

Morphogenèse des stéréotypies gestuelles dans l'autisme infantile

Benoît Virole

1992-2022

Résumé

Ce texte a été écrit en 1992 alors que la connaissance des fondements biologiques de l'autisme était balbutiante. Aujourd'hui, notre conception des fondements de l'autisme est différente de celle que nous utilisions à l'époque. Pour autant, la conceptualisation morphodynamique des stéréotypies reste valide. Nous définissons la stéréotypie gestuelle comme une trajectoire attractante reflétant la structure d'un système dynamique sous-jacent lié à la vie pulsionnelle. En d'autres termes, la stéréotypie exfolie la trajectoire pulsionnelle dans l'espace de la motricité. L'existence de stéréotypies chez les enfants autistes peut être comprise comme la production de protoformes cicatricielles issues des expériences catastrophiques d'individuation. Dans le cas d'enfants vivant des expériences d'individuation normale, ces protoformes sont introjectées dans l'espace psychique et servent de moules prototypiques pour les représentations psychiques. Pour les enfants autistes, cette introjection ne peut se réaliser, du fait de l'intensité des moments de rupture et de l'incapacité de l'enfant à les supporter. Ces protoformes sont éjectées à l'extérieur sous la forme de stéréotypies motrices. L'unité relative des stéréotypies, malgré la diversité des cas, s'explique en fin de compte par le nombre réduit de processus dynamiques élémentaires possibles compte tenu de lois qui ne sont pas liées à la nature psychique ou gestuelle de leurs substrats de déploiement, mais à celles générales de la morphogenèse.

Mots-clefs

Troubles du spectre autistique TSA Stéréotypie Psychanalyse Théorie des catastrophes

La structure dynamique des stéréotypies

Définies comme « la fixation dans une formule invariable, de certaines attitudes, gestes, expressions vocales prolongées ou répétées inlassablement, sans but apparent » [4], les stéréotypies sont placées au sein des parakinésies. Parfois décrites comme des itérations (trouble du tonus engendrant automatiquement la répétition des actes) ou des *actes invariablement fixés* qui ne deviennent stables qu'après une longue habitude, elles se distinguent des tics¹, ces caricatures d'actes naturels comme disait Charcot, associés aux états névrotiques et dont les buts sont plus aisément identifiables[4]. Paul Guiraud distingue les persévérations s'expliquant selon lui par des déficits mentaux, des itérations qui présentent un élément primaire positif[19]. Pour Beley, dans la

stéréotypie il existe un signifié continu plus ou moins riche de sens[6]². Les travaux inspirés par la psychologie génétique piagétienne les ont assimilées à des échopraxies ou des réactions circulaires d'imitation ayant subi, pour des raisons indéterminées, un arrêt de développement[20]. Les approches neuropharmacologiques les associent à un trouble dopaminergique du fait que les drogues psychostimulantes les augmentent. La découverte de syndromes organiques, tel le syndrome de Rett se manifestant par des tableaux contenant des stéréotypies particulières, est venue récemment à l'appui de ces thèses [40]. À la différence des approches neurobiologiques, les approches psychanalytiques attribuent aux stéréotypies de l'autisme une valeur intrinsèque de nature psychologique. Les stéréotypies ont d'abord été associées à des processus de déplacement autoérotique de l'activité

1. À l'exception de la terminologie anglo-saxonne qui regroupe les entités sous le nom de *tics disorders*.

2. Source prise chez Gilles Deleuze, *Différence et répétition*, Puf, 1968, p 372.

génitale sur d'autres lieux du corps (cf. les références aux stéréotypies de Freud [17], d'Abraham en 1921, de Ferenczi la même année [15], de Klein en 1925), puis à des processus de défense archaïque antérieurs à la différenciation du moi et du ça [18]. Parmi les signes cliniques de l'autisme, les stéréotypies occupent donc une place particulièrement importante de par leur intérêt théorique puisqu'elles sont l'objet d'interprétations divergentes. Leur caractère stéréotypé présente l'inconvénient de les soustraire à une interprétation idiosyncrasique, mais présente par contre l'avantage d'offrir au regard des formes que la répétition cyclique rend structurellement stables [1] et par là redevables d'une analyse morphodynamique.

Analyse kinématique

Mains heurtant la bouche, tournolements d'objets, frottements compulsifs des membres, postures bizarres, les stéréotypies sont ainsi décrites par les cliniciens à l'aide du langage naturel, les soumettant aux concepts sémantiques préformés du langage et favorisant ainsi les multiples projections possibles de l'observateur. Le niveau de description anatomique des actes moteurs est certainement plus proche de la réalité motrice des stéréotypies, mais il présente l'inconvénient de les circonscrire uniquement dans un paramétrage physiologique. Par contre, les procédés de codification des langues des signes des sourds sont particulièrement intéressants. Ces procédés intègrent une dimension purement descriptive de l'espace proximo-gestuel et une dimension sémiotique [45]. Par ailleurs, on sait que la langue des signes a été utilisée avec un succès relatif avec des enfants autistes [9] à la suite du constat que l'on pouvait les aider au travers de la communication non verbale. De la même façon que l'analyste phonétique d'une langue orale utilise des catégories d'unités descriptives, telles les consonnes et les voyelles, l'analyse kinématique des langues gestuelles utilise les éléments suivants que l'on mettra en relation avec les formes des stéréotypies,

1. La classification selon le critère de tabulation (TAB) (localisation du contact de la main sur le corps) permet de distinguer les stéréotypies centrées sur les organes sensoriels principaux (œil, oreille), celles sur la

bouche, celles sur la tête, et enfin celles qui engagent la posture du corps (Pst) sans tabulation.

2. La classification selon le critère de configuration (CNF) permet de distinguer la présence ou l'absence d'un objet externe (par exemple : *lacet*), les différentes formes de la main et enfin les interactions éventuelles entre les doigts.
3. La classification par mouvements (MVT) permet l'établissement d'un répertoire des formes d'interaction entre la(es) main(s) et les zones de contact sur le corps. Dans les cas où il n'y a pas d'interaction de contact, ce critère décrit le mouvement imposé au corps ou à l'objet manipulé par l'enfant.

On dispose ainsi d'un répertoire d'unités formelles, possédant une validité sémiotique, que l'on peut utiliser pour décrire le dynamisme des stéréotypies. Nous avons observé [52] pendant plusieurs années les stéréotypies d'une population d'enfants autistes avec lesquels nous étions en contact régulier. Le tableau 1 présente le corpus des stéréotypies codifiées par l'analyse kinématique (critères TAB, CNF, MVT) et sa mise en rapport avec les principaux éléments cliniques codifiés selon la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (Axe 1 & 2) [30]. Chaque stéréotypie est identifiée par un numéro de (1) à (45)³. Nous pouvons remarquer qu'en identifiant les stéréotypies à des actions entre des actants identifiés comme étant des paramètres de tabulation et de configuration, ils peuvent être réduits à des dynamiques mettant en jeu un nombre réduit d'actants dont les limites sont bornées entre un (cas 1) et quatre (cas 45). Nous pouvons alors classer les différentes stéréotypies dans des groupes sur la base de leur ressemblance topologique (par nombre d'actants en jeu). Il convient cependant avant de décrire cette typologie de préciser que celle-ci ne concerne que les formes élémentaires, les formes topologiques pures, des stéréotypies qui dans la réalité clinique, peuvent être constituées de la superposition de plusieurs d'entre elles.

3. Les numéros entre parenthèses correspondant aux différentes stéréotypies seront rappelés dans le corps du texte à chaque fois qu'il est fait mention d'une stéréotypie particulière.

N	CAS	AXE 1	AXE 2	TAB	CNF	MVT	CATA	TYPE
1	SES E	1.01	21.0	Pst	-	av.ar	11ab	I
2	SES E	1.01	21.0	Pst	-	d.g	11ab	I
3	SEM E	1.01		Pst	-	d.g	11ab	I
4	KEV SA	1.08	11.0	Pst	-	av.ar	11ab	I
5	WIL S	1.01 6.09	15.0	Pst	-	av.ar	11ab	I
6	SAM S	1.04 6.09	15.0	Pst	-	av.ar	11ab	I
7	MOU S	1.01	15.0	Pst	-	av.ar	11ab	I
8	BOU E	1.09 6.10		Pst	-	av.ar	11ab	I
9	BOU E	1.09 6.10		T	-	d.g	11ab	I
10	SEB S	1.01 6.09	15.0	Oe	obj	Tourb	11ab	Ia
11	SER E	1.00		Oe	lacet	Tourb	11ab	Ib
12	TON E	1.00		Oe	lacet	Tourb	11ab	Ia
13	TON E	1.00		Oe	Mo	v.v	11ab	II
14	SAB SA	1.08	11.0	Oe	Mo	v.v	11ab	II
15	FRE SA	1.08	11.0	Oe	Dg	v.v	11ab	II
16	PHI SA	1.08	11.0	Oe	obr	v.v	11ab	II
17	AID SA	1.08	11.0	Oe	obr	v.v	11ab	II
18	STE SA	1.08	11.0	Oe	obr	v.v	11ab	II
19	ROD SA	1.08	11.0	Or	Dg	choc	12b	II
20	BRI SA	1.08	11.0	Or	Mf	choc	12c	II
21	FRA SA	1.08	11.0	Or	Dg	choc	12b	II
22	PAO SA	1.08	11.0	Or	Mo	v.v	12c	II
23	KAR S	1.05 6.09	15.0	Or	Mo B	cri	12bc	II
24	ISA SA	1.08	11.0	Or	a	cri	12c	II
25	FLO SA	1.08	11.0	B	Dg	v.v	12c	II
26	PRI SA	1.08	11.0	B	Dgi	choc	12de	II
27	YAS SA	1.08	11.0	B	Dgi	choc	12de	II
28	CRI SAu	1.08	11.0	B	Dgi	choc	12c	II
29	CEL SA	1.08	11.0	T	Pg	choc	12a	II
30	MOI SA	1.00	11.0	T	Mo	choc	12b	II
31	ISA S	1.01	15.0	()	Dg/Dg	frot	12e	III
32	NIO SA	1.08	11.0	()	Dg/Dg	frot	12e	III
33	FRA S	1.01	15.0	()	Dg/Dg	choc	12ab	III
34	JUL SA _g	1.08	11.0	()	Dg/Dg	X	12ab	III
35	RET E	1.09	14.8	Poit	M/M	Rot	12b	III
36	FOR E	1.09	14.0	C	Mj	Sép.	12b	III
37	NIA SA	1.08	11.0	B	Dg/Dg	choc	13d	IV
38	CYR S	1.02 15.0	11.0	B	Pg/Pg	choc	13d	IV
39	AID SA	1.08		()	Sal	Ejec.	23d	IV
40	LAM E	1.01		()	Pap.	Déch	23d	IV
41	AND S	1.03 6.09	15.0	()	Mo	agi	11ab	V
42	FRE E	1.00		()	o	agi	11ab	V
43	JAC SAu	1.00	25.8	Mo	Dg	perce	23c	VI
44	NIO SA	1.08	11.0	P	Dg	Arr.	23	VII
45	DAV E	1.00 23.0	22.0	B	D/D/S	Ejec.	23a	VIII

Tableau 1 – Corpus des stéréotypes motrices analysé par les paramètres formels de la langue des signes et mis en regard des catastrophes élémentaires (CATA). Les axes 1 et 2 correspondent aux catégories de la classification française des troubles mentaux.

Stéréotype I - Balancement/Tournoiement

Le premier type de stéréotypie est celui qui regroupe tous les balancements du haut du corps ou de la tête (9), l'enfant pouvant rester indifféremment debout, assis, ou couché. Sur le plan formel, on peut les considérer comme des trajectoires cycliques ; quasi-périodiques ou oscillantes d'un actant unique (1 à 9) se déplaçant sur une section de droite, soit dans le plan sagittal, soit dans le plan transversal. On peut donc les considérer soit comme des attracteurs cycliques, soit comme le couplage de deux catastrophes de pli. Celles-ci mettent en jeu un seul actant sur une trajectoire bornée par une extrémité où il disparaît. L'interprétation sémantique de cette catastrophe est celle du *bord* et l'interprétation syntaxique est celle des verbes *commencer*, *disparaître*. Considérées sous une optique morphodynamique, les stéréotypies de tournoiements d'objets appartiennent à cette même famille topologique (Ia). Ces stéréotypies utilisent un objet, souvent rond comme une toupie ou une roue de bicyclette que l'enfant met en rotation comme s'il recherchait la fusion rétinienne des motifs présentés par l'objet. Certains enfants ne recherchent cependant pas les objets ronds, mais des ficelles qu'ils agitent avec la main devant les yeux de telle façon que l'accélération rapide imprimée à l'objet le rende momentanément invisible (10) (11).

Stéréotype II - Incorporation

Ce groupe de stéréotypies comprend toutes les interactions entre deux actants aboutissant à une fusion. Le mouvement d'une main venant frapper la bouche puis en s'éloignant jusqu'au déploiement du bras, puis venant à nouveau frapper la bouche et ainsi de suite, en constitue un exemple typique. On distingue deux objets : la bouche et la main mobile (25)(26). La recherche d'incorporation concerne la bouche, mais également d'autres parties du corps, puisqu'on observe des stéréotypies de ce type localisées sur les oreilles (21), les yeux (23), et sur la tête (29). La plupart du temps, mais pas toujours, ces stéréotypies sont accompagnées d'une auto agressivité marquant physiquement le corps et laissant parfois des traces de morsure ou des callosités. Ces stéréotypies sont modélisables par la fronce. Elles correspondent à la

traversée des strates de bifurcation de l'ensemble catastrophique où coexistent deux actants distincts.

Stéréotype III - Expulsion

Ces stéréotypies sont les inverses des précédentes et consistent en un mouvement de rejet de la main vers l'extérieur du corps. Elles peuvent être très amples comme pour le cas FOR (36), enfant trisomique dont les deux mains jointes au niveau du cou se séparent brusquement vers le haut comme pour y expulser la pomme d'Adam. La stéréotypie de notre patiente atteinte du syndrome de Rett (35) s'apparente à ce type : les deux mains se croisent et de décroisent sur la poitrine et s'accompagne d'un mouvement d'expulsion vers le haut. Elles peuvent être aussi extrêmement discrètes comme dans les cas de décroissements itératifs de doigts précédemment accolés (34). Leurs formes actanciennes correspondent à la pénétration de l'extérieur de l'ensemble de bifurcation de la fronce où les deux actants sont fusionnés vers l'intérieur où se produit la scission. Une variante de ce graphe actancier est celle où l'actant expulsé se trouve morphologiquement détruit après une brève trajectoire. Les enfants déchirant de façon stéréotypée du papier en petits bouts, ou ceux crachant de façon répétitive, peuvent ainsi être suspectés de répéter les processus actanciels issus de la catastrophe dite *queue d'aronde* dont l'espace de commande est à trois dimensions et dont l'interprétation sémantique est celle de la *déchirure*.

Stéréotype IV - Expulsion/Incorporation

L'observation du corpus montre qu'il existe des stéréotypies comportant trois actants. Soit par exemple la stéréotypie (37) de l'enfant NIA (SA) : elle consiste en un mouvement d'une main venant heurter la bouche puis s'en éloignant, venant ensuite heurter l'autre main placée à une vingtaine de centimètres pour être ensuite rejetée vers la bouche et ainsi de suite. Décrite formellement, cette stéréotypie comporte trois actants dont l'un est transitoire, la main mobile, qui naît et meurt dans les deux chocs. Ce troisième actant peut être la deuxième main, ou un doigt isolé de la première main, ou bien en-

core un objet réel. Décrites sous une forme littérale, ces stéréotypies consistent en l'émission par un actant d'un second actant (processus de séparation), celui-ci étant ensuite réceptionné par un troisième actant préexistant. La castastrophe génératrice de ce morphodynamisme est celle du *papillon* difficilement représentable graphiquement car son espace de commande est à trois dimensions. Son interprétation narrative est celle du *don* et du *contre don*.

Stéréotype V - Agitation

Ces stéréotypies se manifestent par une agitation des mains, les bras éloignés du buste et les doigts écartés, évoquant le brassement des ailes (41)(42). Leur classification est délicate, car on pourrait les assimiler à des balancements de type I. Cependant on négligerait alors la distinction entre le corps et les membres. La modélisation catastrophique permet de faire cette distinction en supposant par l'intermédiaire du graphe actanciel que l'agitation de la main est une émission temporaire du corps considéré comme un actant fixe. L'interprétation morphodynamique de l'agitation est celle d'une morphologie réfléchie réversible, issue d'une singularité de transition dite « lèvre » se réalisant « lorsqu'un couple de fronces naissent et meurent » [47, p. 204]. On peut voir dans cette description une figuration de l'impossibilité de l'acte d'emprise : agiter au lieu de prendre.

Stéréotype VI - Percement

Certaines stéréotypies sont de morphologie encore plus complexe et ne peuvent pas toujours être clairement associées à une source corporelle bien identifiée. Leur caractère cyclique est moins prégnant et leur distinction avec les autres productions autistiques est moins affirmée. Leur interprétation psychologique immédiate est plus difficile et leur signification semble d'une grande opacité. Elles gagnent par contre en spécificité interindividuelle. Il est rare de trouver la même chez deux enfants autistes. Une de ces stéréotypies est celle réalisant le percement de surface ou la tentative de percement (43). Ainsi l'enfant JAC frappe de façon répétitive son index de la main droite comme s'il voulait la percer. Ce mor-

phodynamisme est identifié dans la théorie des catastrophes comme résultant de *l'ombilic elliptique* dont l'espace de commande est à trois dimensions. Son interprétation spatiale est celle de *l'aiguille* ou du *poil* et l'interprétation temporelle bivalente est celle de *pénétrer/anéantir* [47, p.188]. On retrouve souvent ce type de stéréotypie chez les enfants aveugles ou amblyopes.

Observation clinique : Ni. est une adolescente autiste présentant un trouble visuel d'origine rubéolique. Elle manifeste un intérêt compulsif très fort pour les pointes de clous dépassant les planches, ou bien les morceaux de papier décollé faisant saillie, ou bien encore les plots des legos qu'elle regarde pendant des heures en les faisant jouer dans un rayon de soleil. En décrivant ce comportement en supervision psychanalytique de cas, il fut interprété par mon superviseur, analyste « renommée », comme signifiant l'envie de pénis chez cette jeune fille. Sans remettre en doute, la justesse de cette interprétation, il reste qu'elle fait bon marché d'un niveau premier de compréhension du comportement, dans la mesure où ce qui est regardé est d'abord une singularité physique, topologiquement un point singulier, une discontinuité sur une surface. Dans le cadre d'une psychothérapie attentive en premier lieu à la *phénoménologie* des états psychiques vécus du sujet, il convenait à mon sens de comprendre d'abord dans quel monde perceptif vit le sujet. Ensuite la communication au sujet de ces éléments de compréhension permet un contact avec lui qui permet dans un second temps de construire une interprétation possible du matériel apporté. Les interprétations psychanalytiques faites trop rapidement rationalisent la compréhension du vécu des sujets déficients sensoriels. Or, l'expérience de ce type de psychothérapie nous a appris que leur avancée et l'amélioration de la souffrance psychique de ces sujets tenaient avant tout à la communication de cette compréhension.

Stéréotype VII - Dépiautage

L'arrachage répétitif de fragments de peau (44) par frottement exprime une morphologie dynamique issue de la singularité de *l'ombilic elliptique* (Cf sur le thème de la peau les travaux de Bick [7, 1964] et d'Anzieu D. [3, 1985]). Certains comportements de prédilection comme le recouvrement du fond de récipient avec de la pâte à modeler peuvent également s'expliquer par l'emprise de cette catastrophe s'exprimant sous une forme destructrice par

l'arrachage/dépiantage des surfaces et sous une forme constructive par le recouvrement.

Stéréotype VIII - Excision

Certaines stéréotypies mettent en jeu jusqu'à quatre actants en interaction. Par exemple, la stéréotypie (45) du cas DAV présente une main aux doigts écartés (actant 1) dont le pouce fait pivot sur l'autre main refermée (actant 2) et dont l'auriculaire vient chercher un peu de salive (actant 3) derrière les dents (actant 4) du maxillaire supérieur ; salive qui sera ensuite projetée à l'extérieur. Elles peuvent être modélisées par la catastrophe de *l'ombilic parabolique*. Elles consistent en l'excision d'un actant cible en plusieurs parties au travers d'un instrument émis par un actant source.

Interprétation comme autoérotisme

La modélisation catastrophique permet de rendre compte de la plupart des morphodynamismes des stéréotypies observées. Il reste à discuter de sa pertinence. Pour les premiers groupes topologiques de stéréotypies assimilées à des attracteurs cycliques (type I et Ia), l'articulation avec la théorie de l'autoérotisme s'effectue sans trop de difficultés. On sait que les balancements ont été associés à la nécessité d'une décharge pulsionnelle [44], centrée sur le corps. Ils mettent en jeu une source non clairement identifiée, mais dont on peut supposer qu'elle est associée aux fonctions vestibulaires stimulées par le port du nourrisson. Selon Spitz, le balancement est sans objet au sens psychanalytique du terme. Il faut plutôt concevoir l'objet virtuel de la stéréotypie comme étant celui de la pulsion primaire narcissique [44]. Pourtant certaines stéréotypies de notre groupe utilisent des objets réels.

La clinique psychothérapeutique de l'autisme vient ici à notre aide et nous permet d'avancer que la présence ou l'absence d'un objet réel externe au corps du sujet n'est pas forcément l'indication la plus importante pour avancer dans la compréhension de ces stéréotypies. En effet, la plupart de ces enfants ne manifestent pas d'attachement pour l'objet en soi à partir du moment où on leur propose un objet différent

sur le plan de l'apparence mais pouvant générer le même mouvement. Si ce dernier peut être réalisé à l'aide des fonctions motrices seules, l'usage d'objet est inutile. En revanche, si les formes recherchées sont complexes (topologiquement) et ne peuvent être créées aisément avec les objets environnants ou le propre corps de l'enfant, alors l'objet adéquat doit être recherché. Ainsi dans les stéréotypies utilisant des lacets, l'interprétation en terme d'objet partiel ou de fétiche gagne en profondeur à considérer qu'au travers du lacet, c'est la sinusoïde, projection sur un axe d'un attracteur cyclique, qui est le véritable objet-but. Dans les stéréotypies utilisant les toupies et les roues, les mouvements circulaires ou tourbillonnants produits sont les véritables objets-buts et non l'identification sémantique de l'objet utilisé. Cette distinction entre la nature formelle de l'objet et sa sémantisation, n'empêche pas que des processus de condensation ou de surdétermination secondaires puissent se produire, comme le montre l'observation suivante.

Observation clinique : Le comportement stéréotypé de RAP, enfant autiste, consistait à faire tourner compulsivement un bâton dans un récipient creux et à observer le mouvement. Il pouvait faire le même mouvement avec une cuillère dans un bol, mais c'est bien le dynamisme du mouvement d'un axe rotatoire dans une surface creuse qui constitue la cible du mouvement. Cependant il était capable d'utiliser ce mouvement avec des objets figuratifs, et d'associer ce mouvement au thème de la nourriture et de l'alimentation et par extension à celui de sa famille. On est donc en présence d'un continuum symbolique entre un morphodynamisme topologique (un axe mobile animé d'un mouvement rotatoire autour d'un point pivot et contenu dans un cône), une sémantisation actancielle (une cuillère dans un bol) et enfin un déplacement par contiguïté jusqu'au signifiant du désir d'être nourri et de se trouver dans sa famille et non dans l'institution hospitalière. La communication de cette interprétation a pu aboutir à la naissance d'une conventionalité à deux et permettre le dépassement vers une autre symbolisation : il construit un tableau d'objet avec deux figurines, plus le bol et la cuillère utilisés dans la stéréotypie. Je met alors un bâton entre les deux figurines, voulant signifier une séparation. Il se met en colère et cherche à l'enlever, puis reprend sa stéréotypie. Au bout de quelques séances le bâton est accepté et utilisé par lui pour signifier la séparation (la fin de séance) puis par extension, toute séparation. Au bout de plusieurs mois de thérapie,

nous disposions tous deux d'un répertoire symbolique permettant une communication sur les éléments sémantiques suivants : *séparer/réunir, partir/revenir*. À une séance, il a réalisé un triangle sur le sol avec des bâtons et met un quatrième bâton chevauchant la base du triangle. La connotation sexuelle du schéma m'a paru évidente et elle est renforcée par l'existence de pictogrammes anciens où le triangle représente le sexe de la femme et le bâton, le pénis. J'en déduis que l'enfant laisse venir à lui une représentation pictogrammatique d'un fantasme de parents combinés dans l'acte sexuel. J'associe sur le contexte de la psychothérapie, et l'atmosphère de communication affective chaleureuse depuis l'épisode de la barrière entre les figurines et l'interprétation de la stéréotypie. Je pense alors possible de construire une interprétation. Je dispose des figurines au sommet du triangle, symbolisant le père, la mère et l'enfant. RAP réagit par une vive colère et détruit le triangle, confirmant à la fois la justesse de la thématique mais l'inadéquation formelle de mon interprétation et son côté prématuré. Ce cas montre la circulation entre les niveaux de figurabilité et le niveau schématique sous-jacent. Si le thérapeute se place à un niveau de représentation figurée, il génère un mouvement de retrait de la part de l'enfant si celui-ci n'y est pas prêt.

Fonction contenante

Les tournolements d'objets ont été interprétés comme le résultat de la recherche par l'enfant d'un sentiment d'anéantissement. Pour Mahler, ces stéréotypies servent à l'érotisation des frontières du corps et Tustin associe les tournolements à une transe hypnotique destinée à empêcher l'effondrement interne [28] [49].

Observation clinique : Le balancement rythmique de SES (2) illustre de façon particulièrement claire cette dimension de bordure et d'anéantissement suggérée également par le graphe actanciel du couplage de deux plis. Il s'agit d'un enfant autiste de 12 ans hospitalisé en psychiatrie depuis l'âge de 4 ans. Son histoire familiale est marquée par le décès de mort subite d'un frère plus âgé. Sans raisons médicales connues, il présente un retard de développement dès la première année, une hypotonie, une indifférence affective. Le langage ne se développera pas et les stéréotypies motrices sont prédominantes. La dissociation sensorielle est marquée par des comportements de flairage. Il revient en fin de semaine chez lui et au moment de repartir le dimanche soir pour l'hôpital, sa mère

asperge de son parfum le col de sa chemise de telle façon que toute la semaine il puisse conserver son odeur. De temps à autre, il lui arrivait de déchirer violemment le col de sa chemise, indiquant l'existence de pensée destructrice à l'encontre de sa mère. Sa stéréotypie principale est celle d'un balancement du corps accompagné d'un cycle d'inspiration/expiration couplé avec le cycle de balancement. La stéréotypie faisait inmanquablement penser à une machine à vapeur par la régularité d'horloge de ce couplage. À certains moments, la stéréotypie subissait une variante où le balancement était cette fois dans le plan sagittal en bordure d'un miroir de telle façon qu'à une des extrémités de la trajectoire, il voyait son image qui disparaissait à l'extrémité inverse. Le balancement était couplé avec le cycle inspiration/respiration, et lors du passage du bord du miroir, il émet alors une vocalise qui dure le temps de la mi-trajectoire et s'éteint lorsque le mouvement de balancier ramène son visage en face du miroir.

Démantèlement

Les martèlements de la bouche, les morsures de la main évoquent un mouvement d'incorporation mêlée d'agressivité retournée sur le corps propre. L'incorporation orale est prévalente au vu du nombre de tabulations sur la bouche dans notre corpus, mais on note aussi des processus apparents d'incorporation auditive (12) et scopique (13). En termes catastrophiques, les sources correspondent à l'attracteur A1 dont sont issues les trajectoires pulsionnelles (poussées) tendant au travers de la fronce vers l'attracteur A2 correspondant au but. Ce but est défini par un minima de potentiel, correspondant dans le modèle de la pulsion à la réduction de tension par incorporation de l'aliment assouvissant le besoin alimentaire. Pour les stéréotypies visuelles et auditives, on est obligé de substituer à une tension interne de nature auto conservatrice, la recherche d'excitations externes.

Les enfants sourds-aveugles présentent des stéréotypies de ce type localisées sur l'œil présentant un reste visuel. Elles sont marquées par une agitation de la main ouverte (Mo) ou d'un objet rayé (Obr) devant l'œil fixé sur le soleil ou une intense source lumineuse. Cette agitation aboutit à créer, puis à faire disparaître, une sensation visuelle. Les recherches de

lumière alternée avec le masque de la main appelées parfois *signes digito-oculaires* ou *blindismes* seraient déterminées par les besoins de l'enfant d'activer ses potentialités perceptives résiduelles circonscrites à la seule alternance ombre/lumière en permettant une amélioration des contrastes [13]. Cependant l'analyse de notre corpus nous permet de voir qu'il existe chez les enfants sourds-aveugles, des stéréotypies non centrées sur l'œil et isomorphes à celles réalisées par les enfants sans troubles visuels (4). Inversement, chez des enfants sans troubles visuels, il existe des stéréotypies strictement identiques à celles nommées « blindismes » des enfants aveugles (12)(13).

Ces faits laissent penser que chez certains autistes, le démantèlement sensoriel, c'est-à-dire, l'autonomisation périphérique des organes sensoriels due à l'absence de « consensualité » [8] [29] peut aboutir à une auto-excitation de l'organe semblable à celle réalisée par les enfants déficients sensoriels. Dans tous ces cas, l'interprétation actancielle nous montre qu'il s'agit de l'apparition puis de la disparition d'un objet actant. Au franchissement des strates de bifurcation, l'objet apparaît et conserve une existence précaire le temps de la traversée de l'espace catastrophique, puis disparaît à sa sortie. Le caractère cyclique des stéréotypies s'explique ainsi par la confusion entre la source (Oe,B,Or) et l'objet (Main actant), aboutissant à un cycle d'*hystérésis*. Sur le modèle de la fronce, ce cycle d'*hystérésis* consiste en un bouclage d'une trajectoire séparant A1 et A2. La catastrophe se répète de façon périodique au lieu d'aboutir à un état final stable. Dans ce cas, la stabilité atteinte est celle d'un attracteur cyclique. Le caractère cyclique des stéréotypies reproduit ainsi la boucle de l'attracteur cyclique, niveau minimal d'énergie. Replacé sur le plan du modèle psychanalytique, l'attracteur cyclique est sous-jacent au bouclage de la pulsion sur sa source décrit classiquement par la théorie de l'autoérotisme. Il est alors possible de définir la stéréotypie comme l'exfoliation de la trajectoire pulsionnelle dans la motricité.

Propagation

Les formes morphodynamiques présentes dans les stéréotypies peuvent se propager à différents endroits

du corps, changer d'amplitude, mais conservent leur forme dynamique. Cette caractéristique de la propagation de formes dynamiques prouve leur indépendance du substrat et constitue un des éléments majeurs pour la compréhension des stéréotypies, comme l'atteste l'illustration clinique suivante.

Observation clinique : Il s'agit d'un jeune garçon atteint d'une encéphalopathie à 18 mois au Maroc. Elle a eu lieu dans des circonstances dramatiques et profondément traumatiques pour la famille qui évoque la mise en glace pour refroidir le corps comme une mise en bière. À l'issue d'hospitalisations et de transfert en France, il présente des séquelles pariétales droites et un trouble important de la marche, une absence de langage, et des troubles très importants du comportement avec en particulier une absence de limites qui oblige les parents lors des week end à maintenir leur fils dans un lit grillagé entièrement clos. Il présente également un remarquable comportement stéréotypé consistant à rechercher des surfaces de papier ou des tiges, puis à les plier de telle façon qu'il puisse présenter dans son champ visuel la singularité du pli de la surface ou de la fourche réalisée. Il cherche à sortir des pièces où il se trouve en négligeant la différence entre les portes et les fenêtres. Quand l'ouverture de la fenêtre pour laisser passer son corps est trop étroite, il fait passer dehors la branche en fourche, ce qui apaise momentanément son angoisse. Ce comportement traduit le déplacement de *prégnance individuante* du sujet vers l'objet autistique. Lors d'un entretien avec ses parents en sa présence avant un retour en week end chez lui, il prend un morceau de papier, réalise le pli, puis l'introduit dans une maison de poupée et donne le tout à son père, signifiant ainsi son désir de rentrer à la maison avec lui.

Formes cicatricielles

Certaines stéréotypies sont de morphologie complexe et ne peuvent être associées à une source corporelle bien identifiée (groupe V à VIII). Pour les modéliser, il faut avoir recours à des catastrophes de complexité supérieure. La complexité topologique de ces formes nécessite l'identification des attracteurs à des entités de nombre et de dimension indéterminées. La clinique vient ici encore à notre secours en nous montrant que le sens de ces stéréotypies est très souvent lié à des moments de séparation. Par exemple, l'enfant JAC présentait une stéréotypie de percement (43) à chaque fin de séance au moment de la séparation et

de la fermeture de la porte. Pour l'enfant DAV, les stéréotypies d'excision (45) apparaissaient à chaque fois qu'en séance ma propre attention le quittait et s'en détournait.. D'autre part, ces stéréotypies complexes sont dans notre corpus associées aux enfants présentant les autismes les plus profonds (Axe I : 1.00). Tous ces éléments cliniques nous invitent à abandonner une référence analogique trop linéaire au modèle pulsionnel et à associer les stéréotypies aux expériences archaïques de séparation.

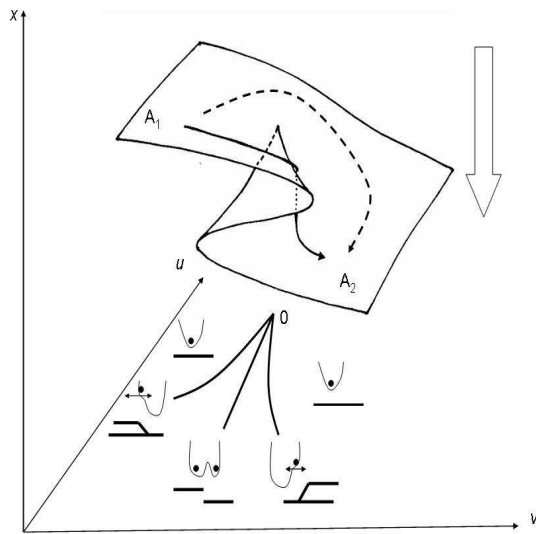


Figure 1 – La catastrophe de la fronce séparant deux attracteurs avec la génération des schèmes actanciels. Ces schèmes sont décelables dans la structure dynamique des stéréotypies et correspondent aux aléas des expériences d'individuation.

Un modèle de l'individuation

On identifie A_1 comme l'attracteur des espaces psychiques indifférenciés mère enfant (théorie de la symbiose psychologique) et A_2 comme la coexistence de deux attracteurs séparés correspondant aux espaces psychiques séparés de chacun des protagonistes du couple mère enfant. Les différents chemins entre A_1 et A_2 définissent les destinées possibles de la séparation psychique entre la mère et l'enfant induite par les effets d'un troisième attracteur ou d'une influence ex-

terne se déployant sur l'axe des paramètres externes (principe de réalité, intervention d'un tiers réel ou symbolique).

Les entités sémantiques « Mère » et « Enfant » sont conçues ici de façon schématique et abstraite. On pourrait les spécifier de façon plus précise en « peau maternelle » et « moi autonome » en suivant les travaux de Haag [22] ou de façon beaucoup plus extensive comme des actants existant dans l'espace des interactions fantasmatiques et réelles entre la mère et l'enfant. L'important est ici la schématisation abstraite, non sémantisée, des chemins possibles de l'individuation. Les traversées des espaces de bifurcation définissent alors un ensemble de morphologies apparaissant de façon distincte selon les types de catastrophes impliquées dans la séparation.

La particularité topologique de l'*ombilic*, son rôle biologique dans la relation entre organisme-parent et organisme-fils souligné par Thom [47], et sa présence au sein des morphodynamismes sous-jacents aux stéréotypies nous invite à penser que la bifurcation la plus primitive entre les deux attracteurs A_1 et A_2 de la relation Mère/Enfant donne d'abord naissance à cette première singularité. Ses espaces de commande sont de codimension 4 correspondant aux trois dimensions de l'espace plus celle du temps. Si à un moment donné, l'ombilic se brise, ce qui peut signifier sur le plan psychologique une rupture très précoce des liens d'attachement primaires Mère-Enfant, alors il y a création chez l'enfant d'une morphologie cicatricielle dont les contours sont déterminés par l'ensemble de bifurcation de l'ombilic. La forme dite « innée » de Tustin [49] décrite « comme un trou avec un méchant piquant » s'explique dans notre perspective par la rupture de l'ombilic elliptique dont les morphologies produites par cette catastrophe correspondent à cette forme. Il serait particulièrement satisfaisant de repérer chez la mère, des formes psychiques correspondantes à ces formes cicatricielles, bien que les situations psychiques de la mère et de l'enfant ne puissent être symétriques et que chez la mère ces formes cicatricielles peuvent être converties sous forme de représentations et d'affects.

Observation clinique : Dans certains cas cliniques, on observe cependant des correspondances remarquables comme pour cette jeune fille que nous avons suivie pen-

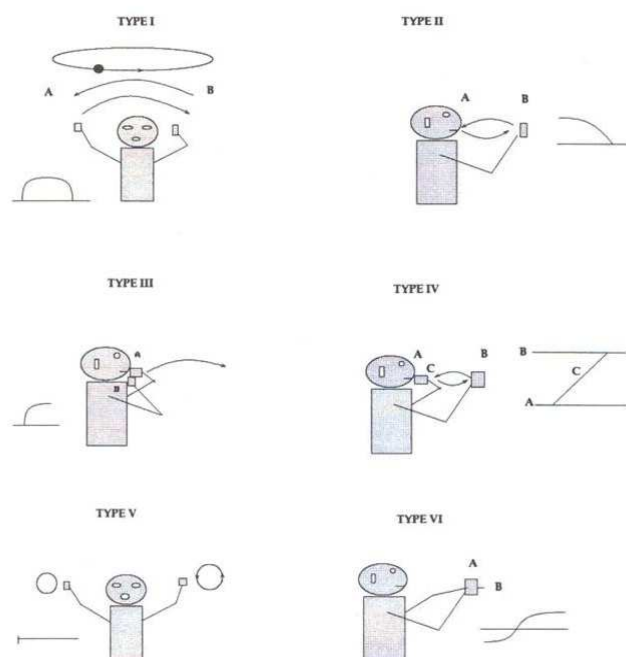


Figure 2 – Représentations stylisées des principales stéréotypies (type I à VI) de notre classification avec les schèmes morphodynamiques correspondants.

dant de longues années et qui présentait une surdi-cécité partielle d'origine rubéolique et un tableau d'autisme depuis l'enfance. Elle ne perçoit les objets que dans un champ visuel très réduit et ne peut discriminer que les couleurs de base, tout le reste étant uniformément gris. Elle est capable d'une assez grande autonomie dans la vie quotidienne et présente peu de troubles du comportement compte tenu du contexte général. Elle présente une stéréotypie manuelle consistant à frotter compulsivement son index contre son pouce, créant une plaie persistante. Lors d'un entretien clinique avec sa mère, je remarque un pansement sur sa main et lui demande ce qui lui est arrivé. Elle m'avoue alors être prise depuis le départ de sa fille en institution d'une démangeaison qui la pousse à la gratter jusqu'au sang. De tels symptômes à deux ne sont pas rares lors des séparations d'enfants symbiotiques avec leur mère, mais il est particulièrement remarquable que ce symptôme soit sur le plan morphodynamique *une effraction de surface*.

Individuation

Notre investigation des stéréotypies nous invite à penser que les processus d'individuation psychique de l'enfant passent par une succession de phases catastrophiques. Ces phases sont génératrices de risques sur le plan psychopathologique (périodes critiques) par l'instabilité produite, mais elles sont également productrices de morphologies dynamiques structurant la croissance de la vie psychique. En se plaçant dans le cas le plus simple de la catastrophe « fronce », la traversée près du point O aboutit à la bifurcation de l'attracteur en deux avec un délai, si on identifie l'axe y avec celui du temps, plus court que si le chemin emprunté pour la bifurcation est éloigné de O . Dans ce cas, la chute entre la nappe où se situe $A1$ et la nappe seuil intermédiaire où il bifurque est plus longue. Ce modèle permet de se représenter l'influence d'un facteur qualitatif sur les conséquences qualitatives d'une séparation. Appliqué à la théorie

de Meltzer de la suspension de l'attention psychique [29] (fonction α de Bion) entre la mère et son nourrisson, ce modèle permet de rendre compte des espaces et temps intermédiaires entre la fusion (indifférenciation des attracteurs) et l'individuation (bifurcation des attracteurs).

L'existence chez les enfants autistes de stéréotypies peut être comprise comme la production de protoformes cicatricielles issues des expériences catastrophiques anormales vécues par l'enfant. Dans le cas d'enfants vivant des expériences d'individuation normale, ces protoformes sont introjectées dans l'espace psychique et servent de moules prototypiques pour les représentations psychiques. Pour les enfants autistes, cette introjection ne peut se réaliser, du fait de la séparation ou de l'intensité des moments de rupture ou encore de l'incapacité de l'enfant à les supporter. Ces protoformes sont alors rééjectées à l'extérieur sous la forme de stéréotypies motrices. Les dissociations sensorielles et les phénomènes d'hypo ou d'hyperactivité pour certaines formes de stimuli sont en rapport avec l'isomorphisme de ces stimuli avec les morphodynamiques induites par les expériences de séparation. Dans les stéréotypies, le rejet dans la motricité est nécessaire pour le maintien d'une homéostasie psychique. Les stéréotypies des enfants autistes sont bien ainsi des formes déterminées par la répétition des chemins traversant les espaces de bifurcation catastrophique issus des expériences psychiques d'individuation pathologiquement inabouties. La morphologie de la stéréotypie encode bien de façon répétitive un conflit originaire concernant l'histoire clinique de l'enfant. L'unité relative des stéréotypies, malgré la diversité des cas, s'explique en fin de compte par le nombre réduit de processus catastrophiques élémentaires possibles compte tenu de lois qui ne sont pas liés à la nature psychique ou gestuelle de leurs substrats de déploiement, mais à celles générales de la morphogenèse.

Applications psychothérapeutiques

La psychothérapie de l'autisme est d'une grande difficulté et d'un impact thérapeutique très faible compte tenu des efforts déployés. Devant les barrières autistiques, la seule technique possible consiste à es-

sayer d'aider l'enfant à assouplir ses défenses autistiques pour reprendre contact avec la réalité. Il faut donc essayer de revivre avec l'enfant la période psychique qui a présidé à l'instauration de l'autisme. On est aidé en cela par l'intemporalité des processus et la compulsion de répétition qui fait revivre à l'enfant et à son thérapeute cette période primitive. Tout le problème pour le thérapeute consiste alors à pouvoir supporter l'angoisse générée par ces situations. La difficulté technique principale tient alors en une double contrainte; si le thérapeute se protège excessivement contre l'angoisse, il perd les maigres contacts avec le monde de l'enfant autiste, et s'il se laisse déborder par l'angoisse, il perd également le contact et la continuation de la thérapie lui est insupportable. L'angoisse est ainsi pour le thérapeute à la fois un senseur du monde de l'enfant et un indicateur du fonctionnement de ses propres défenses. Par contre sur le plan de l'interprétation, les difficultés techniques sont grandes du fait de la pauvreté apparente ou de l'absence de matériel symbolique recueilli. Or justement l'interprétation morphodynamique des stéréotypies est ici d'un précieux secours.

Un exemple clinique

Nous voudrions illustrer ce fait par une courte observation clinique. Nous avons suivi en psychothérapie un enfant âgé de 10 ans hospitalisé en psychiatrie pour un autisme de Kanner. Il a présenté des troubles précoces du développement en particulier psychomoteur, une absence de développement du langage. L'audition et la vision sont cliniquement normales. L'histoire familiale est douloureuse et aboutit à un rejet de l'enfant. À un an, il présente un tableau d'autisme profond, semble totalement coupé du monde, reste assis par terre toute la journée refusant tout contact. Après des essais éducatifs variés qui furent tous des échecs et devant la carence du milieu familial, il est hospitalisé dans un service de psychiatrie où débuta la thérapie. Elle dura quatre ans au rythme de deux séances hebdomadaires et se termina avec son départ pour une autre institution. Durant toutes les séances, l'enfant restait assis par terre, prenant de façon indifférente le premier objet trouvé. La totalité de la psychothérapie peut se résumer au dégagement pro-

gressif d'une séquence stéréotypée dont nous ferons ici la description :

1. Prends l'objet O en E_1 .
2. Frappe son corps avec l'objet O à l'endroit L_i avec le rythme R_1 .
3. Laisse tomber l'objet ou jette l'objet à E_2 (hors de portée manuelle).
4. Pousse un cri de plaisir ou de déplaisir.
5. Frappe son corps avec sa main l'endroit L_j avec le rythme $R_2 = R_1$.
6. Déplace son corps en se traînant par terre pour aller jusqu'en E_2 .
7. Recommence au début en phase (1).

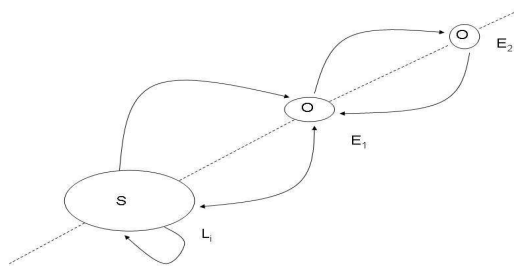


Figure 3 – Stéréotypie complexe avec déplacement du corps et séquences immuables (légende dans le texte).

La liste des lieux du corps $L_i, \dots, L_j$ est close. Elle comprend : les oreilles, le front, la bouche, et les yeux. Une seule variante existe. Lorsque l'objet est utilisé dans la bouche, il sert à extraire un peu de salive et à projeter à l'extérieur. À ce moment-là, l'enfant tourne lentement la tête de telle façon que la salive est projetée sur un demi-arc de cercle. Ce comportement peut être interprété comme un condensé extrême des éléments majeurs de l'autisme. La phase 1 a trait à la prise de possession de l'objet. Mais l'objet est insatisfaisant et en tant que tel il est destructeur (phase 2). Il doit donc être rejeté (phase 3). Le rejet hors de portée est le moment de la décharge affective (cri). Le manque de l'objet est alors ressenti comme une source de douleur. L'enfant se punit de l'avoir perdu (phase 4). L'enfant se déplace pour aller le chercher

dans une quête de l'objet (phase 5). Le cycle recommence (phase 6). La localisation sur les parties du corps a trait aux éprouvés sensoriels de l'objet réel primaire et correspond aux attaques contre ces organes suivant la ligne de déplacement de la perception primitive vers les sens distaux (bouche, oreilles, yeux).

Le graphe actanciel correspondant à cette stéréotypie est prototypique de certains schémas narratifs et singulièrement du mythe [35]. L'actant source est le « mandant » envoyant le « héros », l'instrument (objet) devient « l'objet magique » détenteur de pouvoir, et l'objet cible est « l'agresseur » qui doit être mis en « morceaux » (cf. les fonctions du conte dans la « morphologie du conte » de Propp [39]).

Devant ce constat, je décidais de tenter de raconter à l'enfant des récits imaginaires improvisés sur la trame actancielle de sa stéréotypie. Par exemple, lorsqu'il jette l'objet, je raconte le départ du prince du château, lorsqu'il se frappe, je raconte le combat. Bien que le contenu figuratif d'un tel récit n'est pas présent *a priori* chez l'enfant, mais une interprétation intégrant ce type de trame permet une coïncidence formelle de la trame de la stéréotypie avec le contenu sémantique d'un récit investi de figurabilité. Ainsi comprise la stéréotypie put être interprétée au cours de la psychothérapie. Par la suite une amélioration sensible du contact fut remarquée par toutes les personnes s'occupant de cet enfant.

Dans cette observation, l'interprétation a utilisé des représentations verbales, mais il est aussi possible de s'aider du schématisme catastrophique pour construire une interprétation non verbale comme le montre l'observation suivante : il s'agit d'un enfant atteint au premier mois de grossesse d'une foetopathie rubéolique. Contre tout avis médical, la mère refusa l'avortement thérapeutique, ayant déjà perdu deux autres enfants en bas âge. Il naît avant terme et présente une cataracte bilatérale, une atrophie de la capsule optique, une surdité bilatérale sévère. Malgré l'absence de signes de localisation neurologique, on suspecte très vite des atteintes centrales diffuses, et la sérologie confirme la présence du virus et l'évolutivité du tableau. Après une première enfance grabataire, et une prise en charge vigoureuse en psychomotricité, il

parviendra à se tenir debout et à acquérir la marche à 5 ans. Une opération de la cataracte est alors entreprise et il acquiert à sa suite une basse vision. Il acquiert alors des rudiments d'autonomisation et de communication tactile. Lors d'un retour de vacances au Portugal avec sa mère, il subit un grave accident de la route. Polytraumatisé, il reperd la vue, subit des fractures des jambes et ne remarquera qu'avec beaucoup de difficultés. Autour de cet enfant se greffe une angoisse de mort très forte de la part des éducateurs de l'institution étayée sur l'immanence de sa mort prochaine du fait de leur connaissance d'un élément du dossier médical faisant part d'une grave malformation cardiaque. Devant l'impasse du travail institutionnel autour de cet enfant, une demande de prise en charge psychothérapeutique m'est adressée.

Comprenant que la première chose à faire pour aider cet enfant était de soulager l'angoisse de ses éducateurs, j'accepte la prise en charge et ai reçu deux fois par semaines pendant trois ans cet enfant. Devant l'absolue impossibilité de rentrer en contact verbal avec cet enfant du fait de surdité, ne pouvant utiliser la langue des signes du fait de sa cécité, seules les vibrations tactiles pouvaient permettre de rentrer en relation avec lui. Comme il ne pouvait supporter le contact manuel direct de ma main, il ne restait plus que la solution des vibrations émises à distance. La psychothérapie fut marquée par un étrange dialogue menée par l'intermédiaire d'un piano dont la clavier avait été enlevé pour ne laisser à nu que le cadre tendant les cordes. En frappant avec un maillet les cordes du piano, j'obtenais un son qui se propageait par vibrations solidiennes jusqu'au corps de l'enfant allongé dans un coin de la pièce, les mains animées de stéréotypies. Très vite, je me rendis compte que les improvisations musicales que je faisais m'aidaient à me défendre contre ma propre angoisse. Puis petit à petit, alors que ma propre angoisse était contenue du fait que je prenais plaisir à jouer et à écouter ma propre production, donc par une réassurance narcissique, je devenais alors disponible pour un contact. Simplifiant alors l'improvisation sur des formules répétitives, je commençais, sans m'en rendre compte, à les moduler sur le rythme des stéréotypies. L'une d'elles était particulièrement fréquente, elle consistait dans le choc entre des mains devant sa bouche, la main heurtée venant alors comme par propaga-

tion de mouvement heurter sa bouche dans un second choc. Puis la stéréotypie reprenait son cycle. Le commentaire musical était aisé à réaliser, et je trouvais rapidement une séquence mélodique simple où à chaque choc était associée une frappe sur les cordes. L'enfant percevait manifestement les vibrations et au fil des séances, l'interprétation musicale était attendue par lui et il manifestait du plaisir à sentir les vibrations. La thérapie s'instaura alors sur ce mode. Nous ne pouvons la décrire car la mise en mots laisse de côté l'essentiel de ce qui a pu se passer. Sur le plan du contenu, nous ne pouvons qu'évoquer que la stéréotypie du double choc suscita en moi le rappel constant de la séquentialité en deux temps de l'histoire de cet enfant : cécité, acquisition de la vision, puis à nouveau la cécité. Ce rappel m'aida à comprendre le sens d'une autre stéréotypie : il mettait de la salive sur ses doigts et en frottait ses globes oculaires, retrouvant le geste du Christ redonnant la vue à l'aveugle par sa salive, symbole de vie.

Ce type de psychothérapie présente l'intérêt de se dérouler en dehors de toutes représentations de contenu émanant de l'enfant, mais uniquement à partir d'éléments physiques, de dynamiques vibratoires, et d'affects associés, réduits à l'extrême en ces deux opposés, angoisse et plaisir. Sur le plan théorique, nous pouvons situer cette thérapie comme l'élaboration par l'enfant de la répétition d'une expérience de séparation, réalisée grâce à un espace intermédiaire, vibratoire, où pouvait se propager une réinterprétation, une « rêverie maternelle » pour reprendre le terme de Bion. Il est d'ailleurs particulièrement significatif que l'amélioration de l'état de l'enfant fut nettement sensible à partir du moment où j'assouplissais suffisamment mes propres défenses en acceptant d'improviser musicalement et de ressentir le plaisir de jouer, sublimant ainsi l'automatisme de répétition manifesté par les stéréotypies. Cependant il me paraît également important d'insister sur la complémentarité formelle des énoncés musicaux et des productions stéréotypées de cet enfant. Le lien formel entre les deux mondes, celui de ma propre rêverie, et le monde interne de cet enfant est un lien morphodynamique fait de chocs de frottements, d'éléments se scindant en deux, se refusionnant et à comme dans les notations des partitions de mu-

sique concrète⁴. En ce sens tout énoncé sonore met en oeuvre des procédures dynamiques qui sont à un isomorphisme près en analogie avec le morphodynamisme intrapsychique. La simple frappe sur les cordes du piano réalise une première discontinuité, une rupture sur le fond du silence et permet ainsi l'émergence primitive d'un récit.

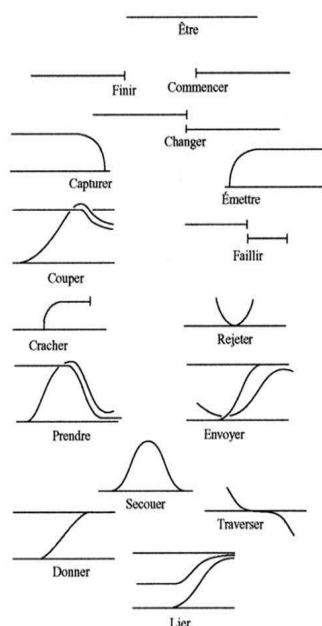


Figure 4 – Liste des morphologies archétypiques avec les protoverbes correspondants.

Technique

L'interprétation catastrophiste permet un déchiffrement des stéréotypies les plus obscures. Elle ouvre la possibilité d'adopter une position réparatrice induite par la connaissance des valences constructrices et destructrices associées aux catastrophes. La nature non verbale des graphes actanciels permet de les utiliser pour structurer des énoncés sémiotiques dont la matérialité peut être picturale, musicale ou pantomimique. On peut

systematiser le cadre technique de la psychothérapie des enfants autistes en définissant ses différentes facettes en trois temps distincts, en précisant qu'il ne s'agit pas de temps successifs, et qu'ils ne peuvent être compris qu'à l'intérieur de la temporalité d'une psychothérapie.

Le premier temps est celui de la mise en place d'un cadre stable où l'ensemble des objets présents dans la pièce où se déroule la psychothérapie sont constants de telle façon que toute utilisation et évitement de ces objets puissent être interprétés comme significatifs. Il s'agit là d'une disposition technique fondamentale, générant de façon artificielle une situation particulière favorisant l'instauration d'une démarche interprétative de la part du thérapeute. Parallèlement, le(s) parent(s) s'engage(nt) dans une démarche consultative soit auprès d'un autre thérapeute, soit avec le même thérapeute sous la forme d'entretiens parfois spontanés avant ou après les séances. Le matériel clinique recueilli lors de ces entretiens, concernant l'histoire de l'enfant, les projections et les fantasmes parentaux, participe à la construction progressive chez le thérapeute, d'hypothèses interprétatives qu'il doit techniquement considérer comme des hypothèses de travail.

Le deuxième temps est centré sur l'analyse des réactions affectives du thérapeute à la présence de l'enfant. Il s'agit pour le thérapeute de laisser venir en lui les affects et parfois les représentations issues de sa propre vie que la présence de l'enfant évoque en lui. Il est très important que les affects négatifs et les sentiments agressifs vis-à-vis de l'enfant, voire ceux ayant trait au dégoût devant l'aspect physique de l'enfant par exemple, puisse être reconnus et acceptés en tant que matériel. Il s'agit là des éléments techniques classiques de la psychothérapie analytique. Dans le cas de l'autisme, ces éléments affectifs sont à considérer non plus comme de simples éléments contre transférentiels mais comme le transfert de travail du thérapeute sur l'enfant. L'objectif technique de ce moment, le plus difficile, est celui de pouvoir « être avec » l'enfant et d'avoir du plaisir à le rencontrer à chaque séance. Ce plaisir à la rencontre sans laquelle il n'y a pas de thérapie possible est tributaire de la construction, dans l'esprit du thérapeute, de représentations imaginaires suscitées par l'enfant. Par exemple, une enfant

4. Cf. les rapprochements faits par le compositeur François Bayle [5] entre les interactions des objets sonores et les formes catastrophiques.

autiste dont le corps est totalement mou m'évoquait en séance celui d'une *acrobate* et par association me rappelait mes propres souvenirs d'enfant au cirque ainsi que les affects ressentis à la vue des acrobates. Ce souvenir heureux est réactivé à chaque rencontre avec cet enfant autiste et permet la modulation imaginaire nécessaire entre l'angoisse autistique et mes propres défenses. Une telle réactivation ne signifie pas qu'elle soit une projection de ma propre histoire sur cette enfant, mais permet au contraire une interaction imaginaire permettant la transformation de l'angoisse.

Le troisième temps est celui de l'attention à l'enfant et à son discours d'objets. Ce discours est compris dans toutes les manifestations de l'enfant, y compris celle qui sont apparemment dépourvues d'objet, comme les stéréotypies. À l'extrême, un enfant totalement immobile et prostré, énonce quand même un discours d'objet, celui de l'immobilité. Il s'agit alors de décrire en termes dynamiques, de façon intuitive, le discours physique de l'enfant et d'être attentif aux singularités topologiques des objets qu'il manipule. La lecture dynamique de ce discours permet d'en dégager une certaine intelligibilité en termes d'interactions physiques ; « il cherche les pointes », il veut « avaler », il fuit les « trous », il se « colle » au ballon. On dispose alors d'un petit nombre d'actions prévalentes que l'on retrouve dans les différentes manifestations. On a alors accès au niveau des protosymboles dynamiques qu'il convient de mettre en rapport avec le contexte transférentiel et affectif pour construire une interprétation que l'on donnera sous une forme isomorphe à celle manifestée par l'enfant mais dans un matériel différent pour ne pas susciter d'effet d'intrusion. Si le moment est bien choisi en fonction des mouvements d'ouverture et de fermeture de l'enfant, l'interprétation déclenche une modification des conduites observables. Dès lors, le thérapeute dispose d'une séquence transférentielle complète qui lui permet de reposer une nouvelle hypothèse de travail et d'avancer dans la thérapie.

Une protonarrativité ?

Les stéréotypies motrices nous permettent alors d'entrevoir, du fait de leur caractère répétitif, les formes

prototypiques de la narrativité. Elles nous montrent que la narrativité précède la symbolisation comme mise en correspondance d'un signifiant et d'un signifié. Une des interactions fondatrices de la symbolisation est ainsi observable dans le développement de l'enfant autour du neuvième mois : prise manuelle d'un objet, lèchage, déplacement vers l'objet pour sa reconquête, relâchage de l'objet accompagné souvent d'une émission de vocalises. Certains enfants autistes sont restés figés à ce stade tel le cas de l'enfant DAV. La syntaxe narrative s'enracine ainsi dans un parcours canonique autour des aléas de la conquête de l'objet et de sa perte. Chez les enfants autistes, cette syntaxe primitive est bouclée sur elle-même dans les stéréotypies motrices. Chaque stéréotypie peut être ainsi considérée comme un microrécit prototypique mettant en scène les premières relations d'objet avant toute actualisation sémique de l'objet. C'est le discours de la mère (issue de sa capacité de rêverie) qui permet à l'enfant d'investir de la figurabilité et de retenir dans le flux sémique provenant de la sensorialité les noyaux de stabilité sémantique. La fonction maturante de « rêverie maternelle » décrit par Bion peut être alors décrite comme l'investissement sémique par la mère des schémas morphodynamiques produits par l'enfant (ingestion, réjection, actions...). C'est alors cet investissement sémique qui est manquant chez l'enfant autiste, mais la composante dynamique profonde de la symbolisation est présente et elle est déchiffrable dans la structure dynamique des stéréotypies.

Références

- [1] Abraham F.D. *A visual Introduction to Dynamical Systems theory for psychology*, The Science Frontier Express Series, Santa Cruz, Aerial Press Inc, 1989.
- [2] Abraham K. « Discussion sur le tic », 1921, *Oeuvres complètes*, tome 2, Paris, Payot, 1966.
- [3] Anzieu D. *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985.
- [4] Arnaud M. « Etude des stéréotypies dans l'autisme infantile », *Psychiatrie de l'enfant*, XXIX, 2, 1986, pp. 387-420.
- [5] Bayle F. *La musique acousmatique ou l'art des sons projetés*, Symposium, Paris, Encyclopédie Universalis, 1985.

- [6] Beley A. « Aperçu séméiologique dramatique de quelques stéréotypies motrices chez l'enfant », *Annales med.*, ps, avril 1962.
- [7] Bick E. « Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training », *Journ. Psycho-Ana.*, vol. 45, part 4, 1964, pp. 558-566.
- [8] Bion W.R. *Réflexion faite*, Paris, Puf, 1967.
- [9] Bonvilian J.D, Nelson K.E « Sign Language Acquisition in a Mute Autistic Boy », *Journal of Speech and Hearing disorders*, August, vol.41, 3., 1976.
- [10] Bursztejn C., Ferrari P. « Les recherches biochimiques dans l'autisme infantile », *Autisme et Psychose de l'enfant*, sous la dir. de P. Mazet et S. Lebovici, Paris, Puf, 1990.
- [11] Chess S. « Autism in Children with Congenital Rubella », *J. of Autism Child*, 1, 1971, pp. 33-47.
- [12] Deleuze G. *Différence et répétition*, Puf, 1968.
- [13] Eichel J. « Mannerisms of the Blind : a Review of the Literature », *Journal of Visual Impairment and Blindness*, April, 1978.
- [14] Fedida P. « Auto-érotisme et autisme : conditions d'efficacité d'un paradigme en psychopathologie », *Revue internationale de psychopathologie*, 2, 1990, pp. 395-414..
- [15] Ferenczi S. « Réflexions psychanalytiques sur les tics », *Oeuvres complètes*, tome 3, Paris, Payot, 1982.
- [16] Fraiberg S., Freedman D., « Studies in the Ego Development of the Congenitally Blind Child », *Psychoanalytic study of the child* 19, 1964.
- [17] Freud S. *Etudes sur l'hystérie*, 1895, Paris, Puf, 1985.
- [18] Freud S. *Inhibition, symptôme et angoisse*, 1924, Paris, Puf, 1951.
- [19] Guiraud P. *Psychiatrie clinique*, Le Francois, pp. 106, 1956.
- [20] Gibello B. « Apport des recherches cognitivistes dans la compréhension de l'autisme infantile », *Perspectives Psychiatriques*, IV, 103, 1985.
- [21] Haag G. « Contribution à l'étude du comportement tonicomoteur et de l'activité ludique stéréotypée de jeune enfants arriérés avec des traits psychotiques et psychotiques précoces déficitaires », Thèse, Paris 1970.
- [22] Haag G. « Identifications intracorporelles et capacités de séparation », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 4-5, 38, 1990, pp. 245-248..
- [23] Houzel D. « Le Monde tourbillonnaire de l'autisme », *Lieux de l'enfance*, 3, 1985.
- [24] Kanner L. « Autistic Disturbances of Affective Contact », *the nervous child*, 2, 217-252, 1943, Traduction française dans *Neuropsychiatrie de l'enfant*, 38 (1-2), 1990, pp. 65-84.
- [25] Klein M. « Contribution à l'étude de la psychogénèse des tics », 1925, *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1982.
- [26] Laplanche J. *Vie et Mort en Psychanalyse*, Paris Flammarion, 1970.
- [27] Laplanche J. « Nouveaux Fondements pour la Psychanalyse », Paris, Puf, 1987.
- [28] Mahler M. *Psychose Infantile*, 1970, Paris, Payot, 1973.
- [29] Meltzer D. *Explorations dans le monde de l'autisme*, 1975, Paris, Payot, 1980.
- [30] Mises R. et coll. « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », *Psychiatrie de l'enfant*, XXXI, 1, 1988, pp. 67-134.
- [31] Mottron L. « Recouvrements et incompatibilités entre René Thom et Jacques Lacan », *Littoral*, 18, 1986, pp. 135-155..
- [32] Pankow G. « L'importance du concept de la forme dans l'approche de la psychose », *L'information psychiatrique*, Vol 60,2, 1984, pp. 131-138.
- [33] Pinol-Douriez M. « Emergence des représentations et régulations épigénétiques chez le nourrisson », *Confrontations psychiatriques*, 27, 1986, pp. 89-110.
- [34] Ornitz E.M. « Neurophysiology of Infantile Autism », *J. am. Acad. Child Psychiatry*, 24, 1985, pp. 251-262.
- [35] Petitot-Cocorda J. *Morphogénèse du sens*, Paris, Puf, 1985.
- [36] Petitot Cocorda J. *Physique du sens*, Paris, Editions du CNRS, 1992.
- [37] Popper K. *La logique de la découverte scientifique*, 1959, Paris, Payot, 1973.
- [38] Porte M. « Procession et dynamique réalistes du signe », *Revue internationale de psychopathologie*, 2, 1990, pp. 503-517.
- [39] Propp V. *Morphologie du conte*, 1965, Paris, Seuil 1970.
- [40] Ramos O. « Le syndrome de Rett », *ANAE* vol 1.2, 1989, pp. 66-69.
- [41] Roschke J., Basar E., « The EEG is not a Simple Noise : Strange Attractors in Intercranial Structures », *Chaos in Brain Function*, Londres, Springer-Verlag, 1990.

- [42] Rosolato G. « L'Ombilic et la relation d'inconnu », *La Relation d'inconnu*, Paris, Gallimard, 1980.
- [43] Sakuma Moto M.D « A comparative study by the behavioral observation for the stereotypy in the exceptional children », *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, Vol 29, 4, 1975.
- [44] Spitz R. *De la naissance à la parole*, Paris, Puf, 1965.
- [45] StockøW. « Sign Language Structure : an Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf », *Studies in Linguistics* , Occasional Papers, 1960.
- [46] Tesnière L. *Éléments de syntaxe structurale*, Paris, Editions Klincksiek, 1982.
- [47] Thom R. *Modèles mathématiques de la morphogénèse*, Paris Christian Bourgois, 1980.
- [48] Thom R. *Apologie du logos*, Paris, Hachette, 1990.
- [49] Tustin F. *Autisme et psychose de l'enfant*, 1972, Paris, Collection Points, Seuil, 1977.
- [50] Tustin F. *Le trou noir de la psyché*, 1986, Paris, Seuil, 1989.
- [51] Vernon M. « Usher Syndrome - Deafness and Progressive Blindness, Clinical Cases, Prevention, Theory and Literature Survey », *J. chron. Dis.*, Vol. 22, 1969, pp. 133-151.
- [52] Virole B. « Morphogénèse des stéréotypies motrices dans l'autisme infantile », *Sémiotiques*, 3, 1992, pp. 31-62.

Pour citer ce texte :

Virole B., (1995) *Sciences cognitives et psychanalyse*, Presses universitaires de Nancy, ISBN 2-86480-797-7, 1995, pp. 183-205.

Virole B., [https ://virole.pagesperso-orange.fr/cycle.pdf](https://virole.pagesperso-orange.fr/cycle.pdf) (1995-2022).

Virole B. « Morphogénèse des stéréotypies motrices dans l'autisme infantile », *Sémiotiques*, 3, 1992, pp. 31-62.