. Chaque psychologue a sa sensibilité. Mais ce qui les réunit tous, c'est leur intérêt pour la diversité humaine et leur goût de la transmission.

Bonne lecture !

Sarah Chiche & Jean-François Marmion

Addiction

Rivé à son écran, Luc, 19 ans, ne sort plus de chez lui. Anne, 45 ans, est alcoolique, son mari l'a quittée, elle ne voit plus ses enfants et continue à boire. Lydia, 30 ans, héroïnomane, passe son temps à rechercher de l'argent pour s'injecter sa dose et s'effondrer, enfin sereine. Leur point commun ? Tous trois sont des *addicts* : leur vie tourne autour de leur drogue, que celle-ci soit une substance ou bien autre chose.

Le terme « addiction » a émergé durant les années 1970 dans le vocabulaire de la psychiatrie nord-américaine, pour désigner initialement la dépendance à l'alcool ou aux drogues. Depuis, il s'est répandu et s'est étendu à d'autres conduites engendrées à partir d'actes ordinaires (boire, jouer, acheter...) mais déviées de leur but premier – l'*addict* étant celui pour qui la mauvaise habitude (« je bois trop ») devient identité (« je suis alcoolique »).

À partir de quand est-on dépendant à l'alcool ? Quelle est la différence entre une personne qui aime faire l'amour et un drogué du sexe ? Pour les psychiatres, l'addiction implique un comportement répétitif, impératif et contraignant, que l'on ne peut cesser malgré des tentatives répétées. D'ailleurs, étymologiquement, l'addiction est le « don de son corps en gage pour une dette non payée » : la locution latine *ad d'ictus* qualifiant celui qui « est dit à », c'est-à-dire l'esclave. Et en effet, il y a bien dans l'addiction une soumission totale à un objet ou à une personne qui prend le pas sur tout le reste : investissements affectifs ou familiaux, loisirs ou activités sociales. L'addiction place l'individu dans un état de manque terrifiant lorsqu'il ne peut s'y adonner, avec des conséquences sociales et sanitaires souvent importantes.

Lorsque nous nous adonnons à une activité agréable, nous enclenchons les circuits cérébraux de la récompense : l'état de notre cerveau est modifié. Quand le plaisir disparaît, notre cerveau revient à l'état initial. Ce mécanisme d'équilibre s'appelle homéostasie. Toutes les drogues fonctionnent comme des leurres de nos mécanismes naturels de récompense et provoquent un dérèglement de notre équilibre cérébral : quand elles ne sont plus présentes, elles manquent. L'état pendant lequel la drogue agit devient l'état normal – on parle d'allostasie. Tous les produits qui déclenchent une dépendance ont en commun d'augmenter la quantité de dopamine dans les circuits de la récompense. Curieusement, les addictions sans drogue semblent aussi dérégler notre système de récompense. C'est le cas par exemple du jeu pathologique : selon les psychiatres, l'attente du gain mime-rait des prises répétées de cocaïne...

Aux États-Unis, l'addiction sexuelle n'a cessé de prendre de l'importance tant sur le plan psychiatrique que juridique et médiatique. Désormais, un homme marié pris la main dans le sac peut plaider l'addiction sexuelle. Ce n'est plus forcément un sale type qui trompe sa femme, mais un malade souffrant d'addiction. À ce titre, il peut se racheter une conduite, se soigner, et éviter un divorce coûteux.

Ce changement de paradigme entraîne une question centrale : si l'addiction est bien un trouble mental, dans quelle mesure relève-t-elle aussi de la construction sociale, c'est-à-dire de l'étiquetage arbitraire et changeant d'un spectre de conduites qui va à l'encontre des normes d'une époque et d'une culture données ?

Alliance thérapeutique

Accord de confiance réciproque entre un patient et son thérapeute pour vaincre les résistances qui font obstacle au changement et à la guérison. Freud est le premier à en donner une définition dans *l'Abbrégé de psychanalyse* en 1938 : « Un pacte est conclu.

Le moi malade du patient nous promet une franchise totale, c'est-à-dire la libre disposition de tout ce que son auto-perception lui livre. De notre côté, nous lui assurons la plus stricte discrétion et mettons à son service notre expérience dans l'interprétation du matériel influencé par l'inconscient. » La notion acquiert toutes ses lettres de noblesse à partir de 1956, quand l'Américaine Elizabeth Zetzel en fait la composante privilégiée de la technique psychanalytique, rapprochant même l'attitude du thérapeute de l'intuition maternelle concernant son bébé. On le voit, l'alliance thérapeutique pose la question des limites de l'action du thérapeute pendant la cure et les réponses varient considérablement non seulement en fonction des écoles, des thérapeutes, mais aussi des patients. Certains chercheurs et cliniciens soutiennent que l'alliance thérapeutique est une pré-condition nécessaire à l'établissement d'un processus thérapeutique. D'autres estiment même qu'elle serait la première condition de réussite d'une thérapie, quels que soit la nature des mesures utilisées et le type de traitement offert. À noter qu'aujourd'hui le terme est particulièrement usité dans la clinique des toxicomanies, où il évoque aussi bien l'engagement dans la thérapie, sa poursuite, le respect du cadre des rendez-vous, que la prise du traitement.

Analyse transactionnelle

Dans les années 1950, le psychiatre américain Éric Berne (1910-1970) théorise trois états possibles du moi : le parent (protecteur et autoritaire), l'enfant (joueur, soumis ou rebelle) et l'adulte (centré sur l'analyse et la résolution de problèmes). Ces trois états régissent nos émotions et nos interactions au gré de nos expériences, des circonstances et des états manifestés par autrui. À la fois comme psychothérapie et comme mode de communication (les échanges sont des « transactions »), l'analyse transactionnelle vise à harmoniser cette triade. Une personne équilibrée serait

donc celle chez qui ces trois états du moi sont répartis de manière équitable : ni trop, ni pas assez parent, enfant ou même adulte... Dans les années 1970, une thérapeute américaine, Jacqui Schiff, prétendit guérir les schizophrènes en les « reparentant ». Cette controverse historique entraîna sa radiation de l'Association Internationale d'Analyse Transactionnelle (ITAA) en 1978 et les dérives totalitaires de ses méthodes et de ses théories sur le reparentage ont clairement été démontrées. Les pratiques de type reparentage n'existent plus aujourd'hui en analyse transactionnelle, en raison du risque d'emprise qu'elles entraînent. Dans son rapport de 2006, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) pointe les dérives qu'« une pratique inappropriée de l'analyse transactionnelle est susceptible d'engendrer ». Ce rapport ne remet pas en cause l'ensemble des théories et des pratiques de l'analyse transactionnelle, utilisée comme méthode pour les psychothérapies brèves et, dans le monde du travail, comme outil pour résoudre les problèmes de communication.

Antipsychiatrie

À la fin des années 1950, le psychiatre américain Thomas Szasz proclame que la maladie mentale n'existe pas mais participe d'un mythe : aux inquisiteurs de l'Église auraient succédé les psychiatres assurant l'enfermement des sujets indésirables pour le corps social. La finalité arbitraire des pratiques asilaires serait donc de bâillonner toute contestation des normes en prétextant la folie, notion vide de sens. Dans les années 1960, le psychiatre britannique David Cooper (1931-1986), avec ses confrères Ronald Laing (1927-1989) et Aaron Esterson (1923-1999), lance le terme d'antipsychiatrie. Pour eux, la psychiatrie doit se renouveler en apprenant de ceux qu'elle désigne comme fous, et qui ne font rien d'autre qu'essayer de préserver leur liberté face aux déterminismes sociaux. Le trio fonde en 1965 la *Philadelphia*

Association: celle-ci promeut des lieux d'accueil où les patients vivent dans une liberté absolue, sur un pied d'égalité avec leurs soignants. Des trois *households* ainsi ouvertes, la plus célèbre sera celle du Kingsley Hall, en banlieue londonienne, jusqu'en 1970. Les usages psychiatriques habituels ne faisant selon lui qu'aggraver les symptômes psychotiques, Laing recommande d'accompagner les patients dans leur *metanoia* (ou transformation psychique et spirituelle) jusqu'à sa résolution spontanée: pour lui, la psychose aiguë non contrariée est donc un processus naturel et, à terme, constructif.

Inspirés par l'existentialisme mais aussi par Michel Foucault – dont l'*Histoire de la folie à l'âge classique* (1961) décrit la médicalisation de la folie et son corollaire de « grand enfermement » comme l'expression d'un pouvoir normatif –, Laing et Cooper affichent leur sympathie pour des mouvements politiques d'extrême gauche n'excluant pas le recours à la violence, tel celui d'Herbert Marcuse.

Dirigée au départ contre certaines pratiques asilaires – comme l'électrochoc ou la camisole de force –, le mouvement s'étend aux principes mêmes de la médecine mentale et conteste la distinction entre fou et sain d'esprit.

En Italie, le directeur de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, Franco Basaglia, réclame la disparition des communautés thérapeutiques elles-mêmes. Son activisme, au côté du mouvement *Psichiatria Democratica*, fondé par ses élèves, contribuera, en 1978, au renouvellement complet de la politique italienne de santé mentale et à l'abolition de la loi de 1904 régissant l'internement.

En France, la psychanalyste Maud Mannoni invite Cooper et Laing à s'exprimer lors d'un colloque lacanien en 1967, mais prendra ses distances avec eux, en affirmant la nécessité de soigner les troubles psychiques. L'antipsychiatrie britannique aura finalement moins d'impact dans l'Hexagone, marqué depuis la fin de l'Occupation par la prédominance du désaliénisme: les médecins du service public se montrent déjà soucieux de

repenser la psychiatrie avec, d'une part, la politique de sectorisation initiée depuis 1960 autour du psychiatre Lucien Bonnafé et, d'autre part, le développement des thérapies institutionnelles, où les patients sont incités à agir sur la structure sociale de leur établissement. En France, à l'initiative de François Tosquelles, l'hôpital de Saint-Alban fut pionnier en la matière dès 1943. Depuis 1953, la clinique de La Borde, longtemps dirigée par Jean Oury et Félix Guattari, expérimente une « psychiatrie libérée ». Si le mouvement antipsychiatrique perd de son impact dès le début des années 1980, il aura cependant contribué à changer le regard de la société sur les malades mentaux. On se souvient de ce mot du psychiatre Lucien Bonnafé : « On juge une société à la manière dont elle traite ses fous. »

Anxiété

L'angoisse est, comme la joie ou la tristesse, un phénomène universel, qui plonge ses racines dans la question de l'Être. Qui suis-je ? D'où viens-je ? Qu'est-ce que la mort ? Ce questionnement a été abondamment traité, de Saint Augustin à Sartre, en passant par Pascal, Kierkegaard et Heidegger. Au XIX^e siècle, chez les médecins français, l'angoisse prend une valeur concrète, physiologique, et ils la distinguent de l'anxiété, qui est morale. Mais au XX^e siècle, l'anxiété est réabsorbée dans l'angoisse. Freud donne un statut autonome aux états anxieux lorsqu'il parle en 1895 de la névrose d'angoisse, caractérisée par un état constant d'anxiété et d'inquiétude. Il considère d'abord l'angoisse comme secondaire au refoulement : l'affect sexuel délié de la représentation refoulée est transformé en angoisse. Plus tard, il en fait un « signal » devant l'imminence d'un danger, notamment interne ; l'angoisse est donc ici un processus de défense mis en place par le moi, face à l'afflux d'excitation pulsionnelle.

L'angoisse occupe une place centrale dans l'œuvre de Melanie Klein. Dans ses premiers écrits, elle lie l'angoisse aux conflits

avec la sexualité infantile propres au complexe d'Œdipe. Plus tard, elle fait de l'agressivité de l'enfant à l'égard du corps de sa mère et de ses contenus fantasmatiques la cause de l'angoisse. En déployant son agressivité, l'enfant craint d'être attaqué en retour. Lacan insistera, lui, sur le fait que l'angoisse « n'est pas sans objet ». Tout le travail de la cure consiste précisément à mieux cerner cet objet. Pour illustrer l'angoisse comme « affect du désir de l'Autre », Lacan se sert d'une image très parlante, celle de la mante religieuse. « Imaginons, dit-il, que je porte un masque et que je me trouve face à une mante religieuse. L'angoisse surgit quand je ne sais pas quel masque je porte et donc ce qui pourrait m'arriver. L'Autre va-t-il me dévorer ? Que me veut-il ? Quel objet suis-je pour son désir ? »

Depuis la publication du *DSM-III* (la troisième édition du *Diagnostical and Statistical Manual*, le manuel américain de classification des troubles psychiatriques de l'Association psychiatrique américaine) en 1980, la névrose d'angoisse s'est dissoute dans le groupe des troubles anxieux. Progressivement, l'angoisse s'est vidée de toute visée d'objet (elle n'est plus angoisse de) comme de toute épaisseur existentielle (elle n'est plus une épreuve de vérité pour le sujet). Parallèlement, la neurobiologie des troubles anxieux lie leur apparition à des perturbations fonctionnelles survenant en premier lieu dans trois systèmes de neurotransmetteurs : les systèmes GABA-ergique, noradrénergique (NA) et sérotoninergique (5-HT). Le GABA est le principal inhibiteur des réactions excessives des systèmes neuronaux. La noradrénaline et la sérotonine contrôlent et canalisent les informations reçues de façon à permettre l'adaptation de l'organisme à l'environnement. Dans la dernière version de ce manuel, le *DSM-5*, on compte parmi les troubles anxieux :

- **Le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)**, qui serait le type de trouble anxieux le plus répandu, avec une prévalence de 5 % à 12 % selon les pays.

Elle se caractérise par la peur de l'humiliation et de l'embarras lors de situations publiques. Les symptômes incluent une peur sociale excessive et persistante, qui cause un désir d'éviter certaines situations et une réduction des capacités fonctionnelles en société.

- **Le trouble panique** est caractérisé par l'irruption soudaine d'attaques de paniques. Leurs symptômes parfois spectaculaires sont source de grande souffrance pour le sujet et suscitent souvent l'incompréhension de l'entourage : accélération du rythme cardiaque, transpiration excessive, difficulté à respirer, nausée, tremblements, voire impression de dépersonnalisation et de déréalisation.

- **La phobie spécifique** (des araignées ou des voyages en avion, par exemple).

- **L'agoraphobie**, qui ne désigne pas la peur de la foule mais celle de se retrouver sans échappatoire ou sans défense, dans un lieu public ou non.

- **Le trouble d'anxiété généralisée (TAG)**, qui se distingue par une inquiétude excessive et une hypervigilance constante vis-à-vis des activités ou des événements du quotidien. Avec une prévalence sur la vie entière de 4 % à 7 %, les TAG et les troubles mixtes anxiodépressifs sont les formes qui prédominent dans la pratique médicale quotidienne.

Mais aussi les troubles anxieux dus à une substance, un médicament ou une autre affection médicale, l'anxiété de séparation ou le mutisme sélectif (l'impossibilité de s'exprimer dans des contextes précis, par exemple en milieu scolaire ou familial).

Deux troubles, relevant des troubles anxieux dans les éditions précédentes, sont désormais classés dans des catégories à part du DSM-5 :

- **Le trouble de stress post traumatique (TSPT)**, qui est un état similaire à l'attaque de panique, mais qui se différencie en ayant une cause bien connue : un événement traumatisant, tel qu'un viol, un accident, un désastre naturel, une guerre ou un attentat. Un exemple souvent cité est celui du soldat qui a fait

la guerre et qui, une fois rentré chez lui, est toujours traumatisé par ce qu'il a vécu. Le TSPT se caractérise notamment par des retours mnésiques (*flashbacks*) en état d'éveil ou sous la forme de cauchemars. Lors de ces récurrences, l'individu va revivre l'événement qui l'a traumatisé avec une charge émotionnelle presque aussi intense que lors de l'événement lui-même.

- **Le trouble obsessionnel compulsif** (TOC), qui comprend l'obsession et la compulsion. Une obsession est une pensée ou une idée envahissante dont il est impossible de se débarrasser et qui crée de l'anxiété. Une compulsion est un comportement presque incontrôlable que l'individu adopte pour réduire l'anxiété causée par son obsession.

Une fois encore, tout est une question de degré : il est tout à fait normal de vivre un sentiment de peur ou d'inconfort lors d'une situation dangereuse ou stressante. Mais si un individu ressent tout cela sans raison et sans avoir été exposé à un réel danger et que son angoisse entraîne de manière permanente ou discontinue une souffrance significative, on parle à ce moment-là de trouble anxieux. À noter toutefois qu'une anxiété intense peut être présente dans certains autres troubles psychiques et associée à d'autres pathologies, comme la dépression ou la schizophrénie.

Attachement

John Bowlby (1907-1990) vécut péniblement ses premières années : pourvu d'une mère distante, il reporta toute son affection sur sa nounou, en fut privé ensuite et se retrouva en internat. Il en conçut quelques griefs. Devenu, en 1946, psychiatre à la clinique Tavistock de Londres, il développera une théorie qui lui vaudra un grand succès : celle de l'attachement. Dès les années 1930, les travaux de l'éthologue Konrad Lorenz montrent l'existence d'un mécanisme d'« empreinte » chez l'animal. L'empreinte s'effectue dans une période sensible et précoce du développement, durant laquelle le nouveau-né fixe ses préférences à l'égard de sa

mère ou de ses congénères. Durant la guerre, le psychanalyste René Spitz montre que l'absence prolongée de contact entre une mère et son enfant, plus l'isolement de ce dernier, entraînent des troubles graves du développement affectif.

En 1958, dans un article intitulé « The Nature of Love », publié dans *American Psychologist*, l'éthologue Harry Harlow met en évidence le rôle tout à fait secondaire de la nourriture dans le tissage des liens entre mère et enfant. Rappelons cette célèbre expérience : on enlève des singes nouveau-nés à leur mère pour les mettre en contact avec des mères artificielles fabriquées avec des fils métalliques et une tête de bois, et recouvertes de tissus pelucheux. À l'intérieur de ces fausses mères, on place des biberons, avec des tétines en caoutchouc, correctement inclinés pour que le bébé puisse s'accrocher et téter. L'idée de génie de Harlow fut de fabriquer deux types de « fausses mères » : l'une pourvue d'une peau en tissu à poils doux mais ne distribuant pas de lait, et l'autre, faite de fils métalliques, mais distribuant du lait. Résultat : si le bébé-singe se dirige d'abord vers la nourrice pourvue de lait, il reste la plupart du temps accroché à celle revêtue d'un tissu à poils. La même année, Bowlby affirme que l'attachement est un « besoin primaire » du nourrisson et non pas, comme le soulignait notamment Freud, un besoin « secondaire » consécutif aux soins et à la nourriture apportés par la mère. En d'autres termes, l'enfant a un besoin spécifique de contact, de relation et de chaleur affective, et cet attachement à une personne est nécessaire à son équilibre. Bowlby, qui a étudié de jeunes délinquants séparés de leurs mères dans la petite enfance, insiste sur la sensibilité de l'enfant face à son vécu et à ce qui peut mettre en danger sa relation avec la figure d'attachement. Il s'applique à démontrer l'importance de l'angoisse de la séparation chez l'enfant en bas âge. Ses thèses se heurteront à des protestations de féministes qui l'accusent de préconiser un retour des femmes au foyer.

Or, rien dans la théorie de Bowlby n'exige que la mère assume seule et à plein temps le rôle de figure d'attachement. Le bébé

peut disposer d'autres figures protectrices : père, grand-parent, nourrice, voire éducateur dans un lieu d'accueil chaleureux.

Sa disciple directe, Mary Ainsworth, a produit une typologie fine des relations mère-enfant (attachement sécurisé, ambivalent ou évitant). De nombreuses études ultérieures – dont les travaux de Boris Cyrulnik – insisteront sur le fait que l'existence de plusieurs lieux d'attachement peut être un facteur de résilience. Si l'enfant ne tire pas les bonnes cartes au départ, la bonne rencontre avec une autre figure d'attachement pourra lui fournir les bases d'un lien sécurisant.

Autisme

Pour le DSM-5, le trouble du spectre de l'autisme (TSA, anciennement catégorie des troubles envahissants du développement ou TED) se caractérise par des altérations majeures des interactions sociales et des modalités de communication, et par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Les premières descriptions systématiques de l'autisme ont été publiées au début des années 1940 par les psychiatres Hans Asperger et Leo Kanner. À côté de l'autisme de Kanner, caractérisé par trois critères (troubles des interactions sociales, troubles de la communication verbale, gestes répétitifs et stéréotypés), les TSA incluent d'autres formes d'autisme, notamment le syndrome d'Asperger.

Désormais, de nombreux auteurs préfèrent employer le terme au pluriel (« les autismes ») pour insister sur la variabilité des troubles, même s'il existe un noyau dur commun. Ainsi, on pourra diagnostiquer des troubles autistiques dans les deux cas suivants. Un enfant de 3 ans, dont les parents s'inquiètent de l'absence totale de langage, a peu d'interactions avec eux, ne joue pas avec les autres, préférant rester seul assis dans l'herbe en se balançant d'avant en arrière, et passe des heures à faire tourner les roues de sa petite voiture. Un enfant de 10 ans

normalement scolarisé, mais totalement introverti, qui parle d'un ton monocorde et ne sait pas verbaliser ses émotions; dans certains domaines (géométrie, mathématique, mémoire), il a des performances très supérieures à la normale. Il connaît par cœur le plan du métro, le nom de toutes les stations, les trajets de chaque ligne, mais ne supporte pas que l'on change un trajet habituel pour aller à un endroit donné. Le premier cas relève d'un cas typique d'autisme précoce et très marqué; le second concerne le « syndrome d'Asperger », où l'on retrouve les traits caractéristiques de l'autisme (isolement, absence de lien social, conduites stéréotypées), mais où le sujet ne présente pas de déficit cognitif, a des difficultés à comprendre les émotions d'autrui et possède des talents cognitifs extraordinaires (« îlots d'aptitude »).

La prévalence de l'autisme est estimée à 1 % de la population générale. Chez les « vrais » jumeaux monozygotes, lorsqu'un jumeau est atteint d'autisme, l'autre a 70 % de risques de l'être également. En revanche, dans le cas de jumeaux dizygotes (les « faux » jumeaux), le risque pour le second jumeau tombe à 4 %. Des cas d'enfants élevés en pouponnière en Roumanie et laissés dans un état de grande privation affective et éducative ont été décrits comme des cas proches de l'autisme (*autistic-like*).

Mais le temps n'est plus où l'on attribuait l'autisme à des difficultés de relation de l'enfant avec sa mère – thèse popularisée par le psychanalyste Bruno Bettelheim dans *La Forteresse vide* (1967). Aujourd'hui, certains psychanalystes sont partisans d'une approche intégrative du trouble, associant une prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique. D'autres continuent cependant à faire fi des découvertes scientifiques des trente dernières années et affirment que l'autisme est une psychose où la mauvaise mère serait la cause de tout.

En 2012, l'autisme a obtenu le label de « Grande Cause Nationale ». La Haute Autorité de Santé (HAS) a rendu un rapport qui a fait grand bruit: pour la première fois en France, les approches

psychanalytiques ont été déclarées « non consensuelles » dans la prise en charge de l'autisme et les méthodes éducatives et comportementales, préconisées. Ces méthodes, comme ABA (*Applied Behavior Analysis*) ou TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), font le pari d'une modification du comportement et visent à favoriser l'autonomie de la personne autiste et son intégration.

Mais leurs détracteurs insistent sur leur caractère normatif. Il s'agirait, selon eux, de déprogrammer et de conditionner un individu comme on le ferait avec un robot, pour qu'il s'adapte à tout prix à une norme sociale, sans se soucier de sa singularité et de ses différences. Sur Internet, des parents témoignent de leur double peine : au chagrin d'avoir un enfant autiste s'ajoute souvent celui d'un diagnostic établi après des mois d'attente, et débouchant sur une prise en charge liée, disent-ils, au bon plaisir du praticien, avec l'insinuation encore très répandue que si l'enfant est ainsi, c'est qu'il fut, ou qu'il reste, mal aimé.

Depuis les années 2000, les progrès réalisés ont permis d'identifier les variants de certains gènes incriminés dans la genèse de l'autisme, perçu par la communauté scientifique comme un trouble neurodéveloppemental, c'est-à-dire affectant le développement du cerveau. Beaucoup de ces gènes codent des protéines impliquées dans la communication entre neurones, ce qui est cohérent avec les anomalies structurales et fonctionnelles repérées dans le cerveau autiste. Toutefois, il n'y a pas « un » gène de l'autisme, et sur la multitude de gènes probablement impliqués, on n'en a trouvé que quelques-uns, qui n'ont qu'un impact assez faible et ne font qu'augmenter la vulnérabilité. On ne peut donc pas dire que le porteur de tels variants de tels gènes va automatiquement développer le trouble. Confrontés à un trouble, ou plutôt à un ensemble de troubles d'une complexité inextricable, c'est dans un dédale bourré de chausse-trappes que les neuroscientifiques cherchent la pierre de Rosette de l'autisme, reconnu en France comme un handicap depuis 1996.