

## La méthode des 3i dans la thérapie des troubles du spectre autistique (TSA)

Andrzej Gardziel, Piotr Ozaist, Ewa Sitnik

Centre d'aide aux enfants handicapés et à leurs familles de l'Ordre de Malte à Cracovie

Directrice : Ewa Reczek

**thérapie de l'autisme  
thérapie par le jeu  
holding mental**

*Les auteurs décrivent la méthode des 3i, introduite en France en 2004, à visée thérapeutique et éducative pour les enfants porteurs d'autisme, qui développe et complète la méthode Option (Son-Rise). Le nom de la méthode définit ses caractéristiques de base : intensivité, individualité et interactivité. La méthode se fonde sur un jeu non intrusif avec l'enfant. La présentation des principes et des spécificités de la méthode est illustrée par la description de la thérapie d'un garçon de 4 ans porteur d'autisme infantile.*

**Résumé:** La méthode des 3i (intensive, individuelle et interactive) a été élaborée et introduite en France en 2004 par Catherine de La Presle dans le but de soigner son petit-fils autiste. Ses hypothèses de base sont dérivées de la méthode Option (Son-Rise) de Barry Neil et Samaria Kaufman. La thérapie passe par le jeu, se déroule au domicile de l'enfant et implique un grand nombre de bénévoles. Ces derniers assurent plusieurs heures de séances thérapeutiques individuelles par jour à l'enfant. La méthode a été définie comme éducative par son auteur et ses collaborateurs, elle contient cependant plusieurs éléments qui permettraient de la classer dans le domaine de la psychothérapie infantile. Ces éléments sont : l'importance du jeu et de l'approche peu intrusive, l'accent mis sur l'interaction et sur le dialogue comportemental, l'assurance d'un holding mental de bonne qualité et de longue durée pour l'enfant. Grâce à la multiplication des relations et à la stimulation du besoin de communication avec les autres, on constate le développement de la conscience de soi et des capacités cognitives chez l'enfant. Cette méthode est appliquée depuis quelques années au Centre d'aide aux enfants handicapés et à leurs familles de l'Ordre de Malte de Cracovie. L'objet de cet article est de présenter les principes de la méthode et ses spécificités, en mettant en avant en particulier ses aspects psychothérapeutiques. La présentation est enrichie par une brève étude de cas.

La diversité (et parfois le manque de clarté) des points de vue relatifs à l'autisme infantile et aux troubles apparentés s'accompagne d'une grande variété de méthodes utilisées pour le traitement et l'éducation des enfants et des adultes autistes. Parmi celles-ci, on distingue les méthodes visant un aspect particulier de l'autisme, souvent considéré fondamental, et les méthodes fondées sur un programme global, qui par hypothèse, doivent inclure l'ensemble de la problématique des troubles. En pratique, beaucoup de centres de soins ou de centres médicaux et éducatifs en viennent à conjuguer plusieurs types d'interventions ou à admettre l'utilisation de certaines interventions en soutien à un programme de base.

De nombreuses méthodes ont été créées dans une visée autre que l'autisme et n'ont été utilisées dans ce domaine que dans un deuxième temps ; certaines sont fortement enracinées dans des systèmes thérapeutiques vastes et de longue tradition (thérapie comportementale, psychanalyse, thérapie logopédique) et en constituent une application spécifique. D'autres sont orientées dès le départ vers le problème de l'autisme bien qu'il ne soit pas rare qu'elles s'appliquent avec succès à des enfants non autistes. La qualification d'une méthode en tant que thérapeutique ou éducative est discutable, elle dépend à la fois de l'orientation professionnelle de ses créateurs et de ceux qui la font connaître, et de la manière dont ceux-ci comprennent la nature et l'étiopathogénèse de l'autisme.

Reste la question de la spécificité de la thérapie des troubles autistiques, en d'autres termes des facteurs décidant de son efficacité.

### **La méthode Son-Rise et la méthode des 3i**

Dans le large éventail de thérapies proposées pour l'autisme, on distingue en particulier les méthodes qui ont été élaborées par des membres de la famille d'un enfant autiste, nées du désir de le soigner. On trouve parmi celles-ci la méthode Option, dite également Son-Rise, de Barry Neil et Samaria Kaufman, parents du jeune autiste Raun [1, 2] et la méthode des 3i qui est une évolution créative de la méthode Option avec certaines transformations. Ces deux méthodes sont liées par le principe des interventions individuelles auprès de l'enfant sous forme de jeu commun libre dans une salle préparée spécialement à cet effet au domicile de l'enfant, le maintien d'une attitude peu intrusive (rejoindre l'enfant dans son activité, attendre ses initiatives, exclure l'approche directive et instrumentale), l'attention mise sur la création de la relation et l'échange communicatif. Toutes deux reposent sur l'implication massive de bénévoles. Cependant, dans la méthode Son-Rise, un rôle majeur est donné aux parents et ils participent au jeu avec l'enfant de la même manière que les bénévoles ; avant le début de la thérapie de l'enfant, les parents suivent une semaine de formation intensive et reçoivent eux-mêmes une psychothérapie. Dans la méthode des 3i, la supervision du développement de l'enfant et du groupe de bénévoles est attribuée à un psychologue formé qui effectue lui aussi une séance de jeu par semaine avec l'enfant et organise une fois par mois une réunion avec les bénévoles et les parents. La formation de départ des parents est courte, ils ne sont pas obligés de participer aux séances de jeu, et le programme ne suppose pas la mise en place d'une psychothérapie du couple parental. En revanche, un rôle important est attribué à l'observation systématique des progrès de l'enfant, grâce à un outil d'évaluation qui ne cesse d'être affiné : la grille de progression.

Les deux méthodes sont en opposition avec les méthodes et techniques comportementales. Elles prennent pour hypothèse que le jeu commun libre, avec le cadre émotionnel qui lui est intimement associé, constitue une activité indispensable et en même temps suffisante au développement de l'enfant, permettant une prise de conscience spontanée de soi et du monde environnant, ainsi que le développement de l'imaginaire et du sens de l'humour, ce que n'assure pas l'approche comportementale.

La méthode des 3i est née en France en 2004. Catherine de la Presle, professeur d'histoire à la retraite est la grand-mère d'un petit Sébastien de deux ans. Très déterminée à trouver un moyen efficace de faire sortir son petit-fils de l'isolement propre à l'autisme, elle parvient à l'institut Option au Massachusetts. Adoptant les principes généraux de la méthode Son-Rise, elle y apporte de nombreuses modifications et en travaillant avec la deuxième grand-mère de l'enfant et une équipe de bénévoles, met en place le programme thérapeutique de son petit-fils, qui au bout de 18 mois, s'est couronné d'un franc succès [3].

Cette expérience réussie a donné l'impulsion à la création en décembre 2005 de l'association Autisme Espoir vers l'Ecole (AEVE), ayant pour objet la diffusion de cette nouvelle méthode. Celle-ci est utilisée pour toutes les formes d'autisme, y compris le syndrome d'Asperger, et à des âges divers (près de la moitié des personnes bénéficiant de la thérapie 3i sont des enfants entre 3 et 6 ans et les plus âgées ont la trentaine). À ce jour, la thérapie des 3i a été appliquée à environ 300 enfants, adolescents et jeunes adultes autistes. L'expérience acquise a permis de définir des types de jeux, les règles impliquant les variations requises et l'évolution de l'attitude des bénévoles à mesure du déroulement de la thérapie, ainsi qu'à élaborer une grille pragmatique des progrès effectués par l'enfant. Depuis 2010, la méthode a été ajoutée aux thérapies proposées par le Centre d'aide aux enfants handicapés et à leurs familles de l'Ordre de Malte à Cracovie.

### **Principes de la méthode des 3i**

Le nom de la méthode (3i) est l'abréviation des termes qui décrivent ses principes fondamentaux (intensive, individuelle, interactive). La thérapie se déroule au quotidien, sans interruption le week-end ou pendant les vacances, à raison de 40 heures par semaine. Elle nécessite l'engagement de 30 bénévoles environ. Chacun d'entre eux passe 1h30 avec l'enfant, une fois par semaine, en entrant en relation avec lui par le biais du jeu commun.

Les séances de jeu se déroulent toujours dans le même espace – une salle spécialement préparée, pas très grande, nommée la « salle d'éveil ». Elle est censée apporter un sentiment de sécurité et favoriser la concentration de l'enfant. Pour cela, il est important que l'éclairage soit tamisé, que les murs aient une couleur neutre et que les vitres soient recouvertes d'un film mat. L'équipement standard comprend un grand miroir, un tableau, un trampoline, une balançoire, une table. Les jouets sont placés sur une étagère en hauteur, de laquelle le bénévole les attrape lorsque nécessaire.

Le jeu naît de l'initiative de l'enfant suivie par l'adulte, qui se joint à son activité, l'enrichit et la développe. Un rôle important est donné à l'imitation (miroir) par le bénévole des comportements de l'enfant, notamment de ses stéréotypes, mais aussi à la transformation en jeu de ses accès de colère et ses caprices. En s'adaptant à la progression de l'enfant, le bénévole introduit ses propres propositions de jeu, mais sans les imposer, le plus souvent il en fait une démonstration et attend ensuite que l'enfant prenne l'initiative.

Le principe fondamental des séances de jeu est donc l'interaction, qui conditionne l'apparition de la communication (en général, d'abord par le regard, ensuite par les gestes, enfin par la parole) et de l'apparition chez l'enfant d'une conscience de soi. La conscience de l'être à la première personne commence par la prise de conscience de son propre corps, c'est pourquoi on considère comme une priorité les jeux physiques et sensoriels. Les jeux éducatifs et plus complexes ne sont introduits que lorsque l'enfant est prêt, il n'y a cependant aucune attente ou obligation à cet égard. L'expérience confirme que l'interaction intensive mais non directive crée les conditions d'un développement indépendant des capacités cognitives et physiques attendues, telles que la compréhension, la réponse aux consignes, l'imitation, l'orientation dans le temps et l'espace, l'imagination.

On distingue 3 étapes dans le déroulement de la thérapie, liées aux phases de développement normal du jeune enfant depuis sa naissance. Les 18 premiers mois de vie correspondent à la découverte de soi et de la dichotomie entre soi et autrui — dans la thérapie, c'est la phase dite d'« éveil sensori-moteur ». La période des 18 au 36 mois de l'enfant est la phase de découverte du monde environnant — « ouverture au monde » est le nom donné à la deuxième étape de la méthode. À l'âge de 3 ans, l'enfant est entièrement prêt à commencer à se socialiser en-dehors du cocon familial, et la troisième étape de la méthode vise à garantir à l'enfant autiste une entrée graduelle, fluide et sécurisée dans le monde de l'école.

La thérapie par la méthode des 3i est appliquée à temps plein jusqu'au moment où l'enfant atteint un niveau de communication et de conscience de soi qui lui permette de s'adapter à un groupe de pairs et de commencer à recevoir une instruction effective (donc pendant les deux premières étapes, qui durent généralement un à deux ans). Pendant cette période, on diffère ou on suspend la fréquentation de l'école maternelle ou primaire, et on limite – considérablement au début – les sorties hors de la maison. Cette coupure impérative de l'école et de la société résulte de la prise en compte des obstacles au développement de l'enfant autiste (en matière de perception, de communication et d'émotions) et de la nécessité de limiter les stimuli sensoriels non contrôlés et les situations sociales qui peuvent être source pour l'enfant de

stress et de souffrances, et naît aussi de la conviction que la possibilité de profiter d'une éducation formelle et du contact des pairs est conditionnée par la capacité de communiquer et la conscience de soi.

### **Objectifs thérapeutiques de la méthode des 3i**

L'association AEVE définit la méthode des 3i comme une méthode éducative et développementale, en évitant scrupuleusement dans ses publications le terme de thérapie. Les auteurs du présent article, qui appartiennent au groupe engagé dans l'introduction de cette méthode en Pologne, la considèrent comme thérapeutique et éducative, donnant une place primordiale à ses aspects thérapeutiques ou même, plus précisément, psychothérapeutiques, c'est notamment pour cela qu'ils utilisent à son égard dans l'ensemble du texte le terme de thérapie.

Aleksandrowicz et Czabała [4] attirent l'attention sur le manque de clarté et la multiplicité des définitions de la psychothérapie, liés notamment à la diversité des fondements de la théorie. Ils préfèrent pour leur part la définir en tant que « forme d'interventions psychosociales ayant pour but la correction de troubles de la perception et du comportement et l'élimination des symptômes et des causes de la maladie » [p. 203], en précisant cependant que l'élimination des causes se produit « en général » et n'est donc pas obligatoire. De fait, ce qui est commun à toutes les formes de psychothérapies, ce sont les règles de procédure définies. Aleksandrowicz et Czabała comptent parmi celles-ci : l'utilisation de facteurs de soin non spécifiques, le recours prédominant à la communication verbale, l'incitation du patient à révéler ce qu'il a vécu et l'intérêt porté à ces expériences, la position particulière du thérapeute et l'utilisation consciente d'interventions thérapeutiques. Il est évident que les caractéristiques ainsi formulées concernent avant tout la psychothérapie d'adultes, mais en substance (dans l'esprit et non littéralement), la définition est universelle et se rapporte également aux enfants et aux patients présentant de graves troubles du contact et de la communication. Dans ce cas, cependant, la formule doit indubitablement être modifiée avec la prise en compte à un degré approprié de la communication non verbale et en admettant que le fait de créer les conditions d'une action spontanée est l'équivalent de « l'incitation du patient à révéler ce qu'il ressent ». Nous sommes donc convaincus que la méthode des 3i répond dans une large mesure à ces caractéristiques.

Les objectifs de la méthode des 3i sont formulés de manières diverses mais cohérentes, et on peut les examiner à plusieurs niveaux. L'objectif direct et primordial des séances de jeu est l'interaction du bénévole avec l'enfant (on ne néglige pas cependant l'importance des périodes d'interruption de l'activité, lorsque l'enfant évite le contact ou s'endort). Dans les catégories psychanalytiques, les interactions personnelles nécessitent l'apparition dans l'esprit de l'enfant de l'image de l'objet et de l'image de soi (représentation) ainsi que de leur lien (relation à l'objet). C'est grâce à cela que se développe la conscience de soi et que peut exister la communication, ce qui constitue déjà une manifestation de l'objectif. Par conséquent, l'attention mise sur l'interaction induit en soi la dimension psychothérapeutique de la méthode.

Le développement spontané de l'enfant, le développement des différentes capacités cognitives et motrices est un objectif secondaire, attendu mais qui ne constitue pas l'objet de la tâche. On dit de la méthode des 3i qu'elle comble les lacunes de développement, qu'elle amène l'enfant à traverser les étapes qu'il a omises. Ceci résulte du choix approprié des jeux proposés, mais il convient de souligner que c'est l'enfant qui décide de l'adoption de ces jeux, le bénévole ne fait que le mettre dans des conditions favorables, lui montrer, et l'aider dans la

mesure de ses besoins, mais ne se sert pas de techniques éducatives. Dans ce contexte, par conséquent, malgré les aspects éducatifs qui garantissent le développement et prépare à l'entrée dans ou à la reprise des apprentissages sous forme organisée (ce qui est défini comme l'objectif phare de la méthode), nous nous refuserions à la définir exclusivement comme une méthode éducative.

La définition du champ ciblé par la méthode des 3i est aussi matière à débat — s'agit-il uniquement des symptômes ou également des causes de l'autisme. L'association A EVE classe l'autisme dans la catégorie des maladies neurobiologiques induites par des facteurs génétiques et affirme que l'action de la méthode a un caractère symptomatique, cependant les auteurs du présent article sont d'avis que l'état actuel de la recherche pointe plutôt vers une multiplicité de facteurs interdépendants à la base de l'apparition de l'autisme, un point de vue partagé dans la littérature spécialisée (cf. D. Marcelli [5], H. Jaklewicz [6], R. Skynner et J. Cleese [7]). Ces deux positions incitent à s'interroger sur la possibilité d'un traitement purement causal. Toutefois, si l'on laisse de côté les différends étiopathogénétiques, reste en commun quoi qu'il en soit l'idée qu'un obstacle au développement spontané des interactions (en termes psychanalytiques — à la formation de la représentation et de la relation à l'objet) est la cause des symptômes autistiques et constitue un frein au développement psychique de l'enfant. En ce sens secondaire, la méthode des 3i peut être considérée comme causale. Il nous semble important de le souligner afin de mettre en avant sa différence significative avec nombre d'autres méthodes.

### **Facteurs thérapeutiques de la méthode des 3i**

Il semble que tous les facteurs décisifs à l'efficacité de la méthode aient un caractère non spécifique ; sa spécificité résulte de la manière dont ces facteurs sont organisés et ordonnés. Du reste, toute psychothérapie peut être vue comme l'intensification particulière d'aspects naturels des relations interpersonnelles, en particulier de ceux qui garantissent un sentiment de sécurité et favorisent le développement personnel. Pour tout enfant, les plus importants de ces aspects sont un bon « holding » qui crée les conditions propices à des interactions significatives et sécurisées, l'élimination de l'intrusion dans son monde, la garantie d'un véritable jeu libre, ainsi que des relations de qualité et des liens forts avec les proches. Les facteurs thérapeutiques de la méthode des 3i sont l'expression de ces aspects.

### **Faible intrusivité**

Les observations et les recherches étiologiques ont permis de comprendre la nature des comportements faiblement et fortement intrusifs, présents partout dans le monde animal comme dans celui des êtres humains, qui servent à établir le contact et à nouer des relations. À cet égard, on note en particulier les apports de Niko et Elizabeth Tinbergen [8] qui ont proposé l'adoption de principes relatifs au degré d'intrusivité comme base de la thérapie des enfants autistes.

L'approche faiblement intrusive semble être un fondement de la méthode des 3i. Suivre l'action de l'enfant, l'imiter, attendre qu'il prenne l'initiative ou qu'il se montre prêt, mais aussi transformer les comportements difficiles en jeu, tout ceci participe à la création d'un climat de sécurité et procure l'envie de se rapprocher. On peut dire qu'il s'agit d'un processus consistant à entrer dans le monde de l'enfant afin de l'intéresser à notre monde commun.

L'imitation dans la thérapie est l'équivalent de l'imitation spontanée des nourrissons par leur mère et joue un rôle similaire. L'équivalence objective [9] préservée par ce biais

constitue le point de départ du dialogue comportemental, qui initie le développement de la communication.

### **Holding psychique**

La notion de holding a été introduite dans le domaine de la psychologie et des secteurs apparentés par Winnicott [10], recouvrant par ce terme l'ensemble des interventions de la mère concentrée sur son enfant, désignées en tant que « préoccupation maternelle primaire ». Le holding thérapeutique est un principe dérivé du holding maternel dont l'essence est de contenir (maintenir à l'intérieur) les expériences difficiles du patient et les lui rendre sous une forme non menaçante. Les études d'Esther Bick sur la méthode d'observation des nourrissons ont apporté un sens plus profond et plus large à l'essence du holding. Le holding psychique est un état d'attention totale, exclusive, à un objet, de concentration des pensées et des émotions uniquement sur lui. Cet état peut apparaître de manière intentionnelle ou non dans les différentes relations interpersonnelles, ouvrant un espace aux manifestations émotionnelles et à la communication non verbale [11].

Dans la méthode des 3i, on attend du bénévole qu'il concentre toute son attention sur l'enfant et qu'il s'engage pleinement dans le jeu avec lui. Deux personnes s'adonnant ensemble à un jeu forment un espace psychique commun et un champ d'échange communicatif. Les règles de la méthode favorisent cette concentration, notamment la limitation du temps de présence avec l'enfant à une heure trente par semaine pour chaque bénévole. Grâce à cela, l'enfant obtient de nombreuses heures de jeu non intrusif et d'attention d'autres personnes portée sur lui, un « embrassement » psychique intensif de longue durée qui ne pourrait être atteint d'une autre manière.

### **Le jeu**

Le jeu constitue un support naturel d'une importance capitale pour le développement et la thérapie de l'enfant. C'est une activité qui procure de la joie et de ce fait, elle est sa propre gratification et son moteur de continuation ; une activité qui est une fin en soi. Elle est source de changements et de progrès développementaux, d'expansion des expériences, des connaissances, de la conscience, elle aide à surmonter les problèmes psychiques ou émotionnels, à condition d'exclure le temps du jeu toute pensée relative à ses objectifs attendus. Paradoxalement, donc, le jeu apporte des effets développementaux et/ou thérapeutiques si nous ne nous prenons pas pour tâche de les atteindre. Pour que le jeu soit véritable, il faut s'y abandonner sans retenue.

Dans la méthode des 3i, le jeu a des objectifs définis, thérapeutiques et développementaux à la fois. Le bénévole n'est pas un thérapeute, mais il occupe ce rôle ; orienté et supervisé par le spécialiste, il initie et crée le jeu avec l'enfant. On peut affirmer qu'il conserve ces objectifs et ces recommandations en son for intérieur, mais il doit veiller à ce que ceux-ci ne l'entravent pas dans le jeu.

Le jeu est thérapeutique car il contient un élément miroir, il devient ainsi une forme spécifique d'interprétation car il réduit les différences entre l'enfant et son partenaire de jeu, il les rapproche en donnant à l'enfant la possibilité de connaître un contact continu avec l'intervenant et un sentiment de sécurité grâce à la permanence et à la prévisibilité de ses comportements. Grâce à cela, l'intervenant peut être inclus dans l'espace psychique de l'enfant ; une représentation et une relation à l'objet se forment. Il convient de souligner que dans le jeu, ce que le bénévole (quasi-thérapeute) fait ou ce qui se passe autour de l'enfant en

tant que personne réelle n'a pas d'importance (cf. A. Czownicka [12], K. Schier [13]).

### **Aspects sociothérapeutiques**

Malgré les appréhensions initiales, il s'est avéré possible d'atteindre le nombre important de bénévoles requis – trente pour un enfant. Ce simple fait éveille déjà l'optimisme et la confiance en l'être humain. Cette abondance de relations, issue de la méthode, avec des personnes engagées dans le traitement de leur enfant autiste est un antidote au sentiment d'aliénation et d'isolement si souvent ressenti par les parents. Le fait de laisser son enfant aux soins de bénévoles pendant quelques heures par jour compte aussi, puisqu'il permet aux parents de reprendre des forces pour passer le reste de la journée avec lui d'une manière plus efficace et satisfaisante. Lors des réunions mensuelles avec les bénévoles et les professionnels, ils peuvent se réjouir ensemble des progrès de l'enfant et obtenir leur soutien par rapport aux frustrations et aux crises traversées.

### **Illustration par une étude de cas**

Adam avait 4 ans lorsque ses parents, avec l'équipe de thérapeutes du Centre d'aide aux enfants handicapés et à leurs familles de l'Ordre de Malte, ont décidé de mettre en place une thérapie par la méthode des 3i. L'enfant présentait des difficultés typiquement autistiques pour nouer des relations sociales. Il n'avait pas de communication verbale et ne compensait pas l'absence de développement de langage par des gestes ou des mimiques, il n'avait que des contacts oculaires sporadiques et de courte durée. Il ne signifiait ses besoins par aucun moyen. Il ne semblait pas remarquer son petit frère ni les autres enfants. Une grande rigidité était observée dans ses formes de comportement ; ses activités avaient un caractère schématique et stéréotypique. Il ouvrait et fermait obstinément les portes et les tiroirs, manipulait les objets par exemple en les éloignant de lui pour les rapprocher immédiatement, les faisait tourner dans ses mains en les regardant sous différents angles. Il ne s'engageait pas dans des jeux réciproques. Les parents avaient l'impression qu'Adam jouait à côté d'eux, sans entrer en contact ou en relation.

Dans la première phase de la thérapie, les bénévoles se sont efforcés de se joindre au jeu de l'enfant en adoptant une attitude peu intrusive. Le fait de s'accorder avec Adam en imitant ses comportements ou en reflétant son affect leur a permis d'« entrer » dans son monde, pour pouvoir ensuite introduire certaines variations et de nouvelles propositions, créant des occasions d'échange dans le jeu. Après quelques instants de jeu commun, l'enfant avait besoin de réagir et de se reposer, ce qu'il exprimait en se mettant à l'écart ou en s'engageant dans des actions stéréotypées. Une forme fréquente de comportement était de courir d'un mur à l'autre. Le bénévole, suivant les hypothèses de la méthode, « donnait de l'espace » à cette activité pour ensuite tenter à nouveau de rejoindre l'enfant en commençant à l'imiter, donc à courir avec lui. Au départ, les modifications du jeu entraînaient une forte réaction de rejet. L'enfant criait, réagissait parfois agressivement, en essayant de frapper ; les bénévoles imitaient également ces comportements, en leur donnant la couleur d'un jeu afin de décharger la tension.

Au fil du temps et du déroulement de la thérapie, des changements d'envergure significative ont été notés dans le comportement de l'enfant. Adam nouait de meilleures relations avec les bénévoles — ceci se traduisait par des contacts oculaires plus fréquents et plus longs et des tentatives de communication gestuelle. De plus en plus souvent, il initiait seul des jeux variés, au départ devant le miroir, ensuite seulement en contact direct. Il

proposait des jeux correspondant à un âge développemental clairement inférieur au sien : jeu du coucou, avec son visage et celui de l'autre, différents types d'activités ayant le caractère de jeux de doigts. Dans la thérapie des 3i, nous appelons cette étape « retour dans le temps » — grâce à l'attitude non directive du bénévole, l'enfant traverse les phases de développement qu'il n'a pas franchi auparavant, en montrant lui-même le chemin ; par cela, il développe sa conscience de lui-même et de l'existence d'autrui et fait l'expérience des limites de sa propre personne et de l'autre. Les gestes de pointer ont commencé à apparaître, suivis d'autres. De plus en plus souvent, Adam essayait de communiquer verbalement, il tolérait les changements et les variations proposées par les bénévoles lors des séances ; à partir d'un certain moment, il a commencé à les imiter spontanément. À la maison, les parents observaient également des progrès dans le développement de leur enfant. Après environ un an de thérapie, Adam avait acquis la propreté diurne. Il développait systématiquement ses compétences de communication – verbale et non verbale. Ses jeux, à la maison comme pendant les séances, prenaient des formes qui indiquaient de plus en plus le développement de son imaginaire et de sa pensée symbolique.

Aujourd'hui, après près de deux ans de thérapie, Adam joue à des jeux de rôles et de faire-semblant, accepte voire même propose de lui-même l'échange de rôle avec l'intervenant. Il est de plus en plus autonome, le nombre de comportements stéréotypés a considérablement baissé. Il est conscient de ses émotions, qu'il communique verbalement, il demande de l'aide aux personnes de son entourage. Il se met moins en colère et est moins angoissé dans des situations sociales nouvelles. Il ne proteste pas lors de visites chez le coiffeur. Il a été décidé d'inclure au programme des ateliers thérapeutiques en compagnie d'un deuxième enfant, comme transition avant la participation à des ateliers dans des groupes de pairs qui devront préparer l'enfant à l'entrée à l'école maternelle.

### **Conclusion**

La méthode des 3i constitue sans aucun doute une innovation dans l'éventail des thérapies proposées aux personnes autistes, ce que nous avons tenté de souligner dans le texte. Sa spécificité est avant tout la synthèse créative de facteurs thérapeutiques non spécifiques, le large recours au potentiel thérapeutique de bénévoles, l'accent mis sur l'importance décisive de l'interaction, la mise en avant de la nécessité d'un développement de la conscience de soi et de la communication chez l'enfant avant le commencement du parcours scolaire.

Le but de l'article n'est pas l'évaluation de l'efficacité de la méthode des 3i — il est trop tôt pour cela, bien que les résultats obtenus jusqu'ici soient prometteurs. Si la méthode des 3i démontre de manière indubitable une efficacité significative, cela pourra créer un motif de discussion important sur l'étiopathogénèse de l'autisme. Il reste néanmoins indispensable de mener des études sur les conditions de son efficacité, en prenant en considération la diversité des formes de troubles autistiques, la situation familiale et les conditions de vie de l'enfant ainsi que le potentiel thérapeutique d'un groupe de volontaires donné.

### **Bibliographie**

1. Kaufman BN. *Przebudzenie naszego syna*. Warszawa: Fundacja Synapsis; 1991.
2. Kaufman BN. *Uwierzyć w cud*. Warszawa: Fundacja Synapsis; 1995.
3. De La Presle C, Valetton D. *Lettres à un petit prince sorti de sa bulle. Une clé pour l'autisme?* Paris: L'Harmattan; 2010.
4. Aleksandrowicz J, Czabała JC. *Psychoterapia*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S,

- Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom ii. Wrocław: Urban & Partner; 2003.
5. Marcelli D. Psychopatologia wieku dziecięcego. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013.
6. Jaklewicz H. Autyzm wczesnodziecięcy. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1993.
7. Skinner R, Cleese J. Życ w rodzinie i przetrwać. Warszawa: Jacek Santorski & CO; 1992.
8. Tinbergen N, Tinbergen E. „Autistic” children. New hope for a cure. London: Allen & Unwin; 1983.
9. Olechnowicz H. Wokół autyzmu. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 2004.
10. Winnicott DW. Dziecko, jego rodzina i świat. Warszawa: Jacek Santorski & CO; 1993.
11. Melgaco Leal Silva AL. **Sto lat psychoanalizy — 49 lat obserwacji niemowląt z matkami: integracja Winnicottowska.** Psychoter. 2000; 1(112): 77–82.
12. Czownicka A. Przypadek Mateusza. Psychoza dziecięca: obiekt, symbol i istota terapii analitycznej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW; 1993.
13. Schier K. Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: Przeniesienie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2000.

Adresse : [asmagardziel@gmail.com](mailto:asmagardziel@gmail.com)