



Différence entre autisme et “ psychose infantile ” :déficits d’unité vs d’identité de la situation ?

Clément de Guibert, Laurence Beaud

► To cite this version:

Clément de Guibert, Laurence Beaud. Différence entre autisme et “ psychose infantile ” :déficits d’unité vs d’identité de la situation ?. La psychiatrie de l’enfant, 2005, 2 (48), pp.391-423. halshs-00343521

HAL Id: halshs-00343521

<https://shs.hal.science/halshs-00343521>

Submitted on 1 Dec 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Différence entre autisme et « psychose infantile » : déficits d'unité vs d'identité de la situation ?¹

De Guibert Clément^{2,3,4}, Beaud Laurence^{2,5}

Résumé :

Bien que nosographiquement aujourd'hui invisible et diluée dans le « spectre autistique », la distinction entre autisme de Kanner et « psychose infantile » (ou prépsychose) est pourtant cliniquement attestée et régulière. Il apparaît donc nécessaire, indépendamment de la question de l'étiologie, de comprendre l'opposition entre ces deux troubles et d'en préciser les manifestations cliniques spécifiques respectives. À partir de l'analogie avec deux types distincts d'agnosie, nous présentons ici, dans cette première étape, l'hypothèse qu'il s'agit de deux troubles respectivement de *l'unité* et de *l'identité* de la situation vécue (corporelle et environnementale).

Le déficit d'unité dans l'autisme atteint la délimitation des aléas de l'expérience et se traduit par le symptôme « négatif » (ou déficitaire) de l'isolation ; la préservation de l'identité se manifeste elle par le symptôme « positif » (ou compensatoire) de l'immuabilité, autrement dit d'une identité excessive. L'événement, interne ou externe, n'est plus appréhendé dans sa complexité ou dans son aspect cohésif, mais seulement dans sa cohérence.

Dans la « psychose infantile », inversement, le déficit atteint la discrimination des variations de l'expérience vécue et se traduit par le symptôme négatif de la confusion ; le maintien de l'unité se manifeste lui, « positivement », par un envahissement et une fusion / fragmentation, autrement dit par une sur-efficience de l'unité. La situation n'est plus appréhendée cette fois comme homogène ou cohérente, mais seulement dans sa cohésion.

La discussion clinique et critique de cette hypothèse prend appui sur les propositions analogues d'auteurs d'obédiences théoriques différentes tels que M. Malher, F. Tustin, U. Frith et, particulièrement, M. Lemay dont les propositions récentes de troubles respectifs de l'intégration et de la modulation semblent proches de nos propres hypothèses.

Mots-clés : autisme, autisme atypique, psychose infantile, isolation, confusion, modulation, intégration, marqueurs spécifiques.

¹ Nous remercions vivement le Pr M. Lemay pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail, les remarques qu'il a faites sur les propositions qu'il contient, ainsi que pour sa participation à une séance du LIRL où ces questions ont été abordées.

² Dptmt Sciences du langage, Université Rennes II, Place Le Moal, 35043 Rennes Cedex ; L.I.R.L. (Laboratoire Interdisciplinaire de Recherches sur le Langage) composant du L.A.S. (Laboratoire d'Anthropologie et Sociologie, EA 2241). Contact : clement.deguibert@uhb.fr

³ Consultation Langage, Centre de Référence pour les Troubles Sévères du Langage (Dr C. Allaire) ; Service de Médecine physique et de Réadaptation de l'Enfant (Dr. B. Pialoux), Centre Hospitalier Universitaire, Rue H. Le Guillou, Rennes Cedex 9.

⁴ Service de Neurologie (Dr.T. Anani), Centre Hospitalier, BP 23, 56036 Pontivy.

⁵ Equipe Sémiologie des Expressions Autistiques, coord. J.-M.Vidal, CHS G. Régnier, Rennes, composante du LEAPLE (Laboratoire d'Etude de l'Acquisition et de la Pathologie du Langage chez l'Enfant), UMR 8606.

Title : Difference between Kanner's autism and "infantile psychosis" : disorders of unity vs identity of situation ?

Summary :

Although today invisible and dilute into the "autistic spectrum", difference between Kanner's autism and "infantile psychosis" (or "prépsychose") is however clinically certified and regular. Therefore it seems necessary, irrespective of the question of etiology, to understand the opposition between these two disorders and to state more precisely their respective and specific manifestations. From the analogy with two separate kinds of agnosia, we present here in this first step the assumption that they consist in disorders of, respectively, unity and identity of the lived situation (corporal and environmental).

Unity's disorder in autism seems to impair the delimitation of experiential hazards and shows itself in "negative" (or deficient) symptom of isolation ; preservation of identity shows itself in "positive" (or compensatory) symptom of sameness, meaning excessive identity. Event, internal or external, is not considered in its complexity or cohesiveness but only in its coherence.

In "infantile psychosis", inversely, the disorder impairs the discrimination of experiential variations and shows itself in "negative" symptom of confusion ; preservation of unity shows itself, in the other hand, positively, in invasion and fusion / fragmentation, meaning excessive unity. The situation is not considered this time like homogeneous, coherent, but only in his cohesiveness.

Clinical and critical discussion of this hypothesis is supported on analogous propositions of authors of different theoretical approaches, like M. Mahler, F. Tustin, U. Frith and, particularly, M. Lemay : his recent proposition of respective disorder of integration and modulation seems to be close to our.

Key-Words : autism, atypical autism, « infantile psychosis », isolation, confusion, integration, modulation, specific symptoms.

Introduction

La différenciation entre autisme de Kanner et « psychose infantile », auparavant classique en psychiatrie et régulièrement attestée en clinique, s'est dissolue jusqu'à disparaître de la plupart des travaux, classifications et conceptions actuels ; les notions de « spectre autistique » ou de « troubles envahissants du développement » ne prennent ainsi plus en compte l'ancienne « psychose » ou prépsychose infantile qui n'apparaît plus comme syndrome spécifique dans les classifications internationales (DSM IV ou CIM 10). On peut trouver surprenante cette disparition quand l'expérience clinique montre pourtant de manière régulière des tableaux cliniques bien spécifiques et autonomes (Cf. p.e. Lemay, 2003 ; 2004).

Le terme d'autisme renvoie ici, dans un sens restreint, au syndrome, profond ou léger, décrit initialement par L. Kanner (1943) et caractérisé schématiquement par les symptômes cardinaux d'isolement et d'immuabilité. Le terme de « psychose infantile », utilisé ici par tradition et commodité et non dans une option étiologique, renvoie à ce qui est ou a été dénommé « état prépsychotique » (Lebovici et McDougall, 1960), « dysharmonie psychotique » (Misès, 1977 ; Misès *et al.* 2000), « psychose symbiotique » (Mahler, 1973), « psychose confusionnelle » (Tustin, 1986), ou, enfin, « autisme atypique avec envahissement par l'imaginaire » (Lemay, 2004). Schématiquement, contrairement à l'autisme, ce sont la confusion et la fragmentation qui sont manifestes.

Cette distinction clinique est remise en valeur notamment par les travaux de M. Lemay qui, à partir de son expérience clinique, différencie nettement l'autisme de Kanner — qu'il nomme « autisme typique » — et ce qu'il préfère nommer, pour éviter à juste titre le terme de psychose, « autisme atypique avec envahissement par l'imaginaire ». M. Lemay propose des hypothèses explicatives distinctes sur la nature des troubles : celles, respectivement, d'un trouble de *l'intégration* et d'un trouble de la *modulation* (des informations affectives, cognitives et symboliques issues du sujet ou de l'environnement).

De notre côté, nous avons été amenés à réinterpréter cette opposition clinique, dans une contribution antérieure plus générale (de Guibert *et al.*, 2002) à partir des essais nosographiques de Tustin, puis du travail de M. Lemay. Selon nos hypothèses de compréhension des deux syndromes — indépendamment de la question de l'étiologie —, si les deux troubles manifestent un déficit de la situation vécue (de la permanence et de la constance du sujet et de l'environnement au-delà des aléas internes et externes), le trouble autistique concernerait *l'unité* et la cohésion de la situation (celle-ci étant appréhendée en « îlots », par fragments isolés) ; alors que la « psychose infantile » serait un trouble de *l'identité* et de la cohérence de la situation (appréhendée de manière cette fois confuse et dispersée).

Cette hypothèse de déficits de l'unité vs identité de la situation nous semble faire écho aux propositions de M. Lemay. Cette congruence relative nous semble donc pertinente à développer et préciser ici, la mise en rapport des deux démarches semblant pouvoir aboutir à des enrichissements réciproques vers la compréhension des syndromes autistiques et psychotiques chez l'enfant, et donc de leur prise en charge différenciée.

1. Modélisation hypothétique

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une anthropologie clinique, fondée par J. Gagnepain et O. Sabouraud (Gagnepain, 1991-1993, 1994 ; Sabouraud, 1995 ; Sabouraud *et al.*, 1963), modélisation des faits humains à partir de l'expérimentation des troubles neurologiques et psychiatriques, où la pathologie révèle le normal et permet sa modélisation (par exemple Guyard, 1999 ; Beaud et de Guibert, 2003 ; de Guibert, 2004). Il fait suite à des travaux centrés sur l'autisme de Kanner déjà menés dans ce cadre par C. Quimbert et J.C. Quentel (Quentel, 1989, 2003 ; Quimbert, 1987, 1991 ; Quimbert et Quentel, 1996).

1.1. Unité et identité des processus mentaux

L'hypothèse spécifique que nous présentons est centrée sur la différence unité / identité. Sans pouvoir en détailler ici l'origine, l'hypothèse de deux axes de définition (biaxialité) des processus mentaux, quantitatif et qualitatif, remonte à Saussure (1916) à propos du langage ; reprise par Jakobson (1956) qui l'a confrontée aux travaux de Goldstein et Luria sur les aphasies, elle a été rectifiée par Gagnepain et Sabouraud (Sabouraud *et al.*, 1963), selon l'opposition clinique entre les aphasies de Broca et de Wernicke (respectivement trouble de l'unité et de l'identité de la structuration langagière), transposée à d'autres domaines que le langage, associée à une bipolarité cérébrale (Sabouraud, 1995).

Dans notre proposition antérieure (de Guibert *et al.*, *op.cit.*) cette biaxialité a été transposée analogiquement, entre autres, aux agnosies et aux troubles développementaux de la personnalité. Comme les aphasies pour le langage, les agnosies, pour la perception, semblent se répartir en agnosie de *l'unité* (simultagnosie) et agnosie (aperceptive) de *l'identité* perceptives. Et, comme pour les précédentes, mais cette fois en ce qui concerne l'appréhension de soi et de l'environnement (la situation), les arguments sont importants pour répartir les troubles développementaux de la personnalité en trouble de l'unité (autisme de Kanner) et trouble de l'identité (« psychose infantile »).

Cette démarche peut évidemment surprendre, s'agissant d'une analogie entre des pathologies acquises chez l'adulte et des pathologies développementales ; nous pensons cependant

qu'elle est valide et heuristique à condition de ne pas y voir une identification des troubles mais précisément une transposition analogique ; les troubles en question ne sont pas de même nature, mais ils présentent dans leur rapport interne une similarité intéressante.

1.2. Unité et identité perceptives dans les agnosies

Sans pouvoir détailler l'argumentation conduisant à dissocier unité et identité dans les agnosies, nous la citons cependant rapidement, d'une part parce que les descriptions et conceptions de l'autisme sont étrangement similaires à celles d'un trouble agnosique peu connu, la simultagnosie (les termes employés pour l'un pourraient parfois être au mot près utilisés pour l'autre), l'hypothèse d'un déficit de l'unité dans les deux cas pouvant expliquer cette analogie ; d'autre part parce que le rapport entre l'autisme et la psychose infantile n'est pas sans évoquer de façon étonnante le rapport entre simultagnosie et agnosie aperceptive.

Les agnosies peuvent être interprétées selon l'angle de deux « axes perceptivo-cognitifs » pathologiquement dissociables : si se représenter la réalité consiste à définir de l'objet dans la masse de l'information sensorielle, cette configuration semble se faire sous la forme : 1. d'une unité objective (la mise en forme d'une complexité, ou d'un lien de composition de tout et parties, dans la continuité sensorielle), mise en cause dans la simultagnosie, et : 2. d'une identité objective (la mise en forme d'une homogénéité ou d'un rapport de similarité dans la variation sensorielle), mise en cause dans l'agnosie aperceptive.

Ces deux types d'agnosies de la forme sont cliniquement bien attestés, corrélés à des lésions distinctes, respectivement pariéto-occipitale et temporo-occipitale. Nous analysons ici autrement une différence présentée en neuropsychologie comme une distinction entre le « où » et le « quoi » de la perception, entre la localisation et la reconnaissance (Cf. Farah, 1990). Nous laissons d'autre part de côté dans ce résumé la question des agnosies de notion (agnosie associative et « aphasie » optique dont le rapport peut être analysé de la même manière) (Cf. de Guibert *et al*, *op.cit.*).

La simultagnosie, déficit d'unité perceptive. Le simultagnosique « identifie bien mais n'explore pas » ; plus précisément — avec des formulations qui font donc étrangement écho à des formulations quasi-identiques sur l'autisme — il manifeste une perception focalisée, par *isolation*, ne pouvant « percevoir deux choses à la fois », d'où l'appellation du syndrome. Ce type de patient achoppe sur la complexité perceptive ; devant une scène, il isole un détail qu'il identifie, qu'il perçoit comme un tout, et perd son lien à l'ensemble. Il semble ainsi ne plus pouvoir que *identifier* des éléments et rester « figé » à une identification possible — on parle de difficultés de « désengagement » —, sans pouvoir appréhender un ensemble composé et y intégrer ses éléments. Cette incapacité à percevoir les « *interconnections des attributs* » vaut « *dans la perception comme dans l'imagination* » (Luria, 1959).

— Exemples de Coslett et Saffran (1991) : 1) La patiente se plaint d'un environnement parcellaire, où elle ne perçoit qu'un seul objet à la fois ; les items paraissent isolés, elle ne peut discerner une relation sensée entre eux. 2) Devant une scène (« the cookie theft picture »), elle identifie des éléments avec une démarche pas à pas, sans percevoir leur relation (elle identifie le garçon, la fille, la chaise, mais ne peut percevoir lequel est debout sur la chaise ou lequel prend le cookie).

— Exemples de Luria (1959) : 1) [le patient doit identifier une étoile rouge à 6 branches formée de deux triangles superposés] ; Réponse : « une étoile » ; [on montre une étoile à 6 branches formée cette fois d'un triangle rouge et d'un triangle bleu] ; Réponses : « un triangle rouge », ou : « un triangle bleu ». Quand les triangles ne sont pas de la même couleur, le patient ne perçoit pas l'étoile, c'est-à-dire les triangles *ensemble* ; 2) Ce malade peut *identifier* un rectangle composé de pointillés mais ne peut *compter* les traits composants — il perd alors la « conscience de la configuration ».

L'agnosie aperceptive, déficit d'identité perceptive. L'agnosique aperceptif montre le profil clinique inverse : il « explore bien mais n'identifie pas ». Précisément, il peut composer et décomposer l'information, la grouper ou la fragmenter ; sa perception n'est pas isolée. Mais il

manifeste une perception qualitativement confuse qui ne peut établir de manière assurée la cohérence de l'information. Est ainsi typique une alternance entre un « pointillisme » descriptif, où le patient tente d'identifier des détails, et des hypothèses sur l'ensemble, sans qu'il puisse pour autant définir l'identité de l'objet. Il semble ainsi ne plus pouvoir que regrouper et fragmenter, sans qu'une homogénéité, des rapports d'identité, lui permettent d'assurer la cohérence de l'ensemble.

— Exemple de Luria (1967) : [dessin d'une paire de lunettes] : *un rond, encore un rond, des sortes de passages... sans doute une bicyclette.*

— Exemples de Cambier *et al.* (1980) : 1) [objet : marteau] : *c'est une chose de bureau, non ? C'est mince ici, quelque chose qui va en équerre... là c'est foncé, là c'est plus clair... c'est du bois, et là c'est du métal... la partie en bois c'est un manche et là c'est un outil.* 2) [briquet] : *c'est en métal blanc, ça fait à peu près 8 cm de haut, c'est épais en bas, ça s'amenuise en haut (...)* *c'est un coupe-cigare ?*

— Exemples de Humphreys et Riddoch (1987) : 1) [dessin noir et blanc : une carotte] : *le bas semble dur, les autres morceaux sont comme un plumeau. Ça n'a pas l'air logique, à moins que ce ne soit une sorte de brosse ;* 2) [photo : oignon] : *je suis perdu, ça a un morceau pointu comme une fourchette, ça pourrait être un collier.*

1.3. Unité et identité de la situation vécue dans l'autisme et la psychose infantile

Face aux observations d'autisme et de psychose infantile où l'opposition isolation / confusion du vécu est prégnante et étonnamment similaire, nous avons transposé cette biaxialité — toutes proportions gardées par ailleurs eu égard au type générique de troubles et au contexte étiologique —, à la question de la permanence et de la constance de la situation vécue.

Analogie entre agnosies et « troubles envahissants du développement »

	Trouble de l'unité (cohésion). Isolation.	Trouble de l'identité (cohérence). Confusion.
Agnosies (configuration de la forme de l'objet)	Simultagnosie : isolation perceptive (avec focalisation)	Agnosie aperceptive : confusion perceptive (avec groupement - décomposition)
Troubles envahissants du développement (configuration de la situation)	Autisme : isolation situationnelle ; appréhension parcellaire de soi et de l'environnement (avec immuabilité)	Psychose infantile : confusion ; appréhension confuse de soi et de l'environnement (avec fusion – fragmentation)

La situation : trait générique commun à l'autisme et à la psychose infantile. Ce n'est pas l'objet direct de ce travail, mais nous considérons actuellement que l'autisme comme la psychose infantile altèrent la permanence et la constance du vécu, la configuration de la situation (qui englobe donc le sujet et son environnement).

Par situation nous entendons ici la capacité d'un sujet de situer et intégrer soi-même et l'environnement par rapport au temps, à l'espace et au milieu, c'est-à-dire dans un moment, un lieu et avec un entourage. Le sujet est ainsi relativement indépendant des aléas internes ou externes, des variations corporelles et environnementales par rapport auxquelles il peut relativement poser la permanence et la constance relatives d'une seule et même situation.

La situation (ici, maintenant, soi) est ainsi normalement le point de référence — de perspective —, qui permet de centrer, de délimiter et de discriminer, le temps dans le déroulement de moments, l'espace dans l'organisation d'un lieu, le milieu dans les interactions avec un entourage.

On comprend que si la situation est indéfinie, non permanente ou inconstante dans l'unité ou l'identité de « ce qui se passe » en soi-même et dans l'environnement, l'enfant présente des difficultés à la fois dans l'appréhension de son corps et de l'environnement, de soi-même et des autres donc des interactions et de la communication, du déroulement temporel et du repérage spatial.

Unité et identité de la situation : traits spécifiques de l'autisme et de la psychose infantile.
Autisme et unité : l'autisme est caractérisé par une *isolation*, qui met en cause l'unité du vécu,

d'où une appréhension de la situation, de lui-même et de l'environnement, en « îlots » non liés, selon un constat maintenant classique : pour Kanner en 1943 déjà, la difficulté est « d'appréhender la globalité sans prêter attention aux éléments constitutifs ». L'isolation se manifeste à la fois dans ses représentations cognitives et langagières, ses actions, ses relations et ses comportements.

Plus précisément, l'autiste semble appréhender *tout*, il semble sensible à « tout ce qui se passe ». Mais ce « tout » est une totalité amorphe, non organisable en ensemble et parties, sans composition. Il n'y a pas de délimitation, donc d'unité cohésive.

C'est le caractère parcellaire, restreint, simplifié qui l'emporte. La difficulté de l'entourage tient à *inclure* l'autiste *dans* la situation, de laquelle il n'appréhende que des isolats. S'il peut ainsi accepter le changement, c'est d'une seule chose à la fois (ce n'est pas le changement en lui-même qui semble problématique, mais sa pluralité). On retrouve donc là le premier des deux symptômes cardinaux décrits par Kanner, l'isolement, repris par nombre d'auteurs sous d'autres appellations (Cf. *Infra*)..

Psychose infantile et identité : la psychose infantile est au contraire caractérisée par une *confusion*, qui met en cause l'identité de ce vécu, d'où une appréhension dispersée dans des aspects hétérogènes. L'enfant psychotique appréhende bien la situation dans sa globalité et sa complexité, mais semble appréhender lui-même et son environnement de manière essentiellement hétéroclite. Cette difficulté, nous la qualifions ici de confusion (selon le terme de Tustin, en 1986, de « psychose confusionnelle ») ; elle semble se manifester également dans ses perceptions et son langage, ses actions, ses interactions, et ses comportements.

Plus précisément, il semble que l'enfant psychotique appréhende bien les variations corporelles ou environnementales, mais jusqu'à un flottement identitaire qui l'envahit et le déborde, parce qu'il ne peut discriminer ce qui est pertinent et homogène, ce qui a des rapports de similarité, dans ces événements internes ou externes (on parle ainsi de perméabilité, ou « d'éponge »).

C'est le caractère hétéroclite, qualitativement instable, qui l'emporte, au contraire de la simplification et de la restriction de l'autiste. Si l'enfant psychotique est bien inclus *dans* la situation, c'est par contre de manière incohérente. On retrouve là le premier des symptômes caractéristiques de la psychose infantile, classiquement décrit sous les termes d'instabilité et de confusion.

Déficit et compensation. Isolation et immuabilité vs Confusion et fragmentation. Selon un phénomène habituel dans la pratique clinique, les symptômes ne sont pas seulement l'expression du déficit (aspect « négatif ») mais manifesteraient aussi les processus préservés exagérés (aspect « positif »). Le déficit d'un processus, unité ou identité, semble ainsi provoquer par compensation une manifestation « excessive » de l'autre processus. Cette hypothèse nous semble particulièrement heuristique par rapport aux couples de symptômes présentés par les enfants autistes et psychotiques dont nous n'avons cités que le premier terme.

Isolation et immuabilité dans l'autisme : l'identité ou la discrimination de l'expérience chez l'autiste semble exagérément maintenue, jusqu'à l'*immuabilité*, la stéréotypie etc., tous les comportements qui attestent une préoccupation exclusive pour la repérage de ce qui varie, le maintien à l'identique ou le changement minimal. On retrouve là le 2^e symptôme cardinal décrit par Kanner.

Confusion et fragmentation chez l'enfant psychotique : l'unité ou la délimitation de la situation est efficiente chez l'enfant psychotique, exagérément maintenue jusqu'aux vécus et jeux bien décrits de *fragmentation* (et de reconstruction), aux interactions sur le mode de l'envahissement et de la rupture, tous les comportements qui manifestent une préoccupation

exclusive pour la décomposition et la recombinaison, le lien et la séparation. On peut voir là la 2^e caractéristique de l'enfant psychotique, à savoir la fusion / fragmentation.

Proposition d'analyse des symptômes cardinaux pour l'autisme et la psychose infantile

	<i>Autisme</i>	<i>Psychose infantile</i>
Axe déficitaire ; symptôme « négatif »	Déficit d'unité et de délimitation : <i>isolation</i> (focalisation)	Déficit d'identité et de discrimination : <i>confusion</i> (dispersion)
Axe préservé ; symptôme « positif », en excès	Identification et discrimination excessives : <i>immuabilité</i>	Unification et délimitation excessives : <i>fusion / fragmentation</i>

Remarques : 1) L'isolation autistique nous semble différente de la fragmentation psychotique. Dans l'isolation, le phénomène est vécu sans lien au reste, tel un isolat ; ce n'est pas la partie d'un tout, un élément intégré dans une totalité. La fragmentation chez le psychotique (ou le morcellement, ou la dislocation etc.) présuppose une intégrité ou une globalité possible et préalable, qui est décomposée, déconstruite, reconstruite autrement. 2) La confusion-dispersion chez le psychotique est différence des variations à minima de l'autiste. L'autiste compare et/ou modifie une chose à la fois ; l'enfant psychotique semble ne pas pouvoir comparer et maintenir une identité.

2. Discussion clinique

Nous ne souhaitons pas ici discuter les vues *étiologiques* des auteurs cités, mais leur tentative de *conception* et de différenciation des deux syndromes en fonction de l'observation des comportements spécifiques des deux types d'enfants. Reprendre les classifications cliniques d'auteurs psychanalystes par exemple n'implique pas que l'on reprenne les options étiologiques de ces derniers ; ce travail de compréhension n'implique donc pas de position particulière par rapport à la question de l'étiologie.

Selon M. Lemay (2004), les rejets en bloc réciproques de l'une et l'autre des parties en cause, *fondés sur cette question de l'étiologie*, sont préjudiciables pour la compréhension des troubles et leur prise en charge. Le rejet total des conceptions dites psychodynamiques, allié à une méthodologie fondée sur des échelles type ADI (Autism Diagnostic Interview revised, Lord *et al.* 1994), sensible aux symptômes autistiques mais pas psychotiques, explique sans doute la disparition de la psychose infantile des classifications dominantes. Inversement, le rejet par les tenants de la psychanalyse de l'ensemble des travaux issus de la neuropsychologie ne semble pas plus bénéfique.

2.1. Une opposition clinique attestée et régulière.

Dans les travaux proches de la neuropsychologie cognitive, le cas de la psychose infantile est à peu près passé sous silence, ignoré ou dilué dans le spectre autistique ou les troubles envahissants du développement non spécifiques. Même un auteur de la qualité de U. Frith (1991), par exemple, se concentre aussi totalement sur l'autisme typique. C'est donc incontestablement chez les auteurs psychiatres et/ou psychanalystes et que l'on trouve mention des deux troubles et de leur rapport, avec une certaine prolifération terminologique concernant la psychose infantile.

La différenciation et même l'opposition des deux syndromes traverse toute la psychiatrie de l'enfant, souvent reprise et détaillée par les cliniciens. Selon Lebovici et McDougall par exemple (1960, pp.16-17) : « *Il est facile d'opposer deux aspects des psychoses [infantiles] (...). Tous les auteurs (...) ont finalement retenu cette dichotomie des formes précoces* ». Dans le premier aspect, la difficulté du contact et l'isolement prévalent ; dans le deuxième cas il y a « *de véritables états d'excitation dont la notion d'instabilité psychomotrice ne rend que très imparfaitement compte. Ces enfants agités et tourbillonnants racontent à qui veut les entendre et dans n'importe quelles conditions leurs fantaisies* ».

Pour de Ajurriaguera (1970), la définition des « psychoses infantiles » au sens large inclue deux versions qui s'opposent l'une à l'autre : Elles « *peuvent être définies comme un trouble de la personnalité relevant d'un désordre de l'organisation du moi et de la relation de l'enfant avec le monde environnant qui se caractérise par : — un comportement inapproprié face à la réalité : retrait de type autistique ou fragmentation du champ du réel (...); des investissements (...) insuffisants ou partiellement exagérés, trop focalisés ou éparpillés, entraînant des comportements hyper rigides ou inconsistants ; — une vie fantasmatique pauvre, ou du type magico-hallucinatoire (...); — une attitude trop abstraite ou trop concrète, astreignante (...); — une communication restreinte ou distordue (...)* ».

Si tout les auteurs reprennent le terme d'autisme pour la première version, les dénominations varient pour la seconde : Mahler (1973) oppose psychose autistique et *psychose symbiotique* ; Lebovici et McDougall parlent d'*état prépsychotique* plutôt que de psychose ou de schizophrénie infantiles, pour éviter un amalgame clinique contestable avec la psychose chez l'adulte ; Misès (1977) parle de *dysharmonies psychotiques*, le terme étant dans la classification française (CFTMEA, Misès *et al.* 2000) ; Tustin, après avoir d'abord parlé de schizophrénie infantile (1977), la dénomme *psychose confusionnelle* (1986).

Si nombre d'auteurs reprennent et précisent donc l'opposition entre les deux syndromes, le problème paraît essentiellement terminologique, la dénomination de « psychose infantile » faisant trop directement référence à la psychose chez l'adulte en suggérant une parenté cliniquement inappropriée. Mais il en est de même, à l'origine, pour le terme d'autisme, qui (contrairement à ce qu'avance O. Sacks, 1996, p.255) n'est une création ni de Kanner ni de Asperger, mais bien du psychiatre allemand Bleuler (1911) à propos de ce qu'il a appelé la « schizophrénie » (autre terme crée par lui) dont l'autisme est considéré comme étant l'un des symptômes cardinaux. Peut-être le problème n'est-il donc pas seulement terminologique mais tient-il à l'aspect protéiforme intrinsèque et spécifique à la psychose infantile ?

2.2. Syndrome autistique et syndrome symbiotique de M. Mahler

À l'époque où l'autisme décrit par Kanner commençait à être reconnu dans le monde psychiatrique, Mahler (à partir de 1952, rapporté en 1973, pp.13-14) dit avoir été convaincue que, chez les enfants psychotiques au sens large, l'autisme n'était pas « *le principal et encore moins le seul* » trait marquant, sa description se situant à la fois dans le « *prolongement* » et « *en opposition* » à la description de Kanner.

Le trait commun générique des deux syndromes selon l'auteur est l'inachèvement ou l'absence d'individuation du sujet, de la séparation différenciée entre le « sujet » et « l'objet », l'incapacité à « établir avec [l'objet humain] une interaction en tant qu'unité humaine distincte » (*op.cit.* p.14). Contrairement donc à d'autres travaux où l'autisme est la référence typique, c'est le versant psychotique, l'hypothèse d'une symbiose et d'une confusion, qui est le paradigme de référence ; Mahler s'attarde sur ce type d'enfant qui, contrairement à l'autiste, ne supporte pas, sans réactions de panique et de « désorganisation », des séparations même minimales et éphémères.

Les traits spécifiques de chaque syndrome reposent sur la prise en compte des différents « mécanismes de maintien » chez les enfants rencontrés : une « dédifférenciation » (ou « perte de la dimension animée ») dans le syndrome autistique ; une « fusion-défusion » dans le syndrome symbiotique (*op.cit.* p.58) :

Traits cliniques et hypothèses sur le syndrome autistique et le syndrome symbiotique selon Mahler (1973)

Syndrome autistique	Syndrome symbiotique
Traits cliniques	Traits cliniques
Trait le plus frappant : la « lutte spectaculaire contre toute demande de contact humain ou social ».	« Les portraits cliniques sont infiniment plus complexes, plus nuancés et plus variables ».

L'enfant « se crée un monde propre, petit et restreint ». Il y a un « contentement auto-suffisant si on le laisse à lui-même ». Sa réalité est « stéréotypée et réduite », « vécue à part de la réalité externe ». L'enfant cherche à « préserver l'uniformité » ; il montre une « préoccupation pour quelques objets inanimés ». La « conscience sensorielle » est « hautement sélective et restreinte » ; ces enfants sont « incapables de faire face à une stimulation non sollicitée et inattendue de la part du monde extérieur ». <u>Mécanisme de maintien :</u> « Dédifférenciation et dévitalisation » du self et de l'environnement. Rejet de l'objet humain réel. <u>Hypothèse</u> Fixation à un type de dédifférenciation : l'enfant « ne peut faire face à la complexité des stimuli internes ou externes qui, simultanément, menacent son existence même en tant qu'entité individuelle ».	À partir de la 2^e ou 3^e année, il y a des épisodes de « désorganisation plus dramatique » souvent reliés à des événements comme une brève séparation. Il y a une « angoisse de séparation et d'annihilation » : l'enfant a de profondes réactions de panique, une détérioration du discours, avec des « productions restitutives » qui servent à maintenir le « délire d'unité » avec le parent. Il y a une « combinaison de gestes désespérés de s'accrocher à l'objet d'amour et de s'en repousser ». <u>Mécanisme de maintien :</u> « Fusion et défusion ». « Ses mécanismes de maintien sont plus bizarres, variés et empreints de panique ». Faible différenciation des représentations du self et de l'objet. <u>Hypothèse</u> Fixation à un stade plus différencié, au stade de l'objet partiel. La représentation de la mère demeure, ou se trouve fusionnée au self, c'est-à-dire n'en est pas séparée.
---	--

Appréhension partielle et isolée / appréhension désorganisée. Il y a dans l'autisme une appréhension partielle et isolée, une « restriction » du monde et de soi-même. Dans la psychose infantile, plus « polymorphe », les comportements sont au contraire « bizarres » et « variables », « désorganisés » ; les symptômes ne vont donc pas dans le sens d'une réduction et d'une simplification comme dans l'autisme, mais dans le sens de la confusion et de la variation.

Immuabilité et angoisse de changement / Fusion et angoisse de séparation. D'un point de vue compensatoire, l'autisme manifeste une propension à « préserver l'uniformité », le maintien de l'identique, ne pouvant « faire face à une stimulation non sollicitée et inattendue » ; l'angoisse ici concerne donc le changement, l'identité de soi-même et de l'environnement. Dans la psychose infantile, il semble plutôt important de prévenir les séparations et les absences, de maintenir une globalité et un lien.

L'angoisse et les stratégies pour la surmonter sont donc différentes chez les deux types d'enfants, non pas dans leur principe peut-être mais dans leurs occasions : chez le premier elle semble concerner des modifications non sollicitées, avec une recherche conséquente d'immuabilité ; chez le second elle semble concerner des séparations non sollicitées, avec une recherche conséquente de lien, comme si l'enfant psychotique devait toujours être « contenu dans », « lié à », « dépendant de », comme s'il devait maintenir une unité, une globalité.

Remarque sur le concept d'individuation : un concept à dédoubler ? Ce concept central, à lui seul, rend difficilement compte des deux syndromes. Mahler est donc obligée de hiérarchiser les deux troubles sur une même ligne, situant nettement le trouble autistique comme un défaut d'individuation (donc une symbiose... au sens strict) et le syndrome dit symbiotique à un « stade supérieur », non sans une certaine contradiction et de manière moins claire, comme un « état moins indifférencié » mais cependant « fusionné ».

Si l'on dédouble le concept d'individuation, il nous semble que l'on gagne en clarté et en adéquation clinique. L'individuation peut ainsi être considérée (à la fois et sans hiérarchie) comme une *unité* (appréhender une situation comme une entité dont les éléments sont séparables mais liés et intégrés), et comme une *identité* (appréhender une situation comme homogène, comme une particularité constante avec des variations).

2.3. Autisme de Kanner et psychose confusionnelle chez F.Tustin

L'opposition des deux syndromes est plus nette encore telle qu'elle est présentée par Tustin (1977) qui, en outre, procède d'une manière relativement systématique en opposant deux à deux les symptômes et les hypothèses. Nous citons rapidement ici des extraits de tableaux dressés par Tustin elle-même pour mettre en valeur l'opposition entre les deux syndromes qu'elle nommera finalement autisme infantile précoce et psychose confusionnelle.

Symptômes distinctifs de « l'autisme secondaire à carapace » et de « l'autisme secondaire régressif »
(fragments de Tustin, 1977, p. 100 et suiv.).

L'autisme secondaire à carapace	L'autisme secondaire régressif
La carapace favorise une structure de caractère rigide. Dépendants de routines établies. Préservation du non changement.	La dispersion favorise une personnalité qui manque de structure, incohérente et confuse.
Les objets autistiques anormaux (mécaniques p.e.) continuent à être utilisés	Les objets transitionnels sont utilisés de manière compulsive et tard.
La séparation ne pose aucun problème (l'enfant n'a pas un regard en arrière)	La séparation est difficile (l'enfant se cramponne).
Pas de distinction entre les personnes et les choses.	Distinction confuse entre personnes et choses. Certains parlent à leurs fèces comme si elles étaient vivantes ou à des personnes comme si elles étaient des choses.
Peu ou pas d'activité fantasmatique.	Beaucoup d'activités fantasmatiques d'une nature confuse et bizarre, souvent liées à l'anatomie corporelle.
Ces enfants donnent l'impression d'être vides	Ces enfants donnent une curieuse impression
En psychothérapie, ils en viennent à un objet global plutôt indifférencié et à un objet cassé.	En psychothérapie, ils en viennent à un objet en miettes ou bizarre, des morceaux qui ne vont pas ensembles, assemblés n'importe comment.
Semblent recroquevillés sur eux-mêmes et enveloppés en eux-mêmes	Semblent s'être ouverts et éparpillés de tous côtés. Eux et les objets extérieurs, perçus comme distincts, sont enveloppés les uns dans les autres.

Symptômes distinctifs de l'autisme infantile précoce et de la « schizophrénie de l'enfant », ultérieurement « psychose confusionnelle » (fragments de Tustin, 1977, p. 140 et suiv.)

Autisme infantile précoce dans la catégorie de l'autisme secondaire à carapace	Schizophrénie de l'enfant (ultérieurement psychose confusionnelle), dans la catégorie de l'autisme secondaire régressif
Evitement de toute forme de contact avec les autres	Le contact est pathologiquement envahissant
Le regard évite les autres	Regard vague, qui ne pose pas sur les autres, semble les traverser.
Inhibition de la pensée	Confusion de la pensée
Langage mutique ou écholalie	Langage mal articulé, confus ou prolixe
« L'enfant autistique est <i>inorienté</i> , détaché, paraît se désintéresser de tout ce qui se passe autour de lui ; plutôt retiré et abstrait de son environnement qu'en contact avec lui » (citation de Rimland, 1964).	« L'enfant paraît <i>désorienté</i> , confus et angoissé ; il se montre souvent très intéressé par son environnement. Il a conscience de sa confusion » (citation de Rimland, 1964).
Pas de conscience de la séparation physique, sauf pendant de courtes périodes.	Vague conscience de la séparation physique, en permanence ; sentiment confus.
« ... des mécanismes d'enveloppement explosifs et envahissants ont persisté et sont devenus excessifs »	« ... des mécanismes d'identification projective sont devenus excessifs »
Ces enfants sont enveloppés en eux-mêmes, c'est-à-dire qu'ils ont le délire d'être enveloppés dans leur substance corporelle et dans les autres qu'ils perçoivent comme un prolongement de leur propre corps.	Mère et enfant sont enveloppés l'un dans l'autre. Par la suite, ces enfants se perdent dans la foule, si bien que leur propre identité devient incertaine. Ils deviennent ce qu'on appelle des personnalités inadéquates.

L'opposition faite par Tustin est intéressante par sa systématisme, chaque symptôme étant mis en rapport avec son équivalent dans l'autre syndrome. La plupart des descriptions de l'autisme évoquent un problème d'unité et de cohésion : « pas de conscience de la sépara-

tion » ; les autres sont « perçus comme un prolongement » ; « mécanismes d'enveloppement » ; l'enfant est « détaché et retiré ».

De la même manière, la psychose infantile est décrite dans des termes évocateurs d'un problème d'identité situationnelle : « dispersion avec personnalité incohérente et confuse » ; « confusion du langage et de la pensée » ; « bizarres et curieux » ; « objet en miettes ou bizarre, avec des morceaux qui ne vont pas ensembles » ; « identité incertaine » ; « mécanismes d'identification ». Contrairement à l'autiste pour lequel le contact est difficile, pour l'enfant psychotique au contraire le contact est de manière générale « envahissant » ; contrairement encore à l'autiste qui semble ne pas se soucier de la séparation, l'enfant psychotique la supporte mal.

Les attitudes face au changement d'un côté, et à la séparation d'un autre côté, semblent se répondre comme marqueurs spécifiques des deux troubles : l'autiste tolère mal le changement mais semble insensible à la séparation ; pour l'enfant psychotique, le changement est vécu et agit sans problème, tandis qu'il tolère mal la séparation. Ce que l'enfant reste capable d'appréhender (l'identité pour l'autiste et l'unité pour l'enfant psychotique) semble être le point de l'anxiété et du contrôle.

En marge de son essai nosographique, l'unicité problématique du concept d'individuation, et la préconception de l'éclosion de la vie psychique sur une même ligne évolutive, entraînent Tustin à énoncer ailleurs des propositions paradoxalement contraires à la clinique. M. Lemay rappelle ainsi que les fantasmes de porosité et d'envahissement corporel, que Tustin invoque étonnamment dans l'évolution de l'enfant autiste quand il rencontrerait la séparation, ne sont observables en réalité que dans la psychose infantile (Lemay, 2004, p.258). Si par contre l'on dissocie le problème de l'unité de celui de l'identité de la situation, cela explique que ces vécus de porosité ne puissent effectivement pas se manifester chez l'autiste.

2.4. Le « trouble de la cohérence centrale » de U. Frith

Pour Frith (1991), promotrice avec d'autres (Baron-Cohen et al, 1985) de la conception de l'autisme comme déficit de « théorie de l'esprit », le trouble essentiel de l'autisme (dit de « haut niveau » ou « déficitaire ») est un « déficit de la cohérence centrale », précisément un « détachement ». Ce déficit primaire a pour conséquence secondaire une difficulté à « comprendre le monde » et l'absence apparente de « théorie de l'esprit », c'est-à-dire la difficulté à attribuer et interpréter les « états mentaux » d'autrui et ses intentions.

Ce détachement consiste en un défaut « d'interprétation globale », défaut n'apparaissant pas « au niveau perceptif, où il y a effet cohésif », mais au niveau « le plus élevé », celui des « méta-représentations », de la « mentalisation » : « la capacité de mentaliser est un dispositif d'interprétation cohésive par excellence », où des « représentations complexes », de « sources disparates », « se regroupent » (Frith, op.cit, p.286).

D'un point de vue générique sur le trouble autistique. On conviendra avec Frith que le détachement ne concerne pas la perception elle-même qui, intrinsèquement, est intacte. Effectivement l'autisme n'est pas une agnosie, celle-ci pouvant être définie précisément comme un déficit d'intégration perceptive (pour la simultagnosie notamment).

La proposition d'un « trouble central de la pensée et de la cohérence, au niveau des méta-représentations » semble difficile à tenir. Cette définition peut sembler peu utilisable parce que trop indéfinie et générale ; elle est par exemple utilisée, aux termes près, pour la schizophrénie, et on pourrait également s'interroger sur la validité de cette définition pour certaines déficiences.

S'il y a un problème de cohésion effectivement, un détachement ou une isolation, la question de ce sur quoi porte cette isolation reste donc en suspens. De ce point de vue, on peut peut-être préférer la perspective des auteurs d'obédience psychanalytique, postkleiniens, indépendamment de leur position sur l'étiologie ; si c'est effectivement la cohésion qui est en

cause, il semble que cette isolation porte plus précisément sur la constitution de soi et de l'environnement, l'existence en tant qu'être délimité dans un environnement lui aussi délimité.

Du point de vue spécifique sur le trouble autistique. Frith ne considère pas la psychose infantile, qui invite à dissocier ce qui relève de la cohésion et ce qui relève de la cohérence. Si elle utilise, de fait, quasi-indifféremment les termes de cohésion et de cohérence (« *cette force de cohésion centrale* », *op.cit.* p.168 et aussi 169), c'est pourtant davantage le défaut de cohésion qui est mis en valeur dans l'autisme.

Frith formule par exemple que les autistes « *s'acquittent très bien de toutes les tâches où les stimuli doivent être isolés, ce qui favorise le détachement, et échouent dans celles où les stimuli doivent être reliés (...)* » ; ils « *perçoivent le monde de manière fragmentée, mais ils planifient leurs actions et les exécutent sous une forme tout aussi fragmentée (...)*. La taille de l'unité de base est variable (...). Ce qui est essentiel, c'est que les unités ne sont pas, en même temps, perçues comme faisant partie d'un tout » (Frith, *op.cit.*, p.169 et 193, nous soulignons).

L'analogie avec la simultagnosie et l'accent mis sur un problème d'unité sont marquants ; Ainsi également cette description par M. Lemay d'un enfant autiste léger, face à des planches représentant des scènes complexes : « *le sujet autiste s'arrêtera sur de menus détails en remarquant par exemple une minuscule tâche noire sur le dos d'un chien qui se promène dans le parc ou une brique de cheminée un peu moins bien dessinée dans la deuxième planche. En fait, avec des aptitudes cognitives différentes, le phénomène est le même [que dans l'autisme profond] : isoler un stimulus d'un ensemble puis ne plus pouvoir le relier à d'autres afin de décrire une totalité représentative* » (Lemay, 2004, p.62)

Ces mêmes termes pourraient être (et sont) employés pour décrire la simultagnosie ; la nécessité de distinguer l'autisme de l'agnosie se révèle d'autant plus cruciale que ces deux troubles ne sont pas sans présenter une analogie, que nous voyons résider dans un déficit d'unité. La mise en rapport avec des troubles de l'identité s'avère d'autant plus intéressante pour avancer dans la compréhension de chacun des troubles.

2.5. Autismes typique et atypique avec envahissement par l'imaginaire de M. Lemay

Dans le travail de M. Lemay, la précision des observations et la conception à la fois globale et différentielle des troubles dans une nosographie d'ensemble, nous semblent précieux.

Du point de vue des traits communs à l'autisme typique et l'autisme atypique. Il s'agit dans les deux cas d'une « *difficulté pour un sujet en éclosion psychique d'intégrer et de moduler de façon satisfaisante les informations affectives, cognitives et symboliques issues de lui-même ou de l'environnement* » (2004, p.384). Ces formulations de déficit en termes d'intégration et de modulation, selon l'auteur lui-même, ne lui sont pas propres et sont issues d'études sur le « traitement de l'information » propre aux autistes (cf p.e. Lelord et Sauvage, 1991, ainsi que d'autres auteurs cités par Lemay, 2004, p.271).

Par contre, alors que l'étude des déficits a été le plus souvent circonscrite aux modalités visuelles et auditives, M. Lemay met en valeur le fait que le déficit se manifeste dans « *l'ensemble les modalités des appareils sensoriels* », visuelle, auditive mais aussi labyrinthique, kinesthésique, tactile, gustative et olfactive, « *selon une intensité, une qualité et une régularité variables* » (Lemay, 2004, p.271).

Du point de vue des traits spécifiques de l'autisme typique et de la psychose infantile.

À l'opposé des autistes qui n'ont qu'une « *conscience très parcellaire de leur environnement* » et ne manifestent que de « *rare moments dramatiques de détresse* », les « *états dits prépsychotiques pour les uns, confusionnels pour les autres, semblent vouloir juguler une sorte d'hémorragie « sensitive et émotive » (...)* ». « *On peut se demander si Tustin et à la*

suite Metzler ont eu raison de mettre cet état sous la rubrique d'une forme d'autisme. Quand on vit avec de tels enfants, on découvre très vite qu'ils sont presque le contraire des états autistiques classiques » (Lemay, 2003).

« Apparemment semblables par le retrait, les intérêts sensoriels inhabituels et les formes d'expression insolites », les deux troubles sont de fait « profondément différents dans leur structure intrapsychique ». Pour l'autiste, « le corps ne semble pas pouvoir intégrer l'ensemble des éléments qui lui permettraient d'avoir une conscience globale d'exister » ; le second « se perçoit menacé par un trop plein de sensations, d'images et d'émotions qui peuvent disloquer cette totalité dont la permanence ne peut être assurée » (Lemay, 2004, p.8).

Cette opposition clinique est corrélée à des hypothèses spécifiques, respectivement troubles de l'intégration et de la modulation :

Pour l'enfant psychotique, « il n'y a donc pas comme chez l'autiste un enfermement vis-à-vis d'un seul stimulus. Il y a une pluie d'informations sensorielles qui pénètrent le sujet comme s'il était poreux et comme s'il ne parvenait pas à moduler ce flot devenu incontrôlable. Lorsque le sujet se fixe sur un détail visuel ou sur la même mélodie musicale, il n'est pas absorbé de façon inexorable par le même schème, ce que nous retrouvons tant chez les autistes habituels. Il cherche à s'absorber pour fuir un envahissement. Dans l'autisme classique, il y a un trouble de l'intégration qui s'exprime par l'incapacité de recevoir plusieurs stimuli à la fois. Dans la forme atypique il y a surtout un trouble de la modulation, le sujet ne parvenant pas à se distancier suffisamment des afflux sensoriels et émotifs pour regrouper tous les éléments dans une globalité cohérente » (Lemay, 2004, p.223-224).

L'enfant autiste appréhende donc l'environnement et lui-même en « îlots, sans pouvoir appréhender à la fois la globalité et les parties (intégration et unité) — nous retrouvons là l'isolation, le démantèlement, le détachement etc. déjà cités. Dans la psychose infantile au contraire, il y aurait un problème de triage et de filtrage (modulation et identité) des stimuli et des actions, l'enfant étant cette fois perdu et confus dans des expériences dont il a du mal à poser et maintenir la cohérence.

Si l'enfant psychotique est si préoccupé par l'éparpillement de lui-même et de l'environnement, ainsi que par leur recomposition, il nous semble que c'est parce qu'il a du mal à en maintenir l'identité ; il rassemble et décompose, globalise et détaille, mais il lui manque l'identité qui permettrait que cette globalité et ses parties soient cohérentes. Il peut élaborer de la cohésion (à strictement parler : un ensemble avec des parties liées), mais cohésion (assemblage) n'implique pas cohérence, c'est-à-dire similarité ou homogénéité des éléments et du tout (Cf « l'objet bizarre, avec des morceaux qui ne vont pas ensemble, assemblés n'importe comment » mentionné par Tustin, Cf. Supra).

Ces constats peuvent enfin être mis en parallèle avec celui de L. Danon-Boileau qui pointe également les différences interactionnelles et cognitives entre les deux types d'enfant, l'autisme se caractérisant par une exploration parcellaire (l'auteur rapprochant notamment le « démantèlement » de Metzler et la « dissociation » des auteurs cognitivistes), tandis que l'enfant psychotique est lui capable de « représentation d'ensemble » :

La différence diagnostique, « parfois difficile à établir », est « sensible dans les interactions aussi bien que dans les stratégies cognitives ». Si « l'interaction des enfants autistes est plus pauvre », surtout, « leur manière de décrocher de l'échange n'est pas la même. Pour sortir de l'échange, l'enfant autiste va tenter de se réfugier dans une activité motrice stéréotypée qui tient l'adulte à l'écart (...). Et dans la pratique du monde extérieur (...) l'enfant autiste procède par explorations méticuleuses mécaniques et fragmentaires, par différenciations aussi ». L'enfant psychotique, au contraire, « fédère les choses au gré de ses fantasmes » et semble « plus enclin à définir des associations et des identifications selon les représentations d'ensemble et la façon qu'il peut avoir d'organiser le monde au gré de ses préoccupations intérieures » (Danon-Boileau, 2002, p.32).

Nous ne pouvons ici développer plus précisément les observations distinctives faites par M. Lemay ou d'autres auteurs. Une présentation systématisée d'observations cliniques fera l'objet d'une contribution ultérieure, à partir également de notre propre pratique clinique.

Nous terminerons cette discussion clinique par les deux questions suivantes :

1) Est-ce que le trouble de l'intégration n'est pas interprétable comme l'impossibilité de délimiter la complexité de l'expérience vécue, corporelle ou environnementale, dans une unité et une cohésion où l'on puisse configurer des parties et du tout — la délimitation permettant le lien entre les éléments délimités ? Est-ce que intégration n'est pas synonyme de séparation et de regroupement ?

2) Est-ce que le trouble de la modulation n'est pas interprétable comme l'impossibilité de discriminer cette fois les aléas de l'expérience vécue dans une identité (une cohérence) où l'on puisse configurer du particulier et du différent, la discrimination permettant la comparaison ? Est-ce que modulation n'est pas synonyme de tri, de filtrage, donc de la possibilité de différencier les expériences et d'organiser une cohérence qui fait que les éléments tiennent ensemble ?

Conclusion et perspectives

Trait commun aux deux troubles. Si la nature générique des deux syndromes n'est pas l'objet de ce travail, la comparaison avec les agnosies, même si elle paraît étonnante, nous semble au final très instructive. Cette comparaison suggère une analogie, et elle contraint à préciser la nature des troubles développementaux de la personnalité.

Il est ainsi impossible, à propos de ces derniers, de parler d'un trouble de la perception ou de l'intégration et de la modulation *perceptives* — puisque ce trouble existe déjà dans l'agnosie ; il est difficile de tenir la même hypothèse pour deux troubles distincts. Tout se passe comme si l'autisme et la psychose infantile modifiaient la *manifestation* des fonctions perceptives, sans les altérer *dans leur principe*.

Les formulations sur la simultagnosie évoquent étonnamment des formulations quasi-identiques sur l'autisme, alors qu'on ne peut pourtant les assimiler. La comparaison montre deux choses : il y a quelque chose de similaire entre l'autisme et la simultagnosie, ce que nous analysons comme une perte de cohésion. Et il y a quelque chose de différent, c'est *ce sur quoi* porte cette perte de cohésion : le déficit porterait sur la configuration de l'objet pour le simultagnosique, et sur la configuration de la situation (sujet et environnement) pour l'autiste. Cela contraint en tout cas à préciser le déficit « cognitif » chez l'autiste. M. Lemay précise que le déficit chez l'autiste concerne *toutes* les modalités sensorielles ; mais on connaît aussi des agnosies *multimodales* (visuelle et auditive et tactile...) qui ne provoquent pas non plus de syndrome autistique.

Il faudrait prolonger ce raisonnement dans le domaine du langage, de l'activité et des praxies, ainsi que du comportement. Même si l'autisme comme la psychose infantile manifestent des propriétés particulières dans ces domaines (tous domaines où il semble que l'on retrouve les mêmes types de symptômes que dans le domaine perceptif, soit respectivement de l'isolation et de la confusion), il semble qu'ils ne soient un déficit intrinsèque d'aucun de ces domaines en particulier. Même s'ils peuvent être conjoncturellement associés et parfois difficiles à distinguer, l'autisme et la psychose infantile restent bien distincts de troubles développementaux comme les dysphasies, les dyspraxies et les troubles comportementaux.

La question reste donc relativement en suspens de la nature du trouble commun à l'autisme et à la psychose infantile ; s'il semble qu'effectivement ces pathologies altèrent des processus d'intégration et de modulation (ou d'unité et d'identité), il reste à préciser : intégration et modulation de quoi ?, unité et identité de quoi ? Une réponse de type « déficit de la cohérence

centrale », ou d'une manière générale de « trouble de traitement supérieur de l'information » semble peut discriminante cliniquement.

Traits spécifiques des deux syndromes. Diviser la question de la constitution du sujet et de l'environnement en deux questions (unité et intégration / identité et modulation) permet d'avancer dans la compréhension de la différence entre les deux syndromes et de résoudre des contradictions cliniques et théoriques quand on aborde le problème de façon unitaire, telle que le concept d'individuation des auteurs kleinien, de cohérence centrale chez U. Frith, voire de permanence de l'objet. C'est de frontières dont il s'agit, mais de deux natures : une délimitation et une unité (être séparé / associé) ; une discrimination et une identité (être identique / différent).

Un défaut de délimitation dans l'autisme ? De façon ultime, nous faisons l'hypothèse pour l'autisme d'un défaut de délimitation, de séparation des éléments de la situation. Tout semble se passer comme si l'autiste isole, focalise, parce qu'il est immergé dans une masse événementielle non organisée. De l'avis de la plupart des cliniciens, c'est ainsi la complexité qui lui pose problème ; tout fonctionne à peu près normalement jusqu'à ce qu'il y ait *plusieurs événements internes ou externes à appréhender ensembles et à relier*.

Un paradoxe nous paraît particulièrement intéressant : l'enfant autiste, dans l'environnement, focalise ou isole une partie ou un aspect, par exemple d'un aspect ou d'un visage, sans exploration et intégration globale ; mais, pourtant, des observations semblent montrer qu'il appréhende tout ce qui se passe :

Pour prendre un seul exemple, Guislain, 13 ans, dit à M. Lemay : « *Te regarder, c'est recevoir des centaines d'indices à la fois. C'est tellement fatigant que je préfère tourner la tête* ». Il ajoute : « *Peut-être ne le sais tu pas mais j'ai acquis la possibilité de percevoir le moindre de tes mouvements sans avoir besoin de les regarder* ». M. Lemay parle ici d'une « constante retrouvée », où les enfants autistes de semblent pas « *prêter attention à [leur] environnement, et pourtant les déplacements sont repérés. Tout se passe comme si des mouvements perçus avec acuité n'étaient pas suffisamment reliés les uns aux autres pour bâtir une structure d'ensemble décodable (...)* » (Lemay, 2004, p.56).

Donc, les événements subjectifs ou environnementaux ne sont pas ignorés, ils sont appréhendés ; mais ils sont peut-être appréhendés « en bloc », ou en « masse amorphe », inorganisés et donc non assimilables ou compréhensibles tels quels par l'enfant, qui ne peut dès lors que focaliser sur un aspect à la fois. Organiser l'événement ici serait être capable de le délimiter, de faire une unité globale avec des partiels reliés, de ne pas tout appréhender en même temps.

La psychose infantile, un trouble de la discrimination ? Par contraste, nous proposons de concevoir la psychose infantile comme un défaut de discrimination des éléments de la situation. L'enfant serait victime des variations de la situation, auxquelles il ne peut opposer une homogénéité spontanée ; la situation n'est pas organisée du point de vue de l'identité.

Peut-être peut-on cerner là aussi un paradoxe. L'enfant psychotique, comme il les intègre ou les répercute, avec le débordement observé, montre qu'il appréhende toutes les variations corporelles et environnementales ; il semble sensible à toutes les variations dont il peut se faire l'écho. Cependant, il ne peut trier, filtrer, poser lui-même une direction ou un vécu homogène, constant, stable.

Donc la variation événementielle n'est pas ignorée ; mais là encore elle serait appréhendée de manière indistincte, floue, donc non assimilables par l'enfant, qui ne peut dès lors que se perdre dans l'incohérence. Organiser l'événement ici serait être capable de le discriminer, d'élaborer une homogénéité avec des aspects similaires, de ne pas appréhender chaque variation.

Aspects positifs compensatoires : l'angoisse, et les stratégies pour la surmonter, nous semblent également différentes chez les deux types d'enfants ; chez le premier elles semblent concerner des modifications non sollicitées, avec la recherche conséquente d'immuabilité ; chez le second elles semblent concerner des absences, des ruptures non sollicitées, avec la recherche conséquente de lien ou de retrait. Il a été dit ainsi que, alors que l'autiste doit subsister et faire subsister à l'identique, l'enfant psychotique semble devoir toujours être « contenu dans », « lié à », c'est-à-dire qu'il doit maintenir une unité, une globalité.

Ainsi, les réactions d'angoisse et les tentatives de contrôle sont chez l'autiste logiquement liées à l'immuabilité et au changement, à l'identité et à la variation. Il reste donc capable d'identifier et de modifier certains paramètres de la situation, mais dans l'isolation, l'absence de vécu global.

Inversement, dans la psychose infantile, les réactions d'angoisse et les tentatives de contrôle sont logiquement liées au regroupement et à la décomposition, à l'unité et à la complexité. L'enfant psychotique peut regrouper et décomposer les paramètres de la situation, mais dans l'incohérence, dans l'hétérogénéité.

Tableau récapitulatif des hypothèses

	Autisme	Psychose infantile
Déficits spécifiques essentiels (aspect déficitaire)	<i>Défaut de délimitation de la situation (d'unité et de cohésion)</i> Il n'y a pas d'unité (pas de composition des phénomènes avec une globalité possible et des éléments composants), mais continuité ou « immersion » du vécu corporel et environnemental. L'autiste vit « tout », la totalité, sans pouvoir délimiter un ensemble et ses éléments. Ne se vit pas et ne vit pas l'environnement comme séparé et comme pouvant donc être en interaction avec le reste. Événements et expériences sont isolés, leur intégration n'est pas possible <i>Symptôme</i> : Isolation. Pas de complexité possible, la pluralité pose problème ; les éléments ne sont pas intégrables.	<i>Défaut de discrimination de la situation (d'identité et de cohérence)</i> Il n'y a pas d'identité (pas d'homogénéité des phénomènes, avec une similarité et une comparaison possible) mais une « résonance » variable du vécu corporel et environnemental. Le psychotique vit la variabilité sans pouvoir discriminer une homogénéité et des différences. Ne se vit et ne vit pas l'environnement comme particulier et pouvant donc être comparable au reste. Événements et expériences sont variables et inconstants, leur modulation n'est pas possible. <i>Symptôme</i> : Confusion. Pas d'homogénéité possible, la diversification pose problème ; les éléments ne sont pas comparables, modulables.
Compensation (aspect excédentaire)	<i>Excès de discrimination (d'identité et de cohérence)</i> Il y a identification et modification (mais, du fait du déficit essentiel, quantitativement restreintes, simples et non complexes : « un changement à la fois »). <i>Symptôme</i> : recherche de contrôle de l'identité et du changement (Immuabilité relative) ; réaction face au changement quand il est composite, complexe.	<i>Excès de délimitation (d'unité et de cohésion)</i> Il y a unification et fragmentation (mais, du fait du déficit essentiel, qualitativement indéfinies, instables : « regroupement et éclatement »). <i>Symptôme</i> : recherche de contrôle de l'unité et de la composition (intégrité du corps ou de l'environnement ; envahissement de soi et des autres) ; réaction face à la séparation et à la non planification ?

Pour conclure, il nous semble en tout cas que les concepts et les hypothèses doivent être précisément et systématiquement définis, et que c'est la condition pour qu'ils soient réfutables et rectifiables par l'expérience. Nous avons voulu aussi argumenter pour une méthode qui prenne en compte l'ensemble différentiel de pathologies mises en rapport les unes avec les autres, dans une nosographie systématique, globale et différentielle de la compréhension des troubles. La conception de l'autisme par exemple a sans doute beaucoup à apprendre de la mise en rapport avec d'autres troubles comme la psychose infantile, mais aussi les agnosies, les dysphasies, les dyspraxies etc., pour pouvoir cerner ce qui lui est réellement propre et spécifique.

L'un des intérêts de ce travail nous semble résider, à la suite des travaux de M. Lemay, dans la nécessaire (re)prise en compte de la psychose infantile. Nous rencontrons ainsi dans notre pratique au Centre de Référence pour les troubles sévères du langage, des enfants parfois adressés pour suspicion de « dysphasie », ou avec des troubles importants de l'apprentissage, qui s'avèrent de fait n'être pas dysphasiques au sens strict. Ces enfants présentent des particularités subjectives et relationnelles modérées (instabilité dans les paroles, les récits, les dessins, instabilité de l'interaction avec envahissement et rupture etc.) qui ne comportent aucun des éléments de l'autisme typique mais qui semblent bien être concordantes avec une psychose infantile « légère ». Les reconnaître comme tels permettrait d'ajuster évidemment l'aide que l'on peut apporter à l'enfant et à la famille.

Ces hypothèses de travail, qui nous semblent déjà largement justifiées par rapport aux réalités cliniques, restent encore à affiner dans des situations « expérimentales » concrètes d'observation et d'entretien, et à illustrer précisément par des observations systématisées. Nous comptons présenter ultérieurement de telles observations systématisées, à partir de notre propre pratique clinique et d'observations déjà publiées par d'autres ; nous espérons aussi que cette tentative de conception s'avère « parlante » et intéressante pour d'autres cliniciens qui puissent s'en saisir, la mettre à l'œuvre et la rectifier en retour.

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*, DSM IV, 4ème édition, Washington. Edition française, 1996, Paris, Masson.
- Asperger H. (1944). Die autistischen psychopathen im kindersalter, *Arch.Psychiatr. and Nervenkr.*, 117-136. Trad. Franç. : *Les psychopathes autistiques pendant l'enfance*, Institut Synthélabo, Le Plessis Robinson, 1998.
- Baron Cohen S., Leslie A., Frith U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind ?, *Cognition*, 21, 37-46.
- Beaud L., de Guibert C. (2003). La pathologie comme seule « exception qui confirme la règle » ? Exemple de l'autisme, *Colloque : l'exception. Entre les théories linguistiques et l'expérience*, Paris, 10-11 Juin 2003, à paraître dans *Faits de langue*, 25.
- Bleuler E. (1911). *Dementia praecox oder groupe der schizophrenien*, dans : *Traité d'Aschaffenburg*, 4. Abteilung, 1. Häfte. F.Deuticke. Trad. Franç. : *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*, Paris, EPEL, 1993.
- Cambier J., Masson M., Elghozi D., Hénin D., Viader F. (1980). Agnosie visuelle sans hémianopsie droite chez un sujet droitier, *Revue Neurologique*, 136, 727-740.
- Coslett H.B, Saffran E. (1991). Simultanagnosia. To see but not two see, *Brain*, 114 : 1523-1545.
- Danon-Boileau L. (2002). *Des enfants sans langage*, Paris, O.Jacob.
- De Ajuriaguerra J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.
- De Guibert C. (2004). Saussure, Freud, l'aphasie : d'un point de rencontre à la linguistique clinique, *Marges linguistiques*, 7-8, accès libre : <http://www.marges-linguistiques.com>

- De Guibert C., Clerval G., Guyard H. (2002). Biaxialité saussurienne et biaxialité gestaltique : arguments cliniques, *Colloque : L'hypothèse de la biaxialité*, Rennes, Juin ; paru dans *Tétra-logiques*, 15 : 225-252, Presses Universitaires de Rennes, 2003.
- Farah M.J. (1990). *Visual agnosia : disorders of object recognition and what they tell us about normal vision*, Cambridge, MIT Press.
- Frith U. (1991). *L'énigme de l'autisme*, Paris, O.Jacob.
- Gagnepain J. (1991-1993). *Du vouloir dire. Traité d'épistémologie en sciences humaines*. T 1 : *Du signe. De l'outil*, T 2 : *De la personne. De la norme*, Bruxelles, De Boeck.
- Gagnepain J. (Ed.) (1994). *Pour une linguistique clinique*. Presses Universitaires de Rennes.
- Guyard H. (1999), Introduction à la linguistique clinique, In : Giot J., Schotte J.C. (Ed.), *Langage, clinique, épistémologie ; achever le programme saussurien*, Bruxelles, DeBoeck
- Humphreys G.W., Riddoch M.J. (1987). *To see but not to see. A case study of visual agnosia*, Londres, Lawrence Erlbaum.
- Jakobson R. (1956). *Fundamentals of language*. Partie II, La Haye : Mouton. Trad. Franç. par A.Adler et N.Ruwet : « Deux aspects du langage et deux types d'aphasie ». In : Jakobson R., *Essais de linguistique générale*, Paris : Ed. de Minuit, 1963.
- Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact, *Nervous Child*, 2, 217-250. Traduction française : Les troubles autistiques du contact affectif, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 38 (1-2), 65-84, 1990.
- Lebovici S., McDougall J. (1960). *Un cas de psychose infantile. Etude psychanalytique*, Paris, P.U.F.
- Lelord G., Sauvage D. (1991). *L'autisme de l'enfant*, Paris, Masson.
- Lemay M. (2003). Sens, contresens et illusions des expressions autistiques ou le problème des évaluations, *Cahiers d'acquisition et de pathologie du langage*, 23, 29-46.
- Lemay M. (2004). *L'autisme aujourd'hui*, Paris, O.Jacob.
- Lord C., Goode G., Heemberger J., Jordan H., Mawhood L., Rutter M. (1994). Autism diagnostic interview-revised, *Journal of autism and developmental disorders*, 24, 659-685.
- Luria A.R. (1959). Disorders of « simultaneous perception » in a case of bilateral occipitoparietal brain injury, *Brain*, 82, 437-449.
- Luria A.R. (1967). *Les fonctions corticales supérieures de l'homme*, Paris, P.U.F, 1978.
- Mahler M. (1952). On child psychosis and schizophrenia : autistic and symbiotic infantile psychoses, *Psychoanalytic study of the child*, VII, 286-305, New-York, Intern. Univ. Press.
- Mahler M. (1973). *Psychose infantile*, Paris, Payot.
- Meltzer D., Bremner J., Hoxter S., Wedell D., Wittenberg I. (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot.
- Misès R. (1977). La place des dysharmonies évolutives de l'enfant, *L'information psychiatrique*, 53, 9, 1007-1017.
- Misès R., Quemada N., Botbol M., Bursztejn C., Durand B., Garrabé J., Golse B., Jeammet P., Plantade A., Portelli C., Thevenot J.P. (2000). Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50, 1-24.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993). *The International Classification of Diseases and Disorders Classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research*, ICD 10 ou CIM 10 (Edition française : 1995, Paris, Masson).
- Quentel J-C. (1989). Les psychoses infantiles : du langage à l'incorporation, *Thérapie psychomotrice*, 84, 4, 3-16.
- Quentel J-C. (2003). L'autisme au regard de la théorie de la médiation, *Cahiers d'acquisition et de pathologie du langage*, 23, 65-83.
- Quimbert C. (1987). L'enfant d'aucune culture. De l'autisme à l'asomatie, *Tétra-logiques. Enfant, langage et société*, 4, 61-98.

- Quimbert C. (1991). Un peu de préhistoire, à propos d'autisme et de psychose infantile, *Anthropo-Logiques*, 3, 59-88.
- Quimbert C., Quentel J-C. (1996). Enjeux et problématique de l'autisme. Un nouveau questionnement à partir des notions de soma et d'incorporation, *Perspectives psychiatriques*, 34, 1, 41-46.
- Rimland B. (1964). *Infantile autism*, Londres, Methuen.
- Sabouraud O. (1995). *Le langage et ses maux*. Paris, O.Jacob.
- Sabouraud O., Gagnepain J., Sabouraud A. (1963). Vers une approche linguistique de l'aphasie, *Revue de neuropsychiatrie de l'ouest*, 1, 6-13 ; 2, 3-38 ; 3, 3-38 ; 4, 3-20.
- Saussure F. (de) (1916). *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot, 1995.
- Sacks O. (1996). *Un anthropologue sur Mars*, Paris, Seuil.
- Tustin F. (1977). *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, Seuil.
- Tustin F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, Seuil.