

La nécessité d'une vision intégrée de la psychanalyse et des neurosciences

Traduit de: The need for an integrated view from Psychoanalysis and Neurosciences

Ema Ponce de León Leiras

Besoin de citer ce document ?

Obtenez la citation dans les styles MLA, APA ou Chicago

Tu veux plus de papiers comme ça ?

Télécharger un pack PDF de documents connexes

Rechercher dans le catalogue de 36 millions d'articles gratuits d'Academia

La nécessité d'une vision intégrée de la psychanalyse et des neurosciences

Ema Ponce de León Leiras

[Original Paper](#) 

Résumé

Le présent ouvrage discute largement et avec des arguments fondés, de la vision actuelle de l'autisme et de la manière dont les développements des neurosciences, ajoutés aux préjugés, sont utilisés pour disqualifier la psychanalyse comme traitement dans ce domaine. Il analyse cinq des soi-disant "mythes" dans cet article. Ils trouvent leur origine dans l'oscillation historique des paradigmes, qui mettait autrefois l'accent sur l'environnement dans l'étiologie de l'autisme et met aujourd'hui l'accent sur le biologique, sans véritable intégration et sans connaissance de l'approche psychanalytique dans une perspective actualisée. L'auteur soutient l'hypothèse selon laquelle le dénominateur commun ainsi que l'hétérogénéité de la catégorie DSM V des TSA s'expliquent par diverses combinaisons de facteurs de vulnérabilité neurobiologiques qui empêchent la réception adéquate des réponses de l'environnement et conduisent à une modalité de réponse similaire, observée dans le comportement et les manœuvres autistiques. Elle soutient également que la psychanalyse se concentre sur le processus de subjectivation de l'enfant avec TSA, à travers un processus délicat de construction du psychisme, qui donne spécificité et efficacité au traitement psychanalytique de l'autisme.

Introduction

Cet article est destiné aux médecins et psychologues qui souhaitent avoir des informations sur des arguments fondés pour démanteler les préjugés contre la validité de la psychanalyse comme traitement de l'autisme, ainsi que pour encourager une vision intégrée de l'autisme à partir de différentes disciplines et le développement d'études empiriques. recherche de la part des psychanalystes. L'objectif de l'article n'est pas de proposer une revue

extensive des découvertes des neurosciences et de la technique thérapeutique basée sur les apports de la psychanalyse dans ce domaine, mais de stimuler l'intérêt pour ces questions. 1 potentiellement réversible, et il y a un pourcentage de patients qui après leur amélioration ne seront pas diagnostiqués avec un TSA [1].

De manière générale, les enfants avec TSA présentent des altérations neurobiologiques et sensorielles qui affectent principalement les relations et la communication, produisant des boucles de cause à effet entre les difficultés d'attachement et le développement neurobiologique, psychologique et affectif. Ils ont également tendance à avoir des comportements répétitifs, des intérêts très ciblés et une utilisation atypique des habiletés motrices.

Un stress élevé et les difficultés de régulation affective peuvent améliorer les fonctions et le comportement particuliers causés par l'expérience écrasante d'entrer en contact avec les exigences de la réalité. Tout cela peut se produire dans des combinaisons dissemblables d'intensité variable. Ils peuvent présenter un profil unique et en même temps des manifestations communes.

Reconnaître l'hétérogénéité étendue de ces images est un pas en avant, et cela se reflète dans la nouvelle classification DSM-5 avec le nom de TSA, inclus dans la catégorie plus large des troubles neurodéveloppementaux. Cette modification vise à simplifier le diagnostic d'une grande variété de tableaux cliniques. Ainsi, une polémique surgit sur les avantages et les risques de cette nouvelle terminologie, qui remplace celle du DSM IV-TR, dans laquelle les Troubles autistiques et les Troubles envahissants du développement (TED) étaient classés dans la catégorie plus large des Troubles habituellement diagnostiqués en premier lieu dans la petite enfance. ou Adolescence.

La catégorie TSA applique un critère dimensionnel et non catégoriel. Elle prend en compte l'intensité des symptômes, classant les troubles par sévérité croissante du plus léger au plus sévère. Cependant, l'ampleur de la catégorie comporte le risque de marquer des images très diverses avec le terme autiste, entraînant des implications sur le pronostic, les types de traitements mis en œuvre et une stigmatisation sociale.

En pédopsychiatrie, l'évolution de l'enfant apporte a posteriori la confirmation du diagnostic initial. Heureusement, le diagnostic laisse généralement des questions ouvertes auxquelles seule l'évolution peut répondre, et c'est quelque chose que, d'un point de vue éthique, les parents doivent savoir.

Citation : Ema Ponce de León Leiras. « Mythes et réalités sur la psychanalyse et l'autisme.

La nécessité d'une vision intégrée de la psychanalyse et des neurosciences". EC Paediatrics 10.9 (2021): 112-126.

Mythes et réalités sur la psychanalyse et l'autisme.

La nécessité d'une vision intégrée de la psychanalyse et des neurosciences

114

Une autre objection possible est que cette catégorie favorise l'idée d'une augmentation exponentielle de l'autisme avec une augmentation marquée de la prévalence, selon certaines études. Pour certains chercheurs comme Muratori [2], notre connaissance accrue de l'autisme et des critères diagnostiques, permet de diagnostiquer des cas qui n'étaient pas diagnostiqués auparavant, ce qui explique l'augmentation de la prévalence, qui est aujourd'hui considérée comme 1 % de la population générale.

De même, Hertz-Picciotto et Delwiche [3] estiment que la prévalence a augmenté de 600 % entre 1990 et 2006 en raison de la multiplication des méthodes de diagnostic précoce.

En revanche, selon Fisch [4], si les critères diagnostiques sont maintenus constants sur une période donnée, et que les publications utilisant les mêmes instruments méthodologiques sont regroupées, alors les études statistiques montrent une stabilité de la prévalence de l'autisme au cours de la dernières décennies.

Un autre problème posé par le DSM aux cliniciens expérimentés est l'élimination de la psychose de l'enfant dans ces éditions, source de difficultés et d'erreurs au moment du diagnostic différentiel -par exemple, entre la psychose précoce de l'enfant et les TSA.

Tout comme l'autisme peut être un facteur de risque pour le développement ultérieur de la schizophrénie, il existe également des cas où des signes d'autisme et de psychose apparaissent ensemble.

Au vu des observations cliniques ci-dessus, Durban [5] propose l'existence de tableaux cliniques différenciés du spectre purement autistique, ce qu'il appelle le spectre autistique-psychotique, où les défenses autistiques se combinent avec les angoisses psychotiques. Souvent en clinique l'ouverture de l'organisation défensive autistique produit l'apparition d'un matériel psychotique intense, ainsi que des fluctuations constantes entre différents niveaux d'anxiétés.

Comme nous pouvons le voir, le diagnostic différentiel est complexe et, comme cela arrive souvent, les manuels ne peuvent remplacer la compréhension complexe et complète du clinicien. Dans le cas d'évolutions relativement rapides et positives, la question se pose de savoir s'il s'agit d'un diagnostic de TSA ou d'une autre condition, comme une privation environnementale précoce due à des facteurs tels que la dépression maternelle, les difficultés d'attachement, etc. qui ont conduit à un développement disharmonieux. combiné avec certaines caractéristiques ou signes autistiques.

Suite à notre expérience clinique, je crois qu'il y a une augmentation des consultations cliniques d'enfants à partir de 2 et 3 ans avec ces caractéristiques. Chez ces enfants, la réponse à une intervention précoce est immédiatement perceptible. La présence de signes autistiques chez les patients qui ne répondent pas à tous les critères pour être diagnostiqués avec un TSA, ainsi que le fait qu'un certain pourcentage d'enfants qui ont clairement un diagnostic précoce d'autisme plus tard ne présentent pas de symptômes [1], soulève des questions concernant les différentes voies possibles qui mènent à ces configurations symptomatiques, l'interrelation complexe biologie-environnement, l'incidence des interventions précoces et l'attitude parentale comme facteur environnemental dans le développement neurologique.

L'environnement fait partie du neurodéveloppement, ainsi la qualité et les caractéristiques des liens affectent à l'unisson le fonctionnement cérébral et la constitution psychique. Plusieurs travaux de recherche montrent comment le développement du cerveau est largement conditionné par l'environnement et les liens affectifs [6][7][8][9].

Il est important de souligner que les experts commencent à aborder l'autisme sous l'angle de la "neurodiversité". Ils reconnaissent que l'utilisation des capacités sensorimotrices et les relations sociales et non sociales fonctionnent différemment, ce qui se traduit par une manière diversifiée d'explorer et de connaître le monde [2]. Cela coïncide avec les descriptions des théoriciens psychanalytiques de la construction diverse de la psyché dans l'autisme.

Par exemple, on ne peut pas dire que les enfants avec TSA ne s'intéressent pas aux aspects sociaux. Néanmoins, nous pouvons reconnaître qu'ils ont des déficiences - parfois très extrêmes - des peurs, ils ne savent pas comment se comporter avec les autres, ou le font de manière particulière. Alvarez, Reid et Hodges [10] proposent la présence d'une partie non autistique chez les enfants autistes, ce qui est une façon de reconnaître que l'enfant avec TSA a des aspects et des moments où il peut se connecter, il peut être affectif ou apprécier avec L'autre.

Mythes et réalités sur la psychanalyse et l'autisme.

La nécessité d'une vision intégrée de la psychanalyse et des neurosciences

115

Je crois qu'actuellement, l'augmentation des traits autistiques chez les jeunes enfants est également influencée par la présence de facteurs culturels et sociaux, ainsi que par des conditions de vie contraires aux besoins d'attachement, de soutien et de confinement de l'enfant. Comment l'augmentation des stimuli sensoriels dus à la technologie à laquelle les enfants sont excessivement exposés, souvent dépourvus du filtre et de l'intermédiation du lien avec les figures parentales, impactera le développement neurobiologique et psychique est quelque chose que nous ne pouvons pas encore évaluer.

Conscients des difficultés que peut apporter le nom de TSA, nous ne pouvons l'éviter aujourd'hui, sachant que, pour l'analyste, il n'impliquera pas de perdre la compréhension psychodynamique du cas singulier. Sans doute, la catégorie de classe est d'un autre ordre que celle de sujet, celle du particulier et de la contingence, présente dans la manière de diagnostiquer en psychanalyse et en cela les neurosciences s'accordent : chaque personne autiste est unique. Je reconnais l'avantage que la catégorie TSA apporte à la table en prenant en compte les points communs ainsi que l'hétérogénéité du spectre TSA, où, heureusement, les autismes sévères décrits par Kanner sont une franche minorité.

Le principal thème sous-jacent de cette étude est la quantité de ce que j'appelle des mythes (je pourrais aussi les appeler des préjugés, des déclarations basées sur des connaissances partielles ou des informations erronées) largement répandus en ce qui concerne la psychanalyse et l'autisme. Ces mythes existent à la fois dans les environnements professionnels et sociaux, entraînant des propositions de traitement des TSA qui excluent la psychanalyse.

L'un des facteurs qui contribuent à ces mythes est la façon dont les thérapeutes choisissent les théories pour soutenir leur pratique. Ils se concentrent davantage sur les processus conjoncturels et subjectifs, et moins sur la conduite d'un processus systématique d'étude et de recherche des différentes lignes de pensée. Il en résulte une tendance à l'isolement et au manque d'échange entre les différentes lignes de pensée.

De plus, la psychanalyse manque d'une réponse plus convaincante par la recherche empirique. Il devrait y avoir une plus forte présence de psychanalystes et de thérapeutes psychanalytiques dans les domaines où la collaboration scientifique avec d'autres courants de pensée et disciplines a été couronnée de succès.

Notre objectif est également de décrire ce qui se passe avec ceux qui abordent l'autisme d'un point de vue psychanalytique.

Premier mythe : l'étiologie biologique de l'autisme rejeterait le traitement psychanalytique

La ligne de pensée qui s'est concentrée sur la dimension psychogène se produit dans le contexte de la Seconde Guerre mondiale. Dans ce cadre historique, Kanner [11] décrit un syndrome dans lequel les effets d'un traumatisme environnemental ont été clairement observés chez des enfants abandonnés et privés de leurs liens. A la fin de la guerre, Spitz [12] décrit les tableaux cliniques de l'hospitalisme, où les déficits environnementaux et affectifs donnent lieu à un syndrome de retard global du développement, de retrait, de détresse puis de rejet du contact humain, devenu irréversible après les cinq premières mois de vie.

Les théories de Melanie Klein sur la psyché précoce avec ses angoisses paranoïaques et dépressives et ses fantasmes extrêmement grossiers, ainsi que l'analyse de Dick (1930) (peut-être aujourd'hui pourrait-elle être diagnostiquée comme un TSA), émergent dans l'entre-deux-guerres.

Il est très important de prendre en compte le contexte historique et culturel dans lequel les théories émergent, et de reconnaître comment ces théories ont fonctionné et ont été efficaces dans ces circonstances, bien que nous puissions les expliquer différemment aujourd'hui. La prise de conscience de l'importance du lien affectif dans le développement a été un héritage majeur pour les droits et l'éducation des enfants, et son impact social durable l'emporte sur les effets de certaines hypothèses erronées.

Aujourd'hui, il existe des preuves solides d'altérations biologiques chez les personnes autistes : découvertes génétiques et épigénétiques, altérations neuroanatomiques, neuromodulatrices et neurotransmetteurs, connectivité neuronale ainsi que des altérations du traitement sensoriel, entre autres. Ce sont toutes des modifications qui ont un impact sur les obligations précoces. De plus, des recherches récentes vont au-delà des caractéristiques neurologiques, par exemple en identifiant la relation entre les niveaux toxiques de stress et les processus inflammatoires qui affectent le système auto-immun [13]. Cette grande diversité de résultats soutient l'idée qu'il n'y a pas de cause unique et précise de TSA. Il n'y a pas de marqueur biologique, génétique ou neurochimique. Au lieu de cela, dans chaque cas, il existe une combinaison unique de plusieurs facteurs.

Pour expliquer le développement des TSA, Singletary [14] propose un modèle global, qui implique les éléments neurobiologiques et psychologiques de chaque enfant, ainsi que leurs interactions avec les soignants. Il soutient qu'en raison d'un dysfonctionnement

neurobiologique, l'enfant éprouve une privation des stimuli parentaux (même lorsqu'ils sont disponibles), un sentiment d'isolement et de peur. Cela conduit au stress et à la "surcharge allostatique" qui en résulte au niveau psychique et physique, amplifiant les vulnérabilités biologiques. Pour cet auteur, le travail clinique psychanalytique (en plus d'être un outil de recherche du monde interne de l'enfant avec TSA), parvient à fournir à l'enfant un environnement enrichi, augmentant le lien affectif et donnant un sens à son expérience émotionnelle particulière, principalement les expériences de la peur, de la solitude et de l'incompréhension. Il illustre ce modèle par un cas clinique.

Cependant, le mythe de la psychanalyse par opposition à la biologie continue de se propager dans de nombreux domaines, ignorant la production scientifique psychanalytique actuelle et contraire à une perspective compréhensive aujourd'hui nécessaire. Dans les années 80, le sujet faisait déjà débat aux États-Unis, avec l'apparition des méthodes de rééducation par opposition à la psychanalyse.

Ces dernières années, la discussion s'est déplacée vers l'arène politique, où se croisent d'autres intérêts et règles de base sans rapport avec la science, et avec des initiatives visant à légiférer sur le type de traitement que les établissements de santé publique devraient offrir, éliminant la possibilité pour les citoyens de choisir librement. Dans ces projets, la psychanalyse est exclue des services publics comme traitement de l'autisme dans différents continents, y compris dans des pays comme le Brésil ² et la France ³. Les psychanalystes ont réagi et ont pu bloquer les factures dans les deux pays.

L'analyse de ces phénomènes dépasse nos objectifs. Cependant, je crois que la proposition du DSM-5 de classer les TSA en tant que Troubles neurodéveloppementaux a un impact sur tout cela, qu'elle est fréquemment associée à une vision scotomisée du neurodéveloppement (dérivée de traditions dualistes et d'anciens paradigmes qui imprègnent encore la pensée scientifique) et non comme un concept dynamique où la biologie et l'environnement, le corps et le psychisme vont de pair. La conclusion découlant de cette idée fautive selon laquelle le neurodéveloppement est un processus essentiellement biologique serait l'exclusion de la psychanalyse en tant que traitement.

Cette classification a également pour effet de transférer un groupe croissant de patients vers le domaine de la neuropédiatrie, dans les pays où la neuropédiatrie et la psychiatrie infantile sont des spécialités différentes. En Italie, par exemple, les deux spécialités sont combinées en neuropsychiatrie. Les neuropédiatres, qui intervenaient auparavant pour effectuer le diagnostic, évaluant les aspects neurologiques de l'enfant, sont devenus ceux qui diagnostiquent et indiquent les traitements. Le pédopsychiatre, qui a reçu au cours des dernières décennies une formation sur le développement de l'enfant à l'interface entre le médical et le psychologique, est souvent relégué. Cette évolution se traduit par le fait que la dimension psychologique, relationnelle et subjective est souvent écartée au profit d'une

approche médicale, mettant l'accent sur le déficit et le handicap.

La pédopsychiatrie et en particulier la pédopsychiatrie psychodynamique est progressivement laissée de côté. Le psychiatre et psychanalyste suisse Ansermet [15] dit : « On peut se demander si l'autisme, qui fut le foyer d'où s'est développée la pédopsychiatrie avec Kanner, n'est pas en passe aujourd'hui de devenir le champ où se joue sa disparition » (p. 18). Nous pensons que le débat sur l'autisme interroge la relation entre la psychanalyse et le domaine de la santé mentale en général, un sujet qui mérite d'être développé davantage.

Ansermet [15] soulève une question que nous devrions discuter avec les psychanalystes concernant la prétendue distance entre la psychanalyse et les avancées des neurosciences. La question ignore la neuropsychanalyse, un domaine important développé au cours des deux dernières décennies par un nombre important de psychanalystes contemporains, qui explore l'interface entre les connaissances neurobiologiques et les modèles psychanalytiques de l'esprit humain [7]. "Le cerveau est l'organe de l'esprit. Si nous voulons comprendre pleinement la vie mentale, nous devons intégrer les découvertes des neurosciences à tous les niveaux de l'esprit" 4 .

Ansermet et Magistretti [16] proposent un point d'intersection entre des phénomènes hétérogènes, évitant l'exclusion mutuelle ou l'analogie. L'intersection relève de la plasticité neuronale qui, étant un mécanisme universel, produit du singulier, c'est-à-dire de l'unique. La plasticité est riche en conséquences. Les traces de l'expérience modifient à chaque fois le cerveau, une fois cataloguées elles se réassocient produisant une discontinuité dans la mémoire, tout s'inscrit, se conserve, et en même temps beaucoup peut changer.

Pour Ansermet le sujet et l'inconscient sont le résultat de cette discontinuité ; la détermination biologique est paradoxale, puisque l'humain est programmé pour ne pas être, à la contingence, pour recevoir l'incidence de l'Autre. Cette ligne de pensée nous amène à convenir que les neurosciences actuelles ne s'éloignent pas de la psychanalyse, mais plutôt qu'elles s'en rapprochent. Ils ont en commun l'irréductibilité de la singularité, l'imprévisibilité de l'évolution de tout sujet.

La génétique elle-même est de plus en plus la production de la différence, de l'hétérogène, du multiple. Ansermet et Giacobino [17] soutiennent qu'il n'y a pas de constellation génétique spécifique pour l'autisme ; au contraire, il existe des déterminations génétiques multiples et bien souvent uniques, propres à chaque cas, et éventuellement limitées à certains individus.

Les résultats trouvés pointent vers une hétérogénéité multifactorielle, sans relation de cause à effet, qui peut se résumer à l'existence d'une combinaison de multiples événements génétiques anormaux dus à la convergence de dysfonctionnements. Ceci, ajouté à l'énorme

complexité de la recherche génétique où la définition de plus en plus large de l'autisme s'éloigne de la perspective d'une spécificité génétique, la rend d'autant plus paradoxale.

Serge Lebovici (1915-2000) a déclaré que la psychanalyse n'avait aucune raison de craindre les formidables avancées des neurosciences. En fait, ces avancées et découvertes nous aident à nous positionner ainsi qu'à comprendre nombre des limites que nous rencontrons dans notre pratique.

Ils fournissent également un moyen de traitement.

Par exemple, la recherche sur les altérations des traitements sensoriels permet d'affiner les stratégies thérapeutiques, de la même façon que : « Pour un clinicien, s'interroger sur le moment où survient un stéréotype, y voir une réponse défensive du sujet autiste face à l'environnement insupportable, c'est donner à ce sujet la possibilité de détecter des différences inattendues dans la répétition d'une même chose et de prendre ce signe comme un levier possible dans le travail clinique » [17]. C'est-à-dire que les données biologiques et les signes subjectifs, deux informations, ne s'excluent pas mutuellement mais augmentent plutôt notre compréhension du phénomène.

Avant le DSM-5, la classification des troubles neurodéveloppementaux des relations et de la communication figurait dans le PDM [18], conçu par un groupe de travail de psychiatres orientés psychodynamiquement. L'un des membres du groupe de travail était Stanley Greenspan (1941-2010), psychiatre et psychanalyste, qui a développé l'hypothèse de la diathèse affective sur la genèse de l'autisme qui s'est concentrée sur les altérations constitutionnelles pour relier les affects aux perceptions [19]. Dans les neurosciences, Muratori [2] met en évidence l'existence d'une fonction cérébrale différente qui se manifeste précocement et ne répond pas aux stimuli sociaux de façon typique. Ainsi, il interfère avec les interactions précoces et entrave le développement neurologique et social attendu. Ses multiples projets de recherche se sont concentrés sur les premiers signes de l'autisme, comme moyen de mettre en œuvre des interventions précoces et d'obtenir de meilleurs résultats [20][21][22]. Pour Muratori, il est important d'observer très tôt si l'enfant montre des traits tels qu'un plus grand intérêt pour le visage humain que pour les objets, le pointage protodéclaratif, l'attention conjointe, les comportements d'anticipation, la vocalisation sociale et l'initiative motrice. Il souligne que les caractéristiques des habiletés motrices sont des aspects importants à observer dans la détection précoce de l'autisme.

Ma conclusion personnelle est que pour expliquer l'hétérogénéité des traits autistiques, je peux émettre l'hypothèse que les diverses combinaisons de facteurs de vulnérabilité neurobiologiques conduisent à une modalité de réponse similaire qui peut être cliniquement observée dans les fonctions et manœuvres autistiques. L'enfant perçoit des stimuli environnementaux insuffisants ou accablants et répond par des comportements tels que la

déconnexion des autres et une préférence pour les objets. La question reste ouverte de savoir si certains comportements autistiques ne sont déterminés que par un développement neurologique divers, ou si des réactions défensives ou compensatoires sont en outre structurées à un second niveau.

Nous ne pouvons pas ignorer que les ressources défensives les plus primitives et les plus extrêmes d'un organisme pour se protéger des conditions défavorables sont les comportements de retrait et de déconnexion. Selon les circonstances, la recherche sensorielle ou le recrutement tonique semblent apporter un sentiment d'unité corporelle, de vitalité et d'existence. Soit des comportements agressifs, stéréotypés, soit des intérêts fixes apparaissent dans les moments de frustration en l'absence d'autorégulation adéquate face à l'évolution de la réalité interpersonnelle. La structuration des défenses chez l'enfant autiste fera éventuellement partie de la construction psychique subjective singulière.

Mon hypothèse est que cette séquence qui se développe de façon singulière chez un enfant avec TSA, peut être pensée comme un effet du choc traumatique entre la vulnérabilité de l'individu et le monde extérieur (contre lequel l'enfant ne dispose pas de ressources adéquates), et non comme une entité préformée de manière univoque à partir de traits organiques.

Deuxième mythe : la psychanalyse accuserait les parents d'être à l'origine de l'autisme

Kanner [11] lui-même a soutenu très tôt que les enfants autistes semblaient être élevés dans des réfrigérateurs émotionnels. Évidemment, il a fondé son hypothèse sur ses observations de la parentalité et les difficultés que certains parents avaient dans la relation avec leurs enfants autistes, considérant les facteurs environnementaux comme déterminants, suivant le paradigme dominant de l'époque. Plus tard, il a reconnu, sans négliger le poids premier de l'environnement, que certains enfants ont une prédisposition à l'autisme due à des facteurs génétiques et congénitaux. La description ci-dessus est importante pour comprendre comment les expériences personnelles et la subjectivité peuvent influencer les points de vue prétendument scientifiques, ainsi que la manière dont ces histoires et leurs protagonistes continuent à nourrir des mythes qui se coagulent dans le temps, pesant plus que le cours ultérieur de événements.

La position des psychanalystes à l'égard des parents d'enfants avec TSA est loin d'incriminer la parentalité et d'ignorer la multifactorialité étiologique. Au total, la nécessité de prendre en compte les aspects psychologiques et environnementaux, plus ou moins importants selon les cas, ne peut être ignorée. Il est essentiel de pouvoir travailler avec les parents sur leurs vécus (c'est-à-dire la resignification des aspects traumatisants de leurs

histoires autour de la naissance de l'enfant, l'impact que l'enfant a sur eux et sur l'environnement familial, entre autres), parce que l'anxiété et la difficulté des parents à faire face à la déconnexion du bébé ou à l'apparition des traits autistiques de l'enfant sont toujours là.

Nous devons reconnaître que la capacité de l'environnement à accueillir un enfant atteint de TSA est imprévisible et variable ; beaucoup développent des comportements très adaptés aux besoins particuliers de l'enfant, d'autres peuvent être eux-mêmes vulnérables, provoquant le retour de circuits défavorables à l'attachement, à l'environnement et au développement du groupe familial.

Le poids des facteurs biologiques et environnementaux, qui organisent une situation traumatique complexe et altèrent le fonctionnement neurologique et la possibilité d'organisation psychique, selon Hoffman [23] est corrélé (sans imputabilité causale) avec des difficultés dans le lien parent-enfant et l'émergence de la crise psychique lorsque le niveau d'évolution du cas le permet. En ce sens, le psychanalyste peut non seulement guider et orienter les parents, mais aussi travailler avec eux thérapeutiquement pour comprendre et influencer la relation entre l'enfant et ses parents, faisant naître une intersubjectivité à partir de laquelle la subjectivation devient possible.

Troisième mythe : la méthode psychanalytique ne serait pas applicable à l'autisme

Dans l'indication de traitement, les conditions qui peuvent être fournies pour répondre aux difficultés dans le domaine de la relation et de la communication sont plus importantes que l'étiologie. Sans aucun doute, l'un des moyens de réparer l'échec de la subjectivité humaine est le lien humain, et la psychanalyse se concentre sur le travail avec la subjectivité et l'expérience mentale. Il existe un consensus sur la pertinence de l'intervention psychothérapeutique. Du lien à l'autre, il peut apporter des changements importants, en s'appuyant, comme je l'ai souligné, sur la plasticité cérébrale.

Si nous avons à l'esprit l'analyse classique de l'enfant basée sur le jeu et l'interprétation des fantasmes inconscients, alors le travail psychanalytique avec les enfants TSA se situe ailleurs. Quand on travaille avec des enfants avec TSA, on essaie de construire un psychisme, puisque dans les cas les plus graves il est quasi inexistant dans sa non différenciation avec la dimension somatique. L'évolution montre que la réalisation de cette construction est possible, malgré ses difficultés.

Il n'y a pas de méthode établie pour le traitement de l'autisme; cependant, il existe une vaste bibliographie sur les travaux cliniques en cours. A titre d'exemple, je propose un article

de Ponce de León et Batistelli [24]. Dans ces études, il existe une convergence dans l'utilisation des ressources ajustées aux caractéristiques des TSA. Dans tous les cas, le travail se concentre sur le corps, la communication non verbale et la sensorialité, des caractéristiques qui sont toutes essentielles à l'évolution de la capacité de représentation de l'enfant. Cela signifie construire progressivement un lien et une expérience psychique à l'unisson, créer des ressources et des sens pour comprendre le monde extérieur et intérieur. Le processus implique un processus de subjectivation et un accès à l'intersubjectivité.

Aujourd'hui, le traitement psychanalytique est une partie essentielle d'une approche interdisciplinaire, où d'autres traitements et rééducation sont gérés pour surmonter certaines des difficultés qui peuvent survenir de points de vue différents et complémentaires. Les traitements linguistiques, les approches pédagogiques et autres programmes visant le changement de comportement sont essentiels, mais ils n'atteignent pas le travail avec la souffrance subjective et les angoisses extrêmes de l'enfant avec TSA. Le travail avec ces patients doit toujours inclure les parents, soit dans leur propre cadre et travaillant en parallèle avec leur enfant, soit dans des thérapies parent-enfant, des approches mère-enfant, etc. Toutes ces alternatives dépendent de chaque individu et des préférences de chaque professionnel.

Malgré la spécificité du traitement psychanalytique des TSA, de nombreux éléments qui soutiennent cette pratique clinique font partie du bagage théorico-clinique des analystes : est si large qu'il peut inclure des enfants avec des secteurs plus évolués du fonctionnement psychique.

- La théorie psychanalytique agira comme un soutien mental essentiel contre le risque de vide et de paralysie produit par les comportements autistiques.
- Un dispositif de mise en place ou d'analyse adapté à ces patients, qui fournit progressivement les conditions de connexion au patient et de symbolisation : continuité, sécurité et confinement.
- Connaissance de la subtilité des processus précoces de constitution psychique qui permettent d'exercer une fonction de para-excitation et de modulation soigneuse du contact affectif, fondamentale chez ces enfants qui vivent de manière menaçante avec leurs pulsions libidinales sollicitant le lien et ne tolèrent pas l'excitation qui provoque la mise en branle de la vie pulsionnelle. Utilisation d'interventions non verbales ou paraverbales : l'acte, le geste, la musicalité de la voix.
- Anticipation d'un sujet à partir d'une autre subjectivité, celle de l'analyste qui, avec une façon unique de penser, d'être affectivement et libidinalement impliqué et d'intervenir, va permettre à l'enfant de prendre progressivement la place de sujet.

- Tolérance à la frustration, qui consiste à décoder ce qui semble n'avoir aucun sens, rechercher la communication par les moyens proposés par l'enfant, prédominance des registres sensoriel, corporel et gestuel, attendre des réponses qui n'arrivent pas, et, même si elles arrivent, maintenir leur fonction symbolique face aux expériences déroutantes et énigmatiques.

Compte tenu de ce qui précède, les analystes ne travaillent pas exclusivement avec la méthode psychanalytique, mais plutôt le psychanalyste applique la psychothérapie psychanalytique ou le traitement psychothérapeutique de l'autisme et utilise les éléments ci-dessus.

Quatrième mythe : la théorie psychanalytique reposerait sur des prémisses qui ne s'appliquent pas à l'autisme

Sur le plan théorique, la psychanalyse de l'autisme est confrontée au défi de définir le statut de la dimension psychique, alors que les mouvements qui attestent de la vie psychique sont si précaires, si grossiers, parfois juste des expressions de décharge motrice, ou d'émotions primitives. Le travail ne vise pas à comprendre l'inconscient du patient bien que l'analyste puisse entrevoir le registre psychique d'un enfant TSA à partir de ce qui semble être des traces d'inscriptions primitives, ou des îlots de représentations liés à certains domaines d'expérience.

Si je regarde certains modèles métapsychologiques psychanalytiques dans l'autisme, je trouve une métapsychologie "négative". Il n'y a pas d'autre - il est exclu -, et il n'y a pas de circuit pulsionnel, pas d'inscription signifiante, pas de partage conscient-inconscient, ni de travail de représentation. La voix ne s'articule pas avec l'imaginaire et les symboles qui cèdent la place au langage, puisque l'articulation primordiale entre corps et langage est inexistante. Parce qu'il n'y a pas de langage communicatif ou de jeu symbolique, la méthode psychanalytique se limite à interpréter ce que nous observons.

Cependant, à partir des travaux cliniques menés auprès des très jeunes enfants et de l'observation des bébés, la psychanalyse dispose d'une quantité énorme d'observations et de recherches enrichies par des auteurs d'autres disciplines, qui ont permis d'élaborer différents niveaux d'hypothèses théoriques concernant les conditions particulières de fonctionnement mental et comportemental des enfants avec TSA. ce qui est observé en clinique à l'aide d'un cadre conceptuel et d'une terminologie appropriée, alors ces théories soutenues principalement par l'observation clinique auront une plus grande validité en termes de description du fonctionnement mental de l'enfant avec TSA et des défauts de sa constitution psychique, mais elles auront moins de poids lorsqu'ils approcheront des explications causales.

La possibilité d'articuler ces observations cliniques avec des recherches sur les altérations neurologiques et sensorielles, les fonctions cognitives particulières, les comportements atypiques, etc., est un enjeu important pour l'avenir. Souvent, le centre d'attention est le même mais le langage est différent, de sorte que la déconstruction et la construction de nouveaux modèles complets peuvent être intéressantes.

Étant donné le caractère unique de chaque cas, le risque de théorisation est la généralisation ou l'établissement de modèles communs qui ont réussi à comprendre certains patients, mais qui ne peuvent pas être appliqués à tous les cas. Ce risque est toujours là, et il ne faut pas oublier la valeur des théories comme constructions imaginaires et dynamiques sans lesquelles on ne pourrait pas travailler, même si elles ne sont pas toujours des explications de la réalité.

Compte tenu de ce qui précède, une théorie n'est pas un bon point de départ pour des discussions avec d'autres disciplines. Je crois que la clinique est le terrain commun où l'on peut échanger des points de vue et montrer de manière plus proche et plus accessible la façon de penser et d'intervenir des psychanalystes.

Entre mythe et réalité ? La psychanalyse ne rendrait pas compte des résultats par le biais d'une recherche "fondée sur des preuves"

C'est une discussion qui se déroule principalement dans le domaine de la psychanalyse. Les experts ont des points de vue opposés quant aux possibilités de mener des recherches empiriques sur les supports de session et de quantifier ces processus cliniques raffinés. La controverse entre Green et Stern, et Green et Wallerstein [25] décrit des arguments des deux côtés.

André Green s'oppose à toute recherche quantitative et à toute tentative d'objectivité. Il soutient que la pensée clinique caractéristique de la séance analytique est la seule manière valable de mener une recherche en psychanalyse.

Daniel Stern (1934 -2012), quant à lui, croit en la nécessité d'études observationnelles et empiriques. Il l'applique aux bébés et à leur développement, ce qui fournit des connaissances d'une pertinence indirecte pour la psychanalyse.

Même s'il est difficile de concilier les points de vue du clinicien et du chercheur en psychanalyse, des résultats intéressants peuvent être

atteint. Un exemple en est la recherche d'Anne Alvarez et Anthony Lee [26] qui est basée sur une psychothérapie psychanalytique intensive de 4 ans d'un enfant autiste qui a été filmé

dans son intégralité afin de mesurer les changements.

Sans aucun doute, le débat épistémologique interne a déterminé, et continue de déterminer, que le nombre de psychanalystes faisant de la recherche est considérablement plus faible que dans les domaines de la neuropsychologie cognitivo-comportementale et cognitive.

Coriat a initié l'évaluation de la psychothérapie psychodynamique en 1917 et elle n'a cessé de se développer au cours des deux dernières décennies.

Néanmoins, il y a eu un nombre croissant de recherches empiriques ou cliniques et de présentations sur les résultats et les processus [27][28][29] et la psychothérapie psychodynamique des enfants [30][31][32]. Il existe des arguments de longue date de la part des psychanalystes qui défendent l'importance de la recherche empirique pour compléter la recherche clinique [33] ainsi que des études analysant des aspects méthodologiques spécifiques à considérer lors de la recherche de diverses approches psychodynamiques. La psychanalyse est fondamentalement un processus complexe. Plusieurs variables doivent être observées. La complexité du problème devrait conduire à une collaboration entre différents chercheurs et cliniciens [34]. L'American Psychological Association a proposé l'idée de mettre en œuvre des «thérapies fondées sur des preuves» en empruntant l'idée au domaine de la médecine. L'idée a été fondamentalement rejetée en 2005 parce qu'elle était inadéquate et remplacée par une pratique fondée sur des preuves.

Dans ce sens, certains auteurs du domaine de la psychanalyse [35] soulignent l'importance de développer davantage l'évaluation qualitative de la pratique clinique basée sur une épistémologie psychanalytique, et non sur un modèle purement médical d'évaluation quantitative. La "preuve" provient de pratiques dans des conditions naturelles. Les études fondées sur des données probantes profitent aux thérapies cognitivo-comportementales qui évaluent les résultats en fonction de la disparition des symptômes, plutôt que des relations interpersonnelles ou du fonctionnement psychique et général, qui sont beaucoup plus difficiles à évaluer.

Toutes les observations précédentes sur la recherche en psychothérapie psychanalytique en général sont nécessaires pour comprendre la recherche actuelle sur les traitements des patients atteints de TSA.

En ce qui concerne l'expérience clinique psychanalytique avec l'autisme, il y a évaluation et transmission, et une bibliographie abondante sur les cas cliniques, les techniques et les caractéristiques des processus. Je peux conclure qu'il s'agit généralement de traitements prolongés et qu'ils produisent des transformations importantes dans plusieurs domaines, en fonction de la gravité initiale du cas et de l'âge auquel le traitement a été initié. En général, il

n'y a pas beaucoup de recherches rigoureuses et systématiques, mais des descriptions de certaines des études intéressantes suivent.

Les recherches de Thurin, Thurin, Cohen et Falissard [36] présentent les premiers résultats d'une étude longitudinale multicentrique, processus-résultat, PRISMA [38], avec une subvention de l'Association Psychanalytique Internationale, le groupe continue à travailler sur le Protocole afin pour accéder à la phase de validation.

Pour compliquer davantage la question de la plus grande fiabilité des études factuelles et de l'avantage comparatif des psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC), Leichsenring et Steinert [39] ont mené une revue approfondie de divers aspects de ces études, remettant en question le statut prééminent de la TCC basée sur une analyse rigoureuse des critères méthodologiques qui ne sont pas suivis dans ces projets de recherche. Je préconise l'importance d'approfondir la recherche sur les résultats des traitements psychanalytiques. Cependant, plus nous approfondissons les informations qui émergent de la recherche, plus nous devenons conscients des exigences croissantes qu'elles impliquent.

Le débat sur le "Dodo Bird Verdict" renvoie à l'idée que toutes les psychothérapies obtiennent les mêmes résultats. [40]. González-Blanch et Carral Fernández [41] soutiennent dans leur article convaincant que bien qu'il existe des preuves raisonnables que les psychothérapies fonctionnent sur un large éventail de problèmes mentaux, de nombreuses études qui soutiennent l'efficacité des psychothérapies sont sujettes à des limitations, biais et

faiblesses. Cela vaut également pour la recherche en neurosciences. Des études récentes mettent en garde contre différents types d'échecs dans la plupart des recherches sur les causes biologiques des maladies mentales [42]. Cela nous amène à un autre aspect qu'il convient de démystifier : le champ de la recherche empirique n'a pas un chemin moins complexe et plus clair que l'exercice laborieux et toujours questionné de notre clinique quotidienne. C'est l'un des nombreux mythes qui surgissent dans notre quête de certitudes face à l'incertitude accrue sur le destin de nos sociétés.

Conclusion

En conclusion, je voudrais revenir sur les principaux points abordés dans cet article, ainsi que partager quelques observations concernant la psychanalyse dans le contexte actuel des traitements des TSA.

En ce qui concerne le diagnostic, les conséquences de la classification DSM-5 des troubles du spectre autistique (TSA) et de la classification des troubles

neurodéveloppementaux ont été discutées. L'étude souligne également que les experts diagnostiquant les TSA pendant l'enfance devraient être ouverts à la possibilité de reformuler éventuellement leurs diagnostics, et que le diagnostic ne peut être confirmé qu'avec l'évolution.

Concernant l'étiologie, cette étude a souligné l'importance d'en finir avec les fausses oppositions : biologie-environnement, corps-psychisme, psychanalyse-neurosciences, en s'appuyant sur les arguments et développements des chercheurs contemporains. J'ai montré comment la recherche dans le domaine de la génétique, en plus d'être très complexe dans sa conception, recèle aujourd'hui un paradoxe fort dans la mesure où elle recherche la spécificité du gène de l'autisme à partir d'une définition de plus en plus large de celui-ci. La seule chose que l'on puisse dire est que l'autisme résulte d'une combinaison multifactorielle unique qui varie selon les types de cas. Ce qui ressort des neurosciences actuelles, c'est que nous sommes programmés pour ne pas être programmés, c'est-à-dire pour recevoir l'influence de l'environnement et de l'intersubjectivité.

J'en conclus que l'on peut se référer à des « autismes » de configurations étiopathogéniques hétérogènes, où malgré la mise en évidence d'altérations neurobiologiques qui affectent l'interrelation avec l'environnement, il n'y a pas d'autisme « préformé » issu de caractéristiques organiques car il n'y a pas de marqueur biologique définissant ce. Par conséquent, un profil très individuel est développé dans chaque cas. Je peux dire que les TSA représentent une vulnérabilité biologique complexe, qui empêche une réception adéquate des réponses de l'environnement, et qui en fait un élément frustrant et accablant. L'enfant ne peut pas utiliser l'environnement pour sa croissance socio-affective, ce qui renforce les difficultés de base.

L'indication des traitements doit tenir compte du fait que les données biologiques et les signes subjectifs doivent être pris en compte ensemble pour augmenter la compréhension du phénomène. Il n'est pas possible de penser aider un enfant avec TSA à améliorer sa communication avec les autres, sans faire de la communication et des liens la base à partir de laquelle travailler. Bien que les changements biologiques soient la toile de fond, il n'y a pas de remède biologique à l'horizon actuel. L'un des moyens incontestés de réparer les défaillances de la constitution humaine, ce qui fait de nous des sujets, c'est le lien humain ; et la psychanalyse a pour outil premier l'établissement d'un lien dans lequel la subjectivation devient possible. Dans le cas des autismes et des TSA, il ne s'agit pas de travailler sur les conflits inconscients mais de travailler sur les processus délicats de la construction du psychisme. Cela donne une spécificité au traitement psychanalytique de ces cas.

Les traitements cognitivo-comportementaux (TCC) proposent la modification des comportements et des cognitions par des techniques d'apprentissage. L'objectif chez les enfants avec TSA est d'enseigner des habitudes d'adaptation, des compétences sociales et

langagières, de réguler les débordements, etc. et de donner des repères à la famille.

Ils ont aussi des méthodes pour aborder les différents niveaux d'apprentissage qui permettent la scolarisation. Je crois à l'utilité de ces démarches pour améliorer l'adaptation au milieu, dans le cadre d'un travail interdisciplinaire, pour autant qu'il soit mené de manière à éviter le risque d'une conception basée sur l'apprentissage et l'acquisition mécanique des acquis attendus. comportements, soutenus par la tendance de ces enfants à automatiser les comportements. Cette modalité s'oppose à l'appropriation subjective, où l'enfant, à travers un parcours singulier, intègre non seulement des comportements mais des manières d'être, pour s'humaniser, pour devenir une personne spéciale et unique.

Je n'ignore pas l'importance de l'adaptation, tant qu'on évite de tomber dans des comportements « normotiques » (McDougall, 1978). Pour cette raison, je soutiens la complémentarité possible des deux traitements, en s'appuyant précisément sur leurs différentes approches et dans le cadre de stratégies interdisciplinaires, fondamentales pour le progrès ultérieur de ces patients. Les enfants atteints de TSA sont des patients à traiter par une équipe interdisciplinaire, étant donné qu'ils ont besoin de diverses approches pour stimuler différents domaines de leur développement : orthophonie, psychomotricité, psychothérapie, psychopédagogie, etc. Chaque cas nécessite une stratégie thérapeutique soigneusement planifiée et sujette à révision. , où différentes interventions peuvent être proposées simultanément ou séquentiellement, ou des propositions créatives qui combinent différentes disciplines travaillant simultanément

En ce qui concerne l'apport de la recherche pour déterminer l'efficacité des psychothérapies, je pense qu'il est nécessaire de s'appuyer à la fois sur des évaluations empiriques fondées sur des preuves et sur des évaluations fondées sur la pratique clinique, mais non sans avertir de la nécessité d'une formation spécialisée pour mesurer sa complexité et en tirer des conclusions valables. conclusion.

Enfin, comme nous l'avons vu, le débat autour de la pertinence du traitement psychanalytique de l'autisme amène sur la table de discussion la relation entre la psychanalyse et la santé mentale, c'est pourquoi c'est une question essentielle pour ceux d'entre nous qui connaissent les bienfaits des traitements psychanalytiques. pour les enfants avec TSA et leurs familles.

Il faut garder à l'esprit que dans notre domaine le but de la recherche clinique et empirique est d'apporter des réponses au sujet et non à la science.

Je maintiens l'espoir que, dans l'avenir des connaissances scientifiques, un chemin sera construit qui s'éloigne de l'effort de classification et se concentre sur les formes de soins aux patients, sur les stratégies d'affinement pour répondre à l'unicité de la souffrance humaine.

Bibliographie

Références

Fein D., et al. "Optimal outcome in individuals with a history of autism". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015.

Muratori F. "Course "Autism Spectrum Disorders" organized by Organizado por Clínica del Niño-Harwood Care". Held in Montevideo, Uruguay (2018).

Hertz-Picciotto I and Delwiche L. "The risk in autism and the role of age at diagnosis". *Epidemiology*

American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics. Fisch GS. "Nosology and epidemiology of Autism Spectrum Disorders". *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(2012): 91-103.

Durban J. "In the beginning was the world? The changing shape and use of interpretations in the analyses of children on the Autistic-Psychotic Spectrum, Sufrimiento Psíquico". *Autismo e Relações Iniciais. Abordagem Psicanalítica. Conferência realizada em São Paulo, Brasil (2018)*.

Gaugler T., et al. "Most genetic risk for autism resides with common variation". *Nature Genetics*

Solms M and Turnbull O. "What is neuropsychology?" *Neuropsychology*

Damasio A. "The Feeling of What Happens; Body and Emotion in the Making of Consciousness". London: Heinemann (1999).

Citation: Ema Ponce de León Leiras. "Myths and Realities about Psychoanalysis and Autism. The need for an integrated view from Psychoanalysis and Neurosciences". *EC Paediatrics* 10.9 (2021): 112-126.

Myths and Realities about Psychoanalysis and Autism. The need for an integrated view from Psychoanalysis and Neurosciences 125

Alvarez A., et al. "Autism and play-the work of the Tavistock autism workshop". *Child Language Teaching and Therapy* 15.1 (1999):

Kanner L. "Autistic disturbances of affective contact". *Nervous Child*

Spitz RA. "Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood". *The Psychoanalytic Study of the Child*

Pramparo T., et al. "Prediction of autism by translation and community practices". *JAMA Psychiatry*

Singletary WM. "An integrative model of autism spectrum disorder. ASD as a neurobiological disorder of experienced environmental deprivation, early life stress and allostatic overload". *Neuropsychanalysis* 27.2 (2015): 81-119.

Ansermet F. "Irréductible singularité, En P. Sadoun (Edition.), *Le spectre autistique trouble-t-il la raison de ceux qui l'approchent?* (2016): 11-35.

Ansermet F and y Magistretti P. "A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente". Buenos Aires, Argentina: Katz (2006).

Ansermet F and Giacobino A. "Autisme. A chacun son génome. Navarin/Le Champ freudien". Paris, Francia: Navarin (2012).

PDM Task Force. "Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, Estados Unidos: Alliance of Psychoanalytic Organizations (2006).

Greenspan S. "The affect diathesis hypothesis: The Role of Emotions in the Core Deficit in Intelligence and Social Skills". *Journal of Developmental and Learning Disorders*

In Signs of Autism in Infants

Conti E., et al. *Frontiers in Human Neuro-* "The first science 9 (2015):159.

Costanzo V., et al. "Early detection of autism spectrum disorders: from retrospective home video studies to prospective 'high risk'sibling studies". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 55 (2015): 627-635.

Hoffman J. "Autisme et narration. *Autisme: état des lieux et horizons.* Sous la direction de Golse B. et Delion P., Edition. Erés, Ramon- ville Saint-Agne (2006).

Ponce de León Leiras E and *Estilos da Clínica*

Sandler J., et al. "Psychoanalytic monographs N° 5. *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy*". Londres, Inglaterra: Karnac (2000).

Alvarez A and Lee A. "Early forms of relatedness in autism. A longitudinal clinical and quantitative single case study". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*

Leichsenring F and Rabung S. "Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis". *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science* 199.1 (2011): 15-22.

Levy R., et al. "Psychodynamic Psychotherapy Research-Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence". Londres, Inglaterra: Human Press (2012).

Luyten P., et al. "Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology". London: Guilford Press (2015).

Citation: Ema Ponce de León Leiras. "Myths and Realities about Psychoanalysis and Autism. The need for an integrated view from Psychoanalysis and Neurosciences". *EC Paediatrics* 10.9 (2021): 112-126.

Myths and Realities about Psychoanalysis and Autism. The need for an integrated view from Psychoanalysis and Neurosciences 126

Nemirovski J., et al. "Outcome of psychodynamic child psychotherapy in routine practice". *European Journal of Psychotherapy and Counselling*

Journal of the American Academy of AACAP Official Action. "Practice Parameter for Child and Adolescent Psychiatry 51.5 (2012): 591-557.

Steinert C., et al. "Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Equivalence of Outcomes". *The American Journal of Psychiatry*

Fonagy P. "The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update". *World Psychiatry*

Thurin JM. "Aspects méthodologiques de l'approche psychodynamique (psychanalytique)". Récupéré de (2018).

Brun A., et al. "Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques". Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels, Paris: Dunod (2016).

Thurin JM., et al. "Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence

Vecchiato M., et al. Psycho- "Evaluating the efficacy of psychodynamic therapy: Psychopathology, Process and Outcome

Lisondo A., et al. "Investigación psicoanalítica y cambios en el autismo: presentando el PRISMA". Eipea 3 (2017): 25-29.

Leichsenring F and Steinert, C. "Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy? The Need for Plurality in Treatment and Research". JAMA: The Journal of the American Medical Association

Rosenzweig S. "Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes". American Journal of Orthopsychiatry

Papeles González-Blanch C and y Carral-Fernández L. "Cage up del Psicólogo/Psychologist Papers

Dumas-Mallet S., et al. Science Commu- "Scientific nication