

D'un œuf à l'autre **

*A propos de l'autisme :
la communication fœto-maternelle (utéro-placentaire),
modèle possible de compréhension de l'évolution de l'homme
et de sa psychopathologie*

Résumé. — Les auteurs sont partis d'un questionnement sur l'absence de parole dans l'autisme primaire. L'existence d'autres symptômes en des lieux du corps très marqués familialement (par l'une ou les deux lignées), la fréquence d'évocation de la part des parents de désir de mort ou de non-naissance (non-essence) sur leur enfant, le parallélisme de l'évolution de l'autisme et de la relation enfant-entourage maternant, enfin la précocité des signes d'altération de la communication du nouveau-né avec son environnement ont conduit les auteurs à analyser les modes de communication et d'échange avant la naissance. L'influence de l'expérience préhistorique (prénatale) sur l'organisation des modes de communications après la naissance est illustrée par la métaphore de l'œuf avec ses deux enveloppes : l'enveloppe charnelle et l'enveloppe représentant l'enfant désiré, sorte d'image composite issue des deux lignées, comme une seconde peau collant au « corps » en certains lieux, laissant à d'autres des aires de liberté, d'échanges. Le modèle de l'œuf, véritable grille de lecture, leur permet de rendre compte, avec un éclairage particulier, du fonctionnement de l'être humain, de ses symptômes dans ses modalités d'échange et de communication.

* Docteur J.P. BOYER, médecin-chef, et docteur M. DELWARDE, médecin-assistant, Intersecteur de Psychiatrie infanto-juvénile de la Drôme-Nord, Centre psychothérapique, 26240 Saint-Vallier.

** Ce travail a fait l'objet d'une communication le 4 juillet 1979 au 2^e Congrès d'Analyse psycho-énergétique de Cogolin.

D'un œuf à l'autre

A propos de l'autisme :

*la communication fœto-maternelle (utéro-placentaire),
modèle possible de compréhension de l'évolution de l'homme
et de sa psychopathologie*

Au cours d'une recherche menée dans le service de l'Intersecteur de Psychiatrie infanto-juvénile de la Drôme-Nord sur l'absence de parole dans l'autisme primaire, plusieurs faits ont attiré notre attention. Ils ont détourné et élargi le champ de notre étude.

— *Premièrement.* Les enfants autistes présentent, outre l'absence de parole et d'investissement du langage, d'autres zones non investies. L'organisation autistique ne peut être considérée comme un repli global de l'être, mais seulement de certaines parties importantes de l'être, qualitativement et quantitativement, tout en laissant d'autres intactes. A la notion classique de fonction, reprise par Misès (21) : « décalage progressivement évident des fonctions perceptivo-motrices et leur défaut d'investissement », nous préférons employer les termes de zones ou plages non investies de l'être. En effet, à notre sens, il s'agit moins de fonctions que de lieux du corps auxquels, entre autres, ces fonctions sont attachées. Toute capacité est inscrite en un lieu, ne serait-ce que par un manque ou un trou dans la représentation que l'individu se fait de lui-même. La fonction de la parole correspond à la zone oro-bucco-pharyngée. La voix, quant à elle, prolongement de cette zone, doit être considérée comme organe faisant partie des limites du corps, d'ailleurs le plus souvent figuré dans les bandes dessinées par une bulle, véritable pseudopode du corps.

La localisation de ces zones non investies est variable d'un enfant à l'autre et renvoie, en écho, à une sensibilité familiale. En effet, on

retrouve souvent chez d'autres membres de la famille de ces enfants des troubles d'importance diverse sur les mêmes zones, sans que seule l'hérédité puisse être inférée.

— *Deuxièmement.* Lors d'entretiens avec les parents de ces enfants psychotiques, nous avons retrouvé un refus de l'enfant tel qu'ils le perçoivent, exprimé tantôt par des désirs de mort, tantôt par des désirs de non-naissance (de non-essence), c'est-à-dire des refus : de séparation, d'individuation, d'existence de l'enfant. Il nous a semblé que désir de mort ou désir de non-naissance sont équivalents, quant à leur influence, sur l'organisation primaire de la personnalité de l'enfant. Les manques de ces enfants, leur mode de fonctionnement sont tout à fait comparables. Ces constatations renvoient aux descriptions des deux principaux types de psychoses infantiles précoces : l'autisme de Kanner (15) et la psychose symbiotique de Malher (19). Les derniers ouvrages de ces deux auteurs, publiés en 1975, confirment nos impressions. Ils dépassent en effet, l'un et l'autre, les entités cliniques qu'ils avaient décrites il y a 20 ans, pour mettre en exergue un seul type de psychose infantile précoce avec des dominances symptomatiques, allant du versant autistique au versant symbiotique.

— *Troisièmement.* Nous avons pu constater que, dans le travail thérapeutique avec les enfants autistes et leurs familles, l'évolution des uns est dépendante de celle des autres.

Lors des prises en charge en Hôpital de Jour où les rencontres avec les familles sont fréquentes, nous avons noté que les progrès ne deviennent effectifs que quand ils peuvent être reconnus, consentis, voire seulement tolérés, par tous.

— *Quatrièmement.* Dans toutes les histoires d'enfants autistes nous avons pu constater des signes d'appel très précoces :

- hospitalisations multiples dans les premières semaines de la vie ;
- refus d'aliments ou troubles majeurs de l'alimentation ;
- absence d'attitudes anticipatrices ;
- absence de sourire ;
- troubles du sommeil ;
- retard psychomoteur ;
- absence d'ajustement postural de l'enfant porté.

Tous ces signes sont à la fois révélateurs et inducteurs de distorsions relationnelles patentes entre « mère »¹ et enfant. Les parents ayant eu d'autres enfants décrivent très clairement avoir été pris dans une relation d'une nature toute particulière, se sentant à la fois acteurs et victimes. La précocité d'apparition de cette relation laisse supposer qu'elle existe potentiellement avant la naissance².

Ces diverses constatations nous amènent à formuler l'hypothèse suivante :

L'autisme infantile primaire est une façon d'être de l'enfant, qui découle d'un double processus d'enkystement : l'un partant de la mère, l'autre de l'enfant. En reprenant une image de Freud (10), nous appellerons cette organisation l'œuf, car elle peut être figurée par deux enveloppes concentriques qui enserrrent et limitent l'expansion de l'être par leur accollement sur de grandes étendues, et de localisation variable selon les cas.

Ces deux enveloppes ou limites ne sont pas propres à l'enfant autistique, ni à son fonctionnement. Tout sujet est nécessairement confronté, dès sa naissance, à ces deux enveloppes représentant, l'une lui-même, l'autre son environnement. Son évolution est fonction des rapports qui s'instituent entre elles : zones libres, accollements.

Chez l'enfant autistique, l'extrême précocité des signes, les aspects régressifs de type fœtaux, nous ont amenés, pour analyser ce qui se passe dans les premiers instants, à prendre en considération la préhistoire de chaque individu, c'est-à-dire, au-delà du voile de la naissance, la vie de l'enfant potentiel dans son œuf.

Nous aborderons ainsi les modèles d'échange de la vie intra-utérine, puis nous prendrons en considération la nature de la communication du nouveau-né avec son environnement, qui s'instaure dès la naissance. Nous pourrons ainsi dégager l'influence de l'expérience prénatale dans les modes de communication qui s'établissent par la suite (autistiques ou non).

1. Le terme mère sera employé dans le sens environnement maternel.

2. Pour mieux cerner ce que nous voulons exprimer, nous transposerons cela en langage de théâtre : une pièce, pour être jouée, doit être écrite. Mais le fait qu'elle soit écrite n'implique pas qu'elle soit jouée. L'essentiel est, dans le traitement psychothérapeutique, de repérer, puis de déjouer les « dangers » contenus dans le scénario.

Après la fécondation de l'ovule (7), la première cellule ainsi constituée chemine, tout en se multipliant, jusque dans la cavité utérine où elle s'implante et se niche dans l'endomètre préparé à la recevoir. Cette nidation est le fait de la différenciation cellulaire de l'œuf en futur embryon et en trophoblaste. Ce dernier s'avère, au début, particulièrement invasif et lytique; il deviendra placenta et annexes. Cette agression du trophoblaste va produire des réactions cellulaires de l'endomètre (la mère) pour limiter cette invasion et établir une zone d'échange. Les modifications du trophoblaste avec l'apparition, le développement et l'organisation des villosités, vont aboutir au 4^e mois à la formation du placenta (27). Tandis que la zone d'échange s'élargit avec le développement et l'expansion des lacs sanguins; la mère établit, en regard de cette expansion, une autre ligne de défense et de résistance, l'anneau fibrinoïde de Winckler-Waldeyer.

Tout au long de la vie intra-utérine, les échanges entre la mère et l'œuf, et donc le futur enfant, sont médiatisés. A aucun moment les échanges ne se sont effectués directement. Cette médiatisation s'organise progressivement et aboutit à son plus haut niveau d'élaboration lors de la constitution définitive du placenta qui produit des hormones garantissant la bonne qualité du milieu d'accueil et la poursuite du processus de vie (14). Dès lors, les échanges entre le fœtus et la mère seront essentiellement de type ombilico-placentaire. D'autres types d'échanges médiatisés apparaissent, liés à des stimuli variés: pression, audition, position... Ils enrichissent progressivement la communication fœtus-mère au cours de la gestation, mais la communication essentielle et vitale passe au travers du système utéro-placentaire par le cordon ombilical. Ces espaces intermédiaires réalisés par les lacs sanguins sont fondamentaux, car ils sont le siège des principaux échanges.

Cette communication n'est pas directe, elle se fait au niveau d'une zone intermédiaire entre la mère et le fœtus; ce sont les lacs sanguins³, espaces libres limités par des zones d'accolements ou ponts de liaisons attachant le placenta à l'utérus (26). Cette zone protectrice et filtrante conditionne la valeur des échanges qualitatifs et quantitatifs. On peut noter d'emblée l'importance des lacs sanguins comme aire transitionnelle, et également la nécessité des accolements qui aménagent les lacs. La proportion des uns par rapport aux autres garantit la stabilité du système mère-œuf³, permanent et suffisant. Un tel mode d'échange,

3. Fœtus et annexes.

soutien premier de la vie, réalise l'expérience princeps, premier modèle de communication. Dans tous les cas, c'est la fin du cycle vital du placenta qui provoque le début du travail « spontané », menant à l'accouchement-naissance. Ce sont ces phénomènes de décollement du placenta qui provoquent les premières contractions.

La naissance, marquée par le cri de l'enfant qui sort « brutalement » du ventre de sa mère, fait perdre au fœtus deux modes de relation médiatisée : un que l'on a décrit ombilico-placentaire par aire intermédiaire ou transitionnelle ; l'autre, médiatisé par le liquide amniotique contenu dans l'œuf (membranes) qui lui sert d'amortisseur (protection-tampon) et qui est modifié par les mouvements et le développement de l'utérus. Si, visiblement, cet enfant sort du ventre de sa mère, pour être plus précis il faudrait dire qu'il sort de son œuf qui, lui-même, sort de l'utérus. Deux faits marquent la naissance : la sortie de l'œuf et la perte du placenta.

On comprend que bon nombre d'auteurs et de praticiens aient insisté sur la violence que représente ce passage d'un milieu protégé à un milieu agressif et stressant, d'une communication médiatisée et protégée à un échange apparemment sans filtre ni amortisseur.

— Qu'advient-il de ce fœtus devenu bébé par le passage de l'eau à l'air, du « silence » au « cri », d'un espace « limité » à un milieu « ouvert » ?

— Quel type de communication se substitue au modèle prénatal pour que la vie se poursuive après la naissance ?

— Comment s'organisent ses échanges (communications), donc, ses défenses et protections ?

L'enfant, par son irruption dans le réel, s'implante dans un environnement préparé à le recevoir du fait du manque, du vide, créé par l'accouchement et qu'il comble dans l'imaginaire. C'est parce que cette femme qui devient mère n'est plus occupée dans son corps par cet enfant, qu'elle aspire à s'occuper de lui le plus harmonieusement et pleinement possible, d'où l'interdépendance des premiers moments de la vie, créée par le besoin réciproque d'entourer et d'être entouré.

Pour que la vie se poursuive, la dépendance est nécessaire, donc, la séparation : on ne peut être dépendant que si on est séparé. Un espace est donc indispensable pour garantir le lieu de l'échange.

Quelle sera la nature de l'espace permettant l'échange ? Si on parle d'échange, il convient de préciser quels en sont les termes ; d'un côté, l'enfant, de l'autre, ou plus exactement autour, la mère, c'est-à-dire l'entourage maternant. L'enfant réel est représenté par son enveloppe charnelle ; ce qui l'entoure et le limite est représenté par la projection de l'image de l'enfant fantasmé, sorte de composition collective issue de l'histoire de deux familles, lieu d'intersection des deux lignées avec leurs représentations et leurs signifiants qui s'excluent ou s'additionnent.

Cet enfant fantasmé, lieu des désirs parentaux, peut être représenté comme une seconde enveloppe (seconde peau) produite par l'entourage.

Il semble que l'espace imaginaire, intermédiaire entre les deux enveloppes, soit le nouveau lieu de l'échange entre l'enfant et la mère. Il est le substitut des lacs sanguins placentaires, espace entre fœtus et utérus.

En poursuivant la métaphore, et afin de rendre compte de nos observations, il existe deux feuillets :

- un feuillet interne : l'enveloppe charnelle, corps propre du sujet ;
- un feuillet externe, sorte de calque juxtaposé au corps de l'enfant naissant.

Quels peuvent être les rapports entre ces deux feuillets dans l'évolution et le développement de l'enfant ?

Cette évolution et ce développement se font harmonieusement ou sont arrêtés et limités dans certains domaines ou champs, en fonction du désir des parents, représentant à la fois l'influence socio-culturelle⁴ et l'histoire des deux lignées. Cela peut être représenté par un dessin du feuillet externe plus ou moins accolé, ou, au contraire, décalé par rapport au corps propre avec des zones souples, et d'autres plus ou moins rigides.

Ce schéma renvoie aux notions winnicottiennes de « mère suffisamment bonne » (37-40), c'est-à-dire avec une certaine « désadaptation aux besoins », permettant les progrès de l'enfant et l'expression de désirs. De même que le contenant utérin se développe et s'adapte en faisant espace au fur et à mesure que l'œuf et son fœtus « poussent », le calque parental environnemental devrait laisser « idéalement » un espace

4. Selon les cultures, on peut trouver des capacités particulièrement développées que l'on nomme le plus souvent « dons » : acuité visuelle, équilibre, musique...

dans toutes les directions et dans tous les domaines. S'il en était ainsi, l'enfant serait sans limite.

En fait, ce calque parental, représentation des désirs familiaux conscients ou inconscients, va d'emblée limiter, voire arrêter le développement, l'expansion de certaines zones ou champs, tabous non investis ou surinvestis. Ces lieux sont déterminés par l'impression qu'imposent les messages répétés quotidiennement par l'entourage : attitudes, gestes, gênes, dégoût, détours, non-dits, expressions du visage (42)...

Ainsi, alors que le développement organique, neurologique, pourrait se faire normalement, encore que cela ne soit pas toujours le cas, l'incapacité d'investissement ou non possibilité d'expansion du calque amènera à un défaut de développement cognitif, moteur, sensoriel, psychomoteur ou affectif... Trace en sera laissée, au niveau de l'image du corps, de l'individu, résultat de la confrontation entre sa réalité et son investissement, c'est-à-dire des rapports entre les deux feuillets.

Illustrons ces propos par quelques exemples :

— Dans la *famille B.*, on retrouve une surdétermination de la zone du cavum pharyngo-laryngée chez les membres féminins des deux lignées.

Pour chacun des deux parents, leur mère s'est « tue » (décès)⁵ en donnant naissance à une fille, quand ils avaient cinq ans. Le père de M. B. s'est remarié avec une femme sourde et muette qui a eu (elle) une fille en bonne santé, après deux filles décédées en bas âge.

Les parents B. ont vécu, un certain temps, avec le père et la belle-mère de M. B. qui « leur a servi de maman » (dixit). Ils n'ont eu, pendant cette période de leur vie commune, que des garçons en bonne santé, la série des filles commençant juste après la séparation des deux familles :

- la première est décédée à quelques semaines ;
- la deuxième est sourde et muette ;
- la troisième est mutique ; elle a séjourné en institution pour sourds, puis en Hôpital de Jour ;
- la cinquième est autiste ;
- l'avant-dernière, dite normale, fait des angines à répétition et nous a été signalée par l'école comme étant fortement dyslexique.

— Dans la *famille L.*, sur une fratrie de trois, les deux garçons ont présenté un retard de marche important, l'aîné des deux ayant marché à quatre ans, le second à cinq ans. La symptomatologie des troubles a été tellement semblable, que dans les services universitaires où ils ont été examinés à plus d'un an d'intervalle, il y a eu confusion des deux enfants.

5. Importance du signifiant « tue », où, dans ce cas, taire et tuer se rejoignent dans la fonction de silence.

Bien qu'aucun élément organique n'ait été retenu, les difficultés de la marche restent importantes pour le second.

— Dans la *famille P.*, les trois enfants ont été amenés en consultation pour des retards de marche et troubles du langage.

Les tests psychologiques pratiqués sur chacun des enfants à plusieurs mois d'intervalle, ont permis de retrouver un profil psychologique superposable chez les trois enfants, avec des performances et des blocages dans les mêmes épreuves.

Ces remarques n'intéressent pas seulement les familles d'enfants psychotiques. Chaque lecteur pourra sûrement retrouver dans son entourage de multiples exemples. Il est des exemples de familles de musiciens, de littéraires ou de mathématiciens, de même que dans d'autres familles se retrouvent des traces accidentelles.

— Dans la *famille C.*, quatre des cinq enfants ont dû, à la suite « d'accidents », se faire remplacer les deux incisives supérieures, intervention que de nombreuses personnes de la lignée maternelle avaient subie.

— *M. S.* a eu, à 20 ans, une paraplégie, suite à de mauvais traitements en camp de concentration. Son père, à 20 ans, a eu une angine streptococcique et un genou bloqué. Son grand-père, à 20 ans, est tombé d'un mur et a eu une paraplégie. Son arrière-grand-père est tombé de cheval. A 20 ans, ils ont été paralysés pendant un an. Dans tous les cas, l'atteinte a été régressive, mais a laissé des traces.

— De façon moins caricaturale, *la jeune Q.* vient consulter, avec ses parents, pour des douleurs dans les jambes. Au premier entretien, la mère parle de ses propres douleurs dans les jambes, ayant débuté très tôt dans l'enfance et ayant cédé après la grossesse de cette enfant unique. De même, la mère de *Mme Q.* a eu les mêmes douleurs dans les jambes lorsqu'elle était enfant. Ces douleurs ont cédé dans les mêmes conditions, et ont repris récemment après l'ablation d'un fibrome.

De nombreux exemples peuvent également se retrouver dans la littérature. Winnicott décrit (40) un cas très comparable où le lieu d'impact est broncho-pulmonaire : la grand-mère, la mère et la fille sont alternativement asthmatiques.

L'autisme, à partir du modèle de l'œuf, correspondrait à un accolement très important, quantitativement et qualitativement, des deux feuillets, renvoyant au désir de non-essence (non-naissance) ou de mort de l'enfant. Beaucoup de parents d'enfants autistes signalent que, si l'accouchement s'est bien passé, néanmoins, ils ne se rappellent pas avoir entendu crier l'enfant.

Quand le désir de non-essence est poussé à son extrême, le calque enserme l'enfant de façon qu'aucune expansion, même respiratoire, n'est

possible, ce qui pourrait être le cas de bon nombre de morts de nouveau-nés.

Les zones touchées renvoient à ce désir, à savoir tout d'abord la zone orale, lieu privilégié au début de tous les échanges⁶ dont le prolongement humain, la parole, la voix, le langage, ne poussera pas, ou pratiquement pas dans ces cas.

Une fois défini ce que représentent les feuillets, double limitation de l'être, peau et enfant fantasmé, il nous reste à préciser ce que représentent les différents espaces limités par ces feuillets.

Un premier feuillet, dit interne, enveloppe charnelle qui limite et dessine le corps propre du sujet, fait partie du registre du réel. Entre les deux feuillets, c'est-à-dire entre le feuillet limitant le réel et celui dessinant l'enfant fantasmé, il existe un espace que l'on peut désigner comme potentiel, puisqu'il sépare le réel du moment, de l'expansion possible (potentiel de l'être), donc, de l'imaginable. En fait, ce cas répond à la définition de l'espace potentiel de Winnicott (37-40) : aire transitionnelle⁷ ne faisant partie ni de l'enfant ni de la mère, et pourtant, étant propre à l'enfant et représentant (rappelant) la mère, tout comme son modèle antérieur les lacs sanguins placentaires que nous considérons comme première aire transitionnelle⁸.

Au-delà du deuxième feuillet, on entre dans le domaine des objets externes, donc, des objets symbolisables. C'est, en effet, au travers du filtre imaginaire que les objets externes peuvent être imaginés, réinventés, et, par là, symbolisés, créés.

Cet espace intermédiaire transitionnel ou potentiel entre les deux feuillets est variable d'un individu à l'autre, tant en ce qui concerne les différents lieux du corps intéressé que l'étendue des zones libres ou accolées. Les zones accolées représentent les lieux de butées du développement « naturel » de l'enfant, confronté et limité au/par le calque parental, appelé familièrement moule ou creuset. Ces butées, que nous désignons comme lieu d'accolement des feuillets, correspondent à des potentialités non exprimées, et donc, refoulées. Ces lieux de refoulement sont désignés très tôt par des messages émis par l'entou-

6. On retrouve, dans la quasi-totalité des autismes primaires, des troubles de l'alimentation.

7. Espace du jeu, de la culture, de la création imaginative.

8. On peut considérer le placenta comme premier modèle d'objet transitionnel.

rage : attitude, ton de voix, expression du visage (42)... vis-à-vis de certains lieux signifiants.

Les troubles psychomoteurs chez l'enfant sont des exemples illustrant à merveille le non-investissement de certaines zones.

— Ainsi, *J.Y.* s'est arrêté de marcher sans raison organique apparente (de très nombreux examens ont été faits), le jour où son frère est rentré, sur ses pieds, d'une maison de rééducation fonctionnelle où il était parti pour troubles psychomoteurs importants l'empêchant de marcher.

— *J.D.* a eu sa première dent et a marché à deux ans et demi. A l'âge de trois ans et demi, il est capable de monter et descendre des pentes très abruptes, mais trébuche dès qu'un petit obstacle est sur son passage, exactement comme si l'investissement de ses jambes s'arrêtait aux chevilles.

D'autres enfants psychotiques, au cours de psychothérapies, ont parlé d'enfants sans bras ou d'enfants sans jambes. Le jeune *D.L.*, cité plus haut, parle de lui-même en disant : « il a pas de jambes, il est fou ». De même, il parle de jambes en papier (pas-pieds).

L'aplatissement du registre imaginaire ou accolement définit les lieux de sensibilité, lieux de symptômes, donc, de non-représentation ou d'absence de signifiant. Gisèle Pankow (24-25) articule tous ses travaux sur les psychotiques autour de l'inscription au niveau de l'image du corps, de parties manquantes de la famille, non représentées, car non imaginables, c'est-à-dire non habitées consciemment et affectivement par l'individu (nous reviendrons sur cette notion plus loin). Des manques de représentation aussi nets relèvent de refoulements ou d'accolements très précoces et importants, souvent du registre de la psychose. Cette définition renvoie à la notion désormais classique de forclusion, définie par Lacan (16). D'une façon générale, l'organisation de cet espace avec ses îles, ses rétrécissements, dessine ce que l'on pourrait appeler une mosaïque.

Cette mosaïque est une sorte de carte d'identité du sujet, où sont portées les marques de ses ascendances. Les zones « libres » qu'on peut dire dans une transposition optique, claires, transparentes, sont lieux de plus grande communication. Les affinités entre personnes correspondraient à des zones identiques en lieux et en teintes, donc, privilégiant les mêmes canaux de communication.

Les zones accolées, zones d'ombres, sont les lieux du refoulé, et donc, de ce qui ne peut être représentable ou signifiable, zones

de silences, dites souvent de méconnaissance de ce qui ne peut être symbolisable par le sujet.

Cela n'est pas sans nous évoquer la description de la cuirasse caractéristique de W. Reich (29-30), ainsi que le repérage des zones de tension que font les néo-reichiens, en mettant en évidence les variations d'intensité et d'épaisseur qui existent dans ce halo d'énergie bleue organomique qui entoure l'individu.

Dans *L'ombre et le nom*, M. Montrelay (22) décrit, en parlant d'organes et non de zones, ce qu'il peut en être de leurs rapports topiques : « l'organisation propre à l'organe, immuable, ordonne la réalité selon une topologie rudimentaire, instaurant entre certains points du temps et de l'espace une continuité, des liaisons entre d'autres points, des coupures — des trajectoires impossibles — surfaces au sens topologique, définies comme un ensemble de parcours limités par des coupures », et elle termine par : « il n'y a pas de voie linéaire dans l'inconscient ».

A notre sens, il existe en effet une continuité ou des voies de communication entre les zones libres, de même qu'entre les zones accolées, lieux de refoulement.

L'angoisse, dans cette métaphore, s'exprimerait par un rapprochement des deux feuillets, comme une rétraction mettant sous pression des espaces libres. Si cette angoisse est trop importante, le rapprochement devient accollement, et l'angoisse se métabolise en ce lieu en se liant au corps en symptôme. Dans certains cas de grande angoisse, des personnes très perturbées, ayant des zones d'accolement très importantes, ressentent une impression de morcellement de leur corps. En effet, les zones libres, sensibles et « conscientes », sont alors coupées les unes des autres.

Tout travail psychothérapique consistera à trouver une aire de jeu, donc de liberté, commune à la personne et à son thérapeute. C'est aux limites de cette aire, donc, sur les bords et les contours de ces surfaces accolées que se fera le travail de décollement des deux feuillets, que ce soit par un travail privilégiant le corps, les affects ou le verbe. C'est au niveau de ces lignes, de ces bords, que ça parle en souffrances, en symptômes, en rêves ou par effleurement, de la chaîne associative. On peut noter, au cours d'un travail d'analyse ou de psychothérapie, des glissements de signifiants (sensations, sentiments, préoccupations, associations signifiantes...) qui suivent les bords, d'une zone à l'autre.

Ils permettent de repérer des parcours spécifiques à chacun. La praxis de l'analyse psycho-énergétique met plus spécialement en évidence ces trajectoires, particulièrement au niveau du vécu corporel (1).

Lors d'un travail de décollement, les analysants ont une impression de liberté, qu'il s'agisse d'un travail sur un feuillet, ou sur les deux au cours de thérapies familiales. Si ce décollement est effectif, cette impression s'accompagne de ce qu'on pourrait nommer une (ré)habitation⁹ de ces zones, (ré)occupation, (re)prise de possession, de fonction, de possibilité, et dont le plus manifeste est la (re)sensibilisation de ces lieux du corps, (re)sentis comme vivants et affectisés. Des (ré)aménagements au niveau corporel du sujet ne sont pas rares à ces moments-là, et sont marqués parfois par des manifestations inhabituelles (picotements, chaleur, fourmillements...) pouvant inquiéter.

Ainsi, au cours du travail, M.C., qui avait « refoulé » toute la partie inférieure de son corps, se met à ressentir brutalement des fourmillements, l'envahissant de la taille vers les pieds, entraînant un sentiment très mêlé de plaisir et d'inquiétude. Cet exemple est typique d'une réhabitation et d'un investissement véritable, résultat du défoulement¹⁰ de la représentation racornie. Le plus souvent, ces manifestations sont plus progressives et plus discrètes.

Il va de soi qu'au niveau d'un travail psychothérapique avec des enfants autistes et leur famille, ce travail de décollement doit se faire sur les deux feuillets. Une négligence ou une distanciation des rapports des relations avec les parents risque fort d'aboutir à la rupture.

Lors de certaines expériences psychédéliques, il est net que la levée des défenses amène une communication anarchique entre les zones libres, lieu de la conscience, et les zones « libérées par la drogue », ce qui produit, à l'état de veille, des expériences oniroïdes pseudo-déliantes. Le manque d'accolement se traduit par un manque de repères, donc, d'assises pour l'organisation de la personnalité.

Dans certaines périodes de très forte tension, à la suite d'un épisode traumatique, déclenchant, ou même au cours d'une psychothérapie, lorsque la traction (tension) est trop forte sur les deux feuillets, il peut se produire comme une déchirure ou un trou dans la représentation de l'enveloppe de l'être, ce qui renvoie à un double fantasme : l'ouver

9. Habitation, dans le cas de la psychose.

10. Défoulement : libération de processus préalablement inconscients (*Petit Robert*).

ture sur l'univers avec l'angoisse d'être envahi par l'environnement, et l'image de l'ombilic ouvert que l'on retrouve dans les dessins des enfants psychotiques (36), ombilic laissé ouvert au désir d'une illusoire communication directe entre la mère et l'enfant.

L'oubli du placenta ou de l'œuf en tant qu'entité, c'est maintenir l'« illusion d'une fusion, confusion originelle, et d'une complémentarité parfaite qui se ferait sous le signe de quelque primary love » (33). Ce qui revient au rejet primordial d'un des signifiants fondamentaux : l'autre, le père, le nom du père, preuve de la séparation et de la non-continuité par placenta interposé. C'est ce que Lacan appelle la « forclusion du Nom du père » (16), et c'est cette illusion qui amène l'enfant psychotique à laisser dans son corps, au lieu même de l'abouchement ombilical, une béance, une perméabilité (déli de la réalité), pour poursuivre une communication ombilicale aux dépens d'une communication symbolique par la voix.

Cette « forclusion du Nom du père » correspond, dans notre essai de modèle, à l'exclusion de la lignée paternelle dans la composition du calque. L'enfant désiré par la mère aura, dans ce cas, la forme de celui qui poursuit l'illusion d'une fusion, confusion utéro-fœtale, c'est-à-dire voué à très peu d'expansion.

Les hallucinations et le délire, dans la psychose, sont une tentative de guérison. Toute la production psychotique consiste, à notre sens, à boucher, à recouvrir le trou avec le matériel inconscient qui échappe par cette faille située en bordure.

Des entretiens réguliers et assez fréquents avec des parents sur ce qui se passe dans la relation avec leur enfant psychotique, nous permettent de mesurer l'importance des variations émotionnelles très grandes qui peuvent survenir à l'occasion des progrès même mineurs, donc, de tension entre les deux feuillets. Ainsi a-t-on vu les parents de J.R., cité précédemment, retirer brutalement leur enfant de l'unité de soins intensifs où une psychothérapie avait été entamée, dès qu'il a commencé à mettre un pied devant l'autre. La disparition de traces de handicap (dixit) renvoyait brutalement au père sa situation de handicapé des mains. Le décodage des signifiants et fonctions dans les échanges parents-enfant quand ils s'effectuent en laissant des possibilités, même mineures, d'expansion de l'être de l'enfant (progrès), entraîne des réaménagements parfois considérables du fonctionnement et des communications familiales.

On peut voir, au cours du travail, la modification progressive de l'image que les parents ont de l'enfant. Leur regard change, et on assiste « comme » à un défilé de calques successifs, se rapprochant de la réalité de leur « progéniture », tant au niveau de son présent que de ses possibilités à venir. L'écart d'appréciation de cette réalité entre parents et soignants s'amenuise au fur et à mesure. On pourrait dire que le décollement, au niveau de telle ou telle zone, établit une transparence de ces zones jusque-là obscures ou obturées¹¹.

Nous venons de voir l'influence du développement de la communication intra-utérine sur le développement et l'organisation des communications et des défenses de l'enfant après la naissance. Ces notions ne sont pas sans nous évoquer les travaux illustres de quelques auteurs : O. Rank (28), S. Ferenczi (9), G. Groddeck (11-12-13), A. Minkowski (20).

Plus récemment, R. Laing (17) a consacré un ouvrage centré sur la symbolique de la vie intra-utérine, qui peut être retrouvée dans les fantasmes des sujets au cours d'un travail psychothérapique. Il écrit : « Il ne me semble pas, a priori, absurde ou impossible que l'expérience natale ou postnatale soit calquée sur des structures prénatales ».

Il semblerait que l'influence de l'expérience prénatale se retrouve également au niveau des rythmes de développement. On peut, en effet, constater que le développement moyen standard d'un individu fait un saut qualitatif tous les neuf mois, ou, plus exactement, dix fois 28 jours, ou 40 semaines, amenant l'enfant à passer d'un œuf (neuf) à l'autre, comme si le temps de maturation nécessaire pour passer d'un mode de fonctionnement à un autre était de 40 semaines.

Il est évident que pendant les trois premières années de la vie, chaque jour, chaque semaine, est le siège d'une évolution importante chez l'enfant ; il n'en reste pas moins que les étapes importantes sont rythmées de façon inexorable par des multiples de neuf mois, ou dix fois 28 jours.

11. Un lieu éclairci n'en reste pas moins fragile et peut, dans certaines circonstances, être obscurci par le sujet ; les processus défensifs anciens étant alors repris sous l'effet de l'angoisse.

Ainsi, à neuf mois :

- c'est très précisément l'accès à la motricité volontaire, avec possibilité de marche par la maturation du système pyramidal amenant à la découverte et aussi à la peur de ce qui lui est étranger ;
- c'est la période de sevrage, donc, de naissance sur un environnement plus large.

Autour de dix-huit mois :

- l'enfant est capable d'anticiper et d'imaginer un mouvement ;
- c'est, pour Joffle et Sandler, l'état idéal du Self, ou point de développement ;
- c'est la naissance du « je » (cf. stade du miroir : (16).

Cette troisième naissance marque le passage entre le moteur et le représentatif (23).

Autour de vingt-sept mois :

- c'est la reconnaissance dans le miroir ;
- c'est aussi l'âge déménageur ;
- c'est le premier âge questionneur ;
- c'est la naissance du véritable langage ;
- sur le plan du langage, l'enfant est au stade de la pré-phrase et de l'association de mots.

A trois ans :

- c'est l'accession au symbolique, avec l'utilisation du « je » ;
- c'est également le deuxième âge questionneur.

Chaque étape de neuf mois marque le passage d'un « état » à un autre. Entre les deux étapes, l'enfant doit parcourir un cycle de maturation sur un modèle antérieur, avec un rythme qui lui est propre. Il est à noter, à ce propos, qu'on ne parle de retard que lorsqu'il y a une étape de retard. Par exemple, la marche s'acquiert, au plus tôt, à neuf mois. On parle de retard pathologique de la marche après 18 mois.

Cliniquement des exemples de séquences sont retrouvables, ainsi :

— *N.C.*, abandonnée à la naissance, a tenté désespérément et de façon répétitive de reproduire avec des infirmières « utérines » une situation identique. La relation dura chaque fois neuf mois, et a obligé l'infirmière, ou *N.C.*, à changer d'institution.

— De même, *P.M.*, au cours d'une thérapie familiale, a pu renvoyer sur ses parents la problématique familiale de sa psychose, après neuf mois de thérapie.

Au cours de la reconstitution d'histoire de sujets, même normaux, il est remarquable de constater ces événements cycliques.

Indépendamment des rythmes propres à chacun, la séquence des neuf mois est souvent évoquée ou réellement retrouvée comme cycle utilisé pour une gestation, quelle que soit la nature de l'œuf porté.

CONCLUSION :

Cette recherche était partie d'un certain nombre de constatations et d'interrogations sur l'autisme primaire, et plus particulièrement sur le fait que le désir de mort (Kanner) et le désir de non-naissance (Mahler) donnent un même tableau de non-essence.

Cette non-essence, avec ses aspects régressifs de type fœtal, nous a amenés à prendre en considération le développement du fœtus. Nous avons pu ainsi constater que le mode de fonctionnement et le développement du petit d'homme suivent le même modèle que celui du fœtus, les maturations successives suivant le même circuit¹² (implantation, nidation, création d'un contenant (œuf), établissement de zones intermédiaires d'échanges médiatisés). Ces différentes étapes renvoient à ce qui se décrit depuis quelques années comme besoins fondamentaux des nouveau-nés, en termes d'attachement : holding, handling, containing, version postnatale des besoins vitaux.

Ces modèles d'échanges après la naissance prennent également le modèle des échanges prénataux utéro-fœtaux, médiatisés par un espace entre le corps de l'embryon, puis du fœtus (placenta-amnios) et l'utérus.

12. Qu'il s'agisse du processus de maturation corporel, neurologique ou sensoriel.

Cet espace de communication, réel, devient, pour le maintien de la vie après la naissance, espace imaginaire ou fantasmatique. Cet espace est constitué de l'écart qui existe entre le corps propre de l'enfant et la représentation de l'enfant désiré, formation composite des deux lignées qui vient, tel un contenant imaginaire, se substituer à l'œuf-utérus.

L'espace des échanges est représenté par le décalage entre l'enfant réel et l'enfant désiré; nous avons là le passage d'une primauté d'influence du biologique au fantasmatique, et du génétique à la lignée. Les rapports des deux feuillets sont évolutifs et fonction de la maturation de l'enfant.

A partir de ces données, un certain nombre de faits prennent un sens, en particulier le lieu des symptômes et la sensibilité particulière de certains lieux dans des familles qui correspondent à l'accolement ou à la liberté plus importante des deux feuillets (corps propre et image fantasmée).

Ces faits sont le résultat de la coïncidence de nombreux facteurs génétiques, sociaux, familiaux... Un seul d'entre eux ne peut, à lui seul, les expliquer.

Le modèle de l'œuf est censé rendre compte de l'état de fonctionnement de la personne, c'est-à-dire de cette coïncidence.

Les mécanismes d'identifications primaires, secondaires, ou à un projet (6) qui rendent compte d'un certain nombre d'exemples, correspondent pour nous à des zones surdéterminées, qu'il s'agisse de zones refoulées ou tabous, ou de zones libres dont l'expansion dans un domaine ou dans un sens est surinvestie.

L'absence de parole dans l'autisme peut se formuler comme un accolement très précoce et très intense sur la zone du cavum (pharyngolaryngé), lieu privilégié et presque exclusif des échanges au début, renvoyant au désir de mort ou de non-naissance, c'est-à-dire de non-expansion, de non-expression. Si les symptômes sont particulièrement fréquents sur la bouche et sur les mains, bouche accessoire, cela tient essentiellement à l'importance de ces zones, comme on peut le constater dans la représentation de l'homoculus de Penfield, sur les hémisphères cérébraux.

Dans cette optique, toute démarche thérapeutique consiste à écarter les deux feuillets en introduisant des signifiants, là où la structure s'est figée, collée, pour rendre cet espace ouvert à la sensibilité, aux

sentiments, aux affects... en fait, à la conscience, tout en sachant que la sensibilité particulière de ces zones restera, car c'est cet agencement de zone ouverte et fermée qui fait le profil du sujet, sa carte d'identification, sa personnalité, son caractère¹³. Le schéma de développement de la vie avant la naissance, modèle d'organisation des échanges du nouveau-né, sert également de structure pour éclairer par la suite toutes sortes de relations (amoureuses, amicales, professionnelles, thérapeutiques...):

Migration/Approche
 Implantation, Nidation/Accrochage
 Limitation, Contenant/Cadre et Protection
 Zones libres d'échanges/Espace de communication
 ou Accolement ou de non-communication

Nous avons voulu donner dans cet essai, à partir de la métaphore de l'œuf, un éclairage différent sur l'influence de l'environnement affectif avec sa pesanteur sociale et historique, et mettre en exergue l'importance des inter-relations qui s'instituent d'emblée, et où chaque membre de la famille est partie prenante dans l'organisation des communications à l'intérieur de la famille; l'enfant naissant ayant une responsabilité toute particulière avec ses besoins et les exigences biologiques de son développement, qui l'amène à s'imposer et à prendre sa place.

Quelle place? L'autisme pose la question: Dans quel œuf?

Épilogue

Ce travail a été inspiré par une double question:

— Pourquoi l'enfant ne parlait-il pas? Qu'est-ce que l'autisme, castration? amputation? ou plus simplement, manque ou absence de poussée?

— Une autre interrogation se posa alors: Comment représenter schématiquement l'enfant autiste. C'est à ce moment-là qu'est apparue l'image de l'« œuf »; l'œuf ayant pris naissance, un autre problème se fit jour: De qui était-il?

13. Caractère: signe gravé — trait caractéristique.

Pauvres pères utérins que nous sommes ! Ensuite, il fallait pouvoir le porter jusqu'à son terme et, comme tout nouveau-né, il fallait qu'il soit parfait.

De nombreux défauts ont été corrigés ; d'autres restent encore.

L'accouchement fut difficile ; il ne demandait qu'à être porté « ce petit », et il nous « occupait pleinement » ; aussi, nous ne demandions qu'à le porter. Parfois, quelques contractions (frictions) apparurent : accouchement prématuré ; avortement ; il n'en fut rien.

Enfin, il est né, et nous en sommes fiers. Il n'est pas très beau ; il n'est pas parfait ; mais il est ; peut-être pas tout à fait comme nous l'avions souhaité et désiré ; c'est peut-être aussi pour cela qu'il est vivant, qu'il existe.

Si nous avons repris cette métaphore, c'est, qu'effectivement, ce travail n'a pas été sans analogie avec notre réflexion, et qu'à certains moments des arrêts furent nécessaires pour repérer ce qu'il en était.

Il était en nous, et nous avons été longtemps en plein dedans.

De rêves en rêves, de livres en livres, de discussions en discussions, d'essais en essais, de formulations en formulations, avec sans cesse présent à l'esprit le risque de projection de notre part, nous avons élaboré ce travail.

Notre souci a été d'en faire un essai, un modèle de compréhension plutôt qu'un schéma théorique, amenant ainsi chacun avec sa propre grille de lecture à une interrogation.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMBROSI J., *L'analyse psycho-énergétique*, éd. Retz, nov. 1979, coll. "Psychologie dynamique".
2. ANZIEU D., *Le Moi-Peau. Le Dehors et le Dedans*, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 9, 1974, 195-208.
3. ANZIEU D., *La peau. Du plaisir à la pensée*, *Colloque sur L'attachement*, Zazzo-Delachaux & Niestlé, 4° T., 1979.
4. BAILLON G., *La fonction consultante en médecine publique*, *Confrontations Psychiatriques*, n° 17, 1979, 143-186.
5. BOWLBY J., *L'attachement*, t. 1 et 2. Pub. 1978.
6. CASTORIADIS-AULAGNIER P., *Demande et Identification*, *Revue de Psychanalyse*, n° 7, juillet-septembre 1968, 23-66, coll. "L'Inconscient".

7. DAVID G., Origine et développement de l'œuf. Formation et développement du fœtus, *Encyclopédie Médico-chirurgicale Obstétrique*, 50001 A-50.
 8. DOLTO F., *Psychanalyse et Pédiatrie*, Paris, Le Seuil, 1971.
 9. FERENCZI S., *Thalassa. Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1977.
 10. FREUD S., *Formulation sur les deux principes de l'activité psychique* (trad. de l'allemand par Conté, sur le texte allemand des *Gesammelte Werke VIII*), 230-238.
 11. GRODDECK G., *Le livre du ça*, Paris, Gallimard, N.R.F., coll. "Connaissance de l'Inconscient".
 12. GRODDECK G., *Conférences psychanalytiques I*, Paris, éd. Champs Libres, 1978.
 13. GRODDECK G., *Conférences psychanalytiques II*, Paris, éd. Champs Libres, 1978.
 14. JAYLE M.F., Physiologie hormonale au cours de la grossesse, *Encyclopédie Médico-chirurgicale Obstétrique*, 5009 A-90.
 15. KANNER L., *Childhood Psychosis initial studies on new insights*, W.H. Winston and sons inc., 1975.
 16. LACAN J., *Ecrits*, Paris, Le Seuil, 1969.
 17. LAING R.D., *Les faits de la vie*, Paris, Stock, 1977, coll. "Monde Ouvert".
 18. LECLAIRE S., *On tue un enfant*, Paris, Le Seuil, 1975.
 19. MAHLER M., *Psychose infantile*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1977.
 20. MINKOWSKI M., L'élaboration du système nerveux. La vie mentale, *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, t. VIII, 1938.
 21. MISES R., Psychoses infantiles, *Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie*, 37299 M.-20.
 22. MONTRELAY M., A propos du plaisir d'orgasme, in *L'Ombre et le Nom* (85-96), Paris, Minuit, 1977, 85-96, coll. "Critique".
 23. OSTERRIETH P., *Introduction à la psychologie de l'enfant*, 2^e édition, Paris, Presses Universitaires de France, 1973.
 24. PANKOW G., *L'homme et sa psychose*, Paris, Aubier-Montaigne, 1973.
 25. PANKOW G., *Structure familiale et Psychose*, Paris, Aubier-Montaigne, 1977.
 26. PIANA, Intoxication exogène et Grossesse, *Encyclopédie Médico-chirurgicale Obstétrique*, 5048 M-10.
 27. PIGEAUD H., Physiologie de l'œuf à terme, *Encyclopédie Médico-chirurgicale Obstétrique*, 5005 A-10.
 28. RANK O., *Le traumatisme de la naissance. Etude psychanalytique*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1968.
 29. REICH W., *L'analyse caractérielle*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1971.
 30. REICH W., *L'Etre-Dieu et le Diable-Conscience de l'homme*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1973.
 31. SCHILDER P., *L'image du corps*, Paris, Gallimard, N.R.F., 1977, coll. "Connaissance de l'Inconscient".
 32. SOULÉ M., Relation parents-nouveau-né, *Revue du Praticien*, 1977, 27-31.
-
33. THIS B., Folie de l'un et Mythe obstétrical, *Confrontations Psychiatriques*, n° 16, 1978, 307-317.
 34. THIS B., *Naître*, Paris, Aubier-Montaigne, 1977 (rééd.).
 35. THIS B., *Naître et Sourire*, Paris, Aubier-Montaigne, 1977.
 36. VASSE D., *L'ombilic et la Voix. Deux enfants en analyse*, Paris, Le Seuil, 1974, coll. "Champ Freudien".
 37. WINNICOTT D.W., Objets transitionnels et Phénomènes transitionnels, in *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1951-1953, 109-125.
 38. WINNICOTT D.W., La préoccupation maternelle primaire, in *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1958, 168-174.
 39. WINNICOTT D.W., La première année de la vie, in *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1958, 191-204.
 40. WINNICOTT D.W., L'observation des jeunes enfants dans une situation établie, in *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1958, 269-288.
 41. WINNICOTT D.W., L'espace potentiel, in *Jeu et Réalité*, Paris, Gallimard ; N.R.F., 1978, coll. "Connaissance de l'Inconscient".
 42. WINNICOTT D.W., Parents-Miroir, in *Jeu et Réalité*, Paris, Gallimard, 1978, coll. "Connaissance de l'Inconscient".