

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

APPROCHE / ETHOLOGIQUE
DU / COMPORTEMENT / D'UN GROUPE
D'ENFANTS / AUTISTIQUES

Ref. 756
Instituto Superior de Psicologia
BIBLIOTECA

Mémoire présenté en vue
de l'obtention du grade de
licencié en Psychologie
par
VITOR DA SILVA NEVES

Promoteur : J. DE LANNOY

Louvain, 1976

9

"The study of the autistic child is like the pursuit of one's shadow. It moves each time you move, and changes from moment to moment. It has irregular boundaries and is not interior but sometimes it is ephemeral like an apparition not there at all".

Kugelmass, Newton.

Je remercie Monsieur
Professeur J. de Lannoy, et
les précieux conseils duquel
ce travail n'aurait pas
été possible.

Introduction

Chapitre I. Approche psychiatrique et approche éthologique
de l'Autisme Infantile

 A. L'approche psychiatrique

 1-a. La schizophrénie infantile

 2-a. L'Autisme versus schizophrénie

 3-a. Conclusion

 B. L'approche éthologique

 1-b. L'éthologique humaine

 2-b. L'Autisme infantile dans la perspective éthologique

Chapitre II. Une analyse des comportements d'enfants autistiques selon une méthode éthologique

 A. Objet

 B. Matériel

 C. Technique

 D. Méthode

 1-d. La description du comportement

 2-d La structure du comportement

 2-d.1 Thérapeute

 2-d 2 Enfants

 2-d 3 Thérapeute-Enfants

 2-d 4 Conclusion

 3-d Les différences de comportement

 3-d.1 Thérapeute-Alphonse

 3-d 2 Thérapeute-Brigitte

 3-d 3 Thérapeute-Charles

 3-d.4 Thérapeute-Damien

2-d 5 Thérapeute-Etienne
3-d 6 Thérapeute-François
3-d 7 Conclusion
4-d Analyse de quelques stéréotypies
4-d.1 Conclusion

Chapitre III. Discussion des résultats

A. La structure du comportement
1-a. Thérapeute
2-a. Enfants
3-a. Thérapeute-enfants
B. Les différences de comportement
C. Les stéréotypies

Conclusion
Annexe
Bibliographie

I N T R O D U C T I O N

=====

Le type d'existence psychotique est toujours pour ceux s'y sont penchés un défi qui revient en fin de compte à se poser la question de savoir comment un individu parvient à ménager ses données biologiques et environnementales et à accéder au stade psychologique propre à l'espèce. Le psychotique nous renvoie, en effet, toujours la même question: celle de savoir davantage aux "motivations" qui lient à tout moment un individu à son environnement ou sur ce qui par excès ou par défaut rend à nos yeux de ses valeurs-acteurs les termes d'une entente obligatoire aussi mutuellement exclusifs; ce n'est pas tellement cette entente, ce lien qui est mis en question (on ne saurait pas y échapper) mais plutôt sa raison d'être, non parce que le psychotique lui est étranger mais parce qu'il s'y trouve finalement aussi narcissiquement impliqué qu'il laisse ses semblables en deçà de tout espoir.

Nous retrouvons toute cette problématique dans les psychoses infantiles, aussi appelées psychoses de développement. Une de ces a constitué l'objet de ce travail: l'autisme infantile. L'assignation de psychose de développement est particulièrement suggestive: elle renvoie ici aux premiers stades de la constitution du psychisme, ce terme de synthèse et d'échange phénoménal, de partage intraspécifique. L'ampleur des problèmes posés au cours de ces périodes critiques de développement s'accroît du fait de la psychose; tour à tour sont mis en question l'hérédité de ces enfants et leurs dispositions biologiques, l'équilibre de leurs constellations familiales et relations parentales, leurs types de performances, etc., et en dernière analyse un pronostic réside au sujet du développement futur de leur personnalité.

La psychopathologie oscille de façon dialectique entre

types d'analyse: celle des tableaux nosologiques qui visent tout la description des symptômes d'une affection déterminée une autre consistant dans la découverte de la psychodynamique sous-jacente au comportement "anormal", symptomatique. Dans les cas qui suivent nous suivrons cette double perspective d'analyse. En ce qui concerne toutefois le dernier type d'approche les psychoses ont ceci de particulier qu'elles n'ont pas encore obtenu au sujet de leurs origines et développement un consensus des scientifiques et que les moyens d'intervention restent précaires bien que des visions très profondes aient été tentées, notamment en psychanalyse.

Ces dernières années, néanmoins, un nouveau type d'approche s'est venu à développer, complémentaire du dernier, et qui repose sur une meilleure observation de certains aspects du comportement relationnel de psychotiques. Ce type de démarche est en fait particulièrement demandé aux éthologues, habitués à l'observation et à l'interprétation du comportement de animaux dans leur milieu naturel qui vivent dans un monde perceptuel différent du nôtre. J. (1969) assimile l'Éthologie à une biologie du comportement désignant le support corporel (intégratif de toutes les fonctions biologiques d'un animal) dont la structure et les modalités mettent en évidence que le comportement existe et soit perçu comme comparable par les sujets d'une même espèce ou d'espèces différentes.

Notre travail s'insère dans cette perspective; il est une analyse, que nous avons laissée globale, puisqu'il est pour nous une première approche susceptible d'être approfondie par l'étude du comportement relationnel (non-verbal) d'un groupe d'enfants autistiques.

CHAPITRE I

APPROCHE PSYCHIATRIQUE ET APPROCHE ETHOLOGIQUE

DE L'AUTISME INFANTIL .

Leo KANNER de l'Université John Hopkins a décrit en 1943 pour la première fois le syndrome qu'il a appelé "Early Infantile Autism" dans l'article intitulé "Autistic disturbances of affective contact".

Il disait à ce moment-là: "Depuis 1938 notre attention est portée sur un nombre d'enfants dont la condition clinique est si nette et singulièrement de tout ce qui a été décrit jusqu'à présent que chaque cas mérite la considération détaillée de ses particularités fascinantes". Après avoir présenté les antécédents cliniques de onze enfants, les premiers sur lesquels il s'est basé pour la reconstitution du syndrome il conclut que la combinaison d'un autisme extrême, obsession, stéréotypies et écholalie font ressembler ce tableau d'ensemble aux caractéristiques fondamentales de la schizophrénie. Mais, en dépit des similitudes remarquables, cette condition diffère à beaucoup d'égards des autres cas de schizophrénie infantile".

Cet article est aujourd'hui encore très commenté. Son contenu est original; il est important aussi parce que l'auteur, en essayant de démontrer la spécificité de l'autisme par rapport au cadre connu de la schizophrénie infantile, a réouvert la voie à l'approfondissement de la psychopathologie différentielle des psychoses infantiles - problème qui est toujours de grande actualité.

Le contexte dans lequel aujourd'hui une définition de tisme est possible se trouve considérablement élargi par rapport aux premiers écrits de Kanner; nous en tiendrons compte dans les pages qui suivent. Les termes de cet auteur seront, toutefois, notre principal point de référence. Ainsi, après une description de la schizophrénie infantile, nous les reprendrons pour introduire ensuite dans le corps du travail un point de vue descriptif récent qui consiste dans l'approche éthologique de l'autisme.

A. L'APPROCHE PSYCHIATRIQUE

1 - a. La Schizophrénie infantile

Un groupe de travail réuni sous la direction de E.M. Creak (Creak, 1961) a essayé de réunifier les critères diagnostiques de cette maladie. O'GORMAN (1967) écrit à ce propos : "Le terme a utilisé la désignation de Syndrome de Schizophrénie pléomorphe de Schizophrénie parce qu'il n'était pas suffisamment adapté à la schizophrénie de l'âge adulte. Le nom d'Autisme Infantile, d'autre part, fut considéré alors comme étant trop restreint parce qu'il décrit seulement une partie du syndrome. La désignation de Psychose Infantile finalement a été rejetée parce qu'elle incluait des conditions telles que la dépression et les troubles dus au mauvais fonctionnement cérébral ou à des états toxiques ou infectieux (...)".

Les critères de la Schizophrénie Infantile, dans leur dernière révision, sont les suivants :

1) Altération forte et prolongée des relations émotionnelles avec les gens.

Ceci comprend : a) une attitude distante et, b) l'aggrément à vide appelé symbiose; de même qu'un comportement anormal concernant les personnes, par exemple c) son utilisation impersonnelle comme des parties de son propre corps.

2) Apparente inconscience de l'identité personnelle à un degré inapproprié pour son âge .

Ceci peut être remarqué dans des comportements anormaux dirigés sur soi-même, tels les postures ou l'examen minutieux des parties de son propre corps; b) auto-agression répétée, résultant des fois en un dommage réel, ce qui peut être un autre aspect de la difficulté d'intégration et aussi, c) la confusion dans l'emploi des pronoms personnels.

3) Une préoccupation excessive pour certains objets ou quelques-unes de ses caractéristiques, sans prendre en considération leurs fonctions habituelles.

4) La résistance au changement dans l'environnement, a) soutenue par une lutte constante pour maintenir ou restaurer l'identité de conditions - "sameness"; b) dans certains cas, le comportement semble orienté vers la production d'un état de monotomie perceptuelle.

5) Une expérience perceptuelle anormale (dans l'absence d'anormalité organique discernable) ayant comme implications des réponses excessives, diminuées ou imprévisibles aux stimuli sensoriels, par exemple l'évitement visuel ou auditif ou insensibilité à la douleur ou à la température.

6) Une anxiété aiguë excessive et apparemment illogique. C'est un phénomène fréquent et qui tend à être précipité par

le changement dans l'environnement matériel ou dans les rou
aussi bien que b) par une interruption temporaire d'un att
ment symbiotique aux personnes ou aux choses; c) des phénor
ou objets usuels semblent investis de qualités terrifiantes
D'autre part d) un sentiment de peur devant un danger réel
être absent.

7) La parole peut avoir disparu ou n'avoir jamais été
quise, ou peut avoir manqué de se développer au-delà d'un r
normal à un âge précédant; il peut y avoir a) confusion des
noms personnels, b) écholalie ou autres maniérismes dans la
tion; c) les mots et les phrases peuvent être prononcés mai
n'apportent aucun sens à la communication ordinaire.

8) Distortion dans les patrons de la motilité, par ex
excès comme dans l'hyperkinésie, immobilité comme dans
tatonie, des postures bizarres ou des manières ritualistiqu
tels que se balancer ou tournoyer (aussi avec des objets)

9) Un arrière-plan de retard mental sévère avec des i
de fonctionnement ou de performance normaux.

O'Gorman a lui-même revu ces neuf points et les a synt
sés prenant les énoncés 2), 3) et 6) comme corollaires de 4
la résistance pathologique au changement. Disons aussi que
périence perceptuelle anormale décrite par Creak 5) lui ser
être aussi, au moins en partie, associée. O'Gorman présente
caractéristiques essentielles de la Schizophrénie Infantile
l'ordre qui suit:

1) un retrait de la réalité ou manque d'engagement à
veau; en particulier impossibilité de former des relations
les avec les autres personnes;

2) un retard mental sévère avec des ilôts de fonction ou de performance normaux;

3) manque d'avoir acquis la parole, de la maintenir ou l'améliorer, ou de l'utiliser dans la communication;

4) réponse anormale à un ou plusieurs types de stimuli sensoriels (normalement les sons);

5) une exhibition forte et durable de maniérismes ou particularités de mouvement, y inclus immobilité et hyperkinés à l'exclusion de tics;

6) résistance pathologique au changement, en particulier

a) insistance du patient dans l'observance de rituels de comportement;

b) préoccupation excessive avec des objets particuliers ou quelques unes de ses caractéristiques sans tenir compte de leur fonction généralement acceptée;

c) terreur ou excitation aiguës, ou retrait progressif quand l'identité de conditions dans l'environnement est menacée (par exemple, par des étrangers).

Sur ce fond viennent naturellement se poser les caractéristiques différentielles de l'autisme, comme O'Gorman en a fait référence, et dont nous passerons en revue les principales.

Disons toutefois que l'unanimité des scientifiques autour du problème de considérer l'autisme comme une unité nosologique n'est encore controversée. A la base se pose la question de la dichotomie Autisme versus Schizophrénie Infantile. Ainsi, pour qui est du premier, beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à accepter la description de Creak (en particulier les Américains), mais que d'autres, des européens en majorité, le considèrent comme

psychose unique ou bien confondue avec l'oligophrénie, par le GREWEL et al. 1954; PLENTER, 1955; SCHACHTER, 1958; POPE 1955; VAN KREVELEN, 1952 a,b, 1953,1954,1955,1958,1960,1962 (cités par RIMLAND,1964). Ajoutons que O'Gorman lui aussi semblerait donner dans sa description une place prépondérante au retard mental de ces enfants.

Une contribution importante dans ce domaine et qui a résolu un certain nombre de problèmes de fond, est due à M.S. MAHL qui, depuis 1951, a soulevé l'importance de la distinction entre psychose symbiotique et psychose autistique, tout en admettant (1970) parfois une solution de continuité entre les deux et une différenciation nosologique basée dans ce cas sur la prépondérance de l'un ou de l'autre type de symptômes, d'ailleurs déjà esquissés dans la description de Creak (1, a, b).

Face à cet état de choses Kanner a écrit récemment (1970) "Depuis le refus courageux de Bleuler (1950) (...) de concevoir la schizophrénie comme une maladie en soi et de son insistance qu'il y a plutôt un groupe de schizophrénies, on ne devrait s'attendre aux querelles avec ceux qui veulent pour l'autisme une place dans le groupe. Non plus, il ne devrait pas y avoir de distinction à ceux qui maintiennent que le syndrome de Kanner est si clairement délimité qu'il faut le considérer comme unique. L'issue est plus sémantique que basique".

2 - a. L'Autisme versus schizophrénie infantile

1) L'autisme se manifeste depuis le début de la vie de sujets atteints. Ce point semble avoir dans la pensée de Kanner une importance capitale. Il écrit à ce sujet, en 1943: "Même dans les cas les plus précoces de schizophrénie y inclus ceux de la *tia Praecocissima* de De Sanctis (lequel, entre 1905 et 1908

sayé d'accomplir pour les enfants ce que Kraeplin a fait pour les adultes - Kanner, 1965), caractérisée par l'absence de réponses affectives, le négativisme, les stéréotypies, l'absence de langage, des délires, hallucinations et des traits catatoniques. Les premières manifestations observées ont été précédées de un développement normal d'au moins deux ans; les histoires cliniques font apparaître spécialement un changement plus ou moins brutal dans le comportement des patients. Les enfants de notre échantillon, par contre, ont toujours présenté des signes d'une extrême solitude (aloneless) depuis le début de leur vie, ne répondant à quoi que ce soit qui leur parvienne du monde extérieur, par exemple, absence de posture anticipatoire lorsqu'ils sont pris en par quelqu'un et absence d'ajustement du corps à celui de la personne qui les tient". Contrairement, donc, aux cas de schizophrénie infantile où le patient semble se retirer du monde social quel qu'il ait auparavant participé, ces enfants ne présentent à aucun moment la posture d'anticipation caractérisée selon GESELL de la tension faciale et le lever des bras avant d'être pris en "habitude" que, selon cet auteur, doit naturellement être conditionnée, ce qui fait remonter ce processus psychique ou sensoriel bien avant cette date (cf. à ce propos, SPITZ, De la Naissance à la Parole, P.U.F., Paris, 1971). Les parents des patients les décrivent, en effet, comme ayant toujours été "auto-suffisant agissant comme si les personnes n'étaient pas là, "oubliant complètement son entourage", etc.

2) Les activités et dictions de ces enfants sont gouvernées de manière rigide et consistante par le désir puissant de solitude (aloneless) et le maintien de l'environnement (same environment). Sur le désir de solitude, auquel on doit la désignation même de "solitude" aussi bien que l'interprétation de Kanner consistant à attribuer à "un trouble de contact affectif", il est peut-être intéressant de remarquer que les enfants schizophrènes sont souvent décrits comme étant pathologiquement "intrusifs" plutôt que des suj

froids et non-répondants (EKSTEIN, BRYANT & FRIEDMAN, 1951 (cfr. Creak, 1,a,b)). Sur l'identité de conditions de l'environnement, Kanner remarque la précision de ces enfants qui vont qu'à vouloir conserver leur environnement dans une complétude photographique et phonographique, ce qui ne serait pas le cas chez les schizophrènes. Cet avis est également partagé par RIMLAND (1964) (cfr. Creak, 4 et 6,b) et surtout O'Gorman. Ces deux traits constituent les caractéristiques centrales de l'autisme selon Kanner. Disons, pour terminer, que Rimland reproche à ce dernier de s'être ainsi appuyé sur des concepts selon lui, restent fort vagues.

3) Des répétitions obsessionnelles accompagnées normalement d'une performance motrice qui, quoique très stéréotypée, est très précise.

En ce qui concerne le premier point, les répétitions obsessionnelles, Kanner souligne que c'est peut-être grâce à ce fait que certains de ces enfants acquièrent une mémoire phénoménale et précise à l'aide de laquelle ils peuvent reproduire dans exactement la même forme de construction originale des patrons complexes dénués de sens, même désorganisés. Ces répétitions (l'aspect actif du désir de 'sameness') sont faites surtout avec des objets qu'ils manipulent très adroitement et moins souvent avec les personnes qui, de toute façon, sont prises dans leur aspect utilitaire, c'est-à-dire comme des choses (cf. Creak, 1,c). Pour ce qui est de la performance motrice générale, l'avis de Kanner est que les enfants schizophrènes ne présentent pas une aussi grande dextérité ni une aussi grande habileté, même si chez les uns et les autres on trouve un même type de maniérismes (cf. Creak,

4) Le conditionnement est difficile chez ces enfants.

MEDNIK (1958) a fait rapport de cinq études sur des sch

qui, selon lui, sont facilement conditionnables. Ce point mériterait un peu plus de détails vu l'importance théorique qu'il revêt et qui n'est pas récente. Retenons seulement que en ce qui concerne les autistes, le processus semble difficile à établir et que ses effets disparaissent vite (ANTONY, 1958; FERSTER et MEYER, 1961).

WALTER (1969) a montré que ces enfants ne développent pas lors d'épreuves de conditionnement opérant ce qu'il a appelé "expectancy wave", un phénomène d'anticipation cérébrale normal et qui l'a amené à conclure à l'immaturité de leur cerveau, d'autres termes, à un dysfonctionnement entre les systèmes central et autonome. Légèrement différente, mais encore dans le même ordre d'idées, est la thèse de RIMLAND (1964) qui consiste à attribuer au mauvais fonctionnement du système réticulé cérébral un centre de relais avec de grandes propriétés de convergence entre le monde sensoriel et l'intégration corticale, soit l'autisme par blocage, soit la schizophrénie par désinhibition.

5) Leur type d'orientation personnelle peut être caractérisé comme détaché, non orienté, le sujet se montrant désintéressé par tout ce qui se passe autour de lui.

L'enfant schizophrène apparaît plutôt désorienté, confus, anxieux et souvent exprime son inquiétude en ce qui concerne ses relations avec l'environnement, au moins dans un premier stade. D'où sa plus grande accessibilité. Par contre, selon VAN KREVELLEN (1952,a), il y aurait chez les autistes absence de démergence. MAHLER (1951) parle à ce titre d'hallucination négative: "L'autisme est le mécanisme par lequel de tels patients essayent de se couper, 'to hallucinate away' (hallucination négative) les conduisant à des perceptions sensorielles et en particulier à celles qui demandent une réponse affective".

6) Un langage verbal avec des caractéristiques particulières.

Rimland (1964) écrit: "Peut-être que de tous les symptômes de l'autisme infantile le plus frappant et le plus net et qui n'est pas commun à la schizophrénie infantile est le patron langage qui consiste à faire des affirmations par répétition version pronominale (absence de mots 'Oui' ou 'Je'), écho langage métaphorique (...)". Ce langage métaphorique n'est essentiellement différent de celui employé dans la conversation normale de tous les jours ou même dans la poésie: "La seule référence consiste dans le caractère unique des transferts (substitutions d'un mot par un autre avec lequel il entretient une certaine ressemblance, de sens le plus souvent, caractère privatisique, basé sur les expériences émotionnelles et situationnelles de l'enfant" (Kanner, 1946).

7) La santé de ces enfants est en général très bonne, ce qui fait contraster une fois encore avec les enfants schizophréniques. Alors que les premiers sont décrits comme étant assez de bonne santé et de teint brun (BENDA, 1952,1960; MAY,1951; KANNER,1949; KEELER,1957) aussi bien qu'exempts d'allergies, d'irritations de peau, etc, les deuxièmes sont plus fragiles à la naissance, la peau mince et pâle (même s'ils proviennent de races à teint brun) et souvent ont des difficultés respiratoires circulatoires, métaboliques ou autres. Aussi environ 80% des enfants schizophréniques montrent des tracés irréguliers à l'EEG. Une étude faite par Kanner (EISENBERG & KANNER, 1956) sur 21 enfants autistiques, 21 ont présenté des tracés normaux, 4 étaient équivoques et 3 définitivement anormaux.

8) La guérison, si elle se produit, est dans la plupart des cas presque spontanée.

Le pourcentage de guérisons est néanmoins relativement et le processus très long. Mais ce qui étonne c'est la source du phénomène qui fait penser à un déblocage spontané (KOEHLER) dans la compréhension de certaines relations et qui a comme séquence l'amélioration de l'emprise personnelle sur le milieu environnant. On se trouve aux antipodes mêmes du processus suivi par les enfants schizophrènes, lesquels pour résoudre leurs conflits sortent du monde relationnel auquel ils ont appartenu alors que les autistes composent graduellement et de façon constante avec ce même environnement humain dans lequel ils ont des étrangers, ce qui laisse entrevoir un apprentissage latent derrière la monotonie et le répétitivisme de leur comportement. Kanner (1943) écrit à ce propos :

"A 5-6 ans ils abandonnent l'écholalie (le fait que l'enfant peut utiliser la parole à 5 ans est de bon pronostic) et prennent spontanément l'utilisation des pronoms personnels. Le contact s'améliore lentement. Les répétitions prennent dorénavant la forme de préoccupations obsessionnelles. S'ils répondent à des questions c'est pour se replier aussitôt dans une solitude qui prévaut avant tout. A 6-8 ans, ils ne jouent pas telleme-nt avec les autres enfants que dans la périphérie du groupe qu'ils fréquentent".

3 - a. Conclusion

1) A part quelques aspects symptomatiques et leur ordre chronologique d'apparition, ce qui caractériserait l'autisme et le compare avec les critères diagnostiques de la schizophrénie infantile décrits, ce n'est pas le manque de conformité à l'ensemble, mais plutôt sa polarisation sur un des détails énoncés par Creak concernant le type de relations émotionnelles avec les gens, à savoir l'attitude distante vis-à-vis

sonnes. En d'autres mots, il n'y aurait pas chez l'autiste
nance entre le retrait négativiste et l'approche extrême de
qui l'entourent. Il pencherait plutôt ver le premier type d
duite avec les concomitances comportementales et affective
cela entraîne chez lui et dans son entourage.

2) Mahler trouve qu'à la base de la tendance à l'aliénation
psychotique il y a toujours un conflit de relation entre mère
enfant et que ce conflit peut être fondamentalement autistique
symbiotique, dépendant de la prédominance de l'un ou de l'autre
type de symptômes. Pour cet auteur ces deux termes recouvrent
deux phases normales du développement extra-utérin du
nouveau-né. Il traverse successivement les stades autistique (pendant
les premières semaines, et qui est caractérisé par la non reconnaissance
de la mère, puisque, comme WINNICOT (1971) dit, "l'enfant
tête un sein qui fait partie de lui-même et la mère allaite
l'enfant qui est une partie d'elle-même"), le stade symbiotique
qui dure de partir du troisième mois jusqu'à trois ans, pendant lequel
l'enfant se comporte comme si lui et sa mère étaient dans un système
omnipotent - une unité duelle - à l'intérieur d'une seule fonction
maternelle commune", Mahler (1971)), et, finalement, le stade du
développement de la séparation-individuation à partir des trois ans, sur
lequel l'enfant sera capable de reconnaître sa mère comme une
personne distincte. C'est par fixation ou régression à un des
premiers stades que la psychose pourra se produire d'où l'importance
de la reconstitution et de l'évaluation des premières relations
mère-enfant pour l'établissement du diagnostic différentiel
(lequel devra être mis au point aussitôt que possible - à six
mois pour l'autisme et à trois ans pour la symbiose puisque
tard "les deux tableaux tendent à se confondre" et que des cas
d'autisme pur aussi bien que de psychose symbiotique "devient
assez rares, tandis que les cas mixtes sont fréquents", Mahler
(1951)). Disons pour terminer qu'en ce qui concerne la schizophrénie

rénie infantile cet auteur la rattache à un conflit bisexuel en d'autres mots, à la perte chez ces enfants de l'identité sexuelle à un très jeune âge (et pas seulement à la puberté me c'est le cas pour la schizophrénie tout court - cf. à c DE WAELHENS, 1972, p. 134).

3) Ces commentaires nous introduisent dans le coeur de la constellation familiale des autistes.

Kanner a trouvé que leurs parents sont en général très intelligents mais que la composante obsessionnelle dans la famille est très haute si l'on tient compte du nombre de notables, écrivains, scientifiques, politiciens et autres parmi leurs ascendants si bien dans la société américaine qu'ailleurs. Cette constatation a été nuancée par la suite mais on ne peut peut-être pas s'en aller chercher d'y voir l'influence des habitudes et du bagage culturel "hérédofamilial" sur les patients. Kanner tient à ce sujet des propos modérés disant que si ces parents sont souvent froids et très peu chaleureux, il est difficile de leur attribuer la responsabilité de la totalité du syndrome, vu la solitude des enfants depuis tout début de leur vie.

Mais, si l'argument tient toujours, il doit être compris en termes de prédispositions parentales ou, en d'autres mots, en fonction de la configuration pulsionnelle de ces personnes et, en particulier, des mères, sur lesquelles P. AULAGNIER-SPAIRANI (1964) a écrit : "Les règles du jeu, elles ne les ont jamais acceptées ni, ce qui est plus grave, comprises: on pourrait dire que le seul jeu qu'elles connaissent c'est la réussite, jeu sans partenaire et sans enjeu, sinon au niveau d'une toute-puissance autistique" (cf. De Waelhens, op.cit.p. 46).

Le mérite de ces affirmations, c'est de rapporter au c

relationnel et à son support symbolique la cause même de l' trouble ajouté à de possibles éléments héréditaires.

4) RIMLAND (1964.) a émis l'hypothèse, en neurophysiologie, d'un disfonctionnement pathologique du système réticulé cérébral et qui serait en mesure d'expliquer la nature de la différence entre schizophrénie infantile (désinhibition du système réticulé) et l'autisme (inhibition totale du même système). Cette hypothèse n'a pas encore été confirmée de façon satisfaisante surtout parce que les limites d'action de ce centre nerveux sont mal connues.

Ajoutons que si à ce niveau on n'est pas en mesure de départager les deux camps, il en va de même pour la compréhension de faits tels que, contrairement à la schizophrénie infantile, l'autisme ait parfois une rémission spontanée et qu'il se présente depuis la naissance.

Au terme de cette première démarche on pourra mieux saisir les termes avec lesquels Kanner termine son article de 1943: nous devons donc considérer que ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à nouer un contact affectif normal et socialement conditionné avec les gens, de la même façon que d'autres viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels. Si cette supposition est correcte, une étude ultérieure pourrait aider à fournir des critères concrets en ce qui concerne les notions encore diffuses sur les composantes constitutionnelles et la réactivité émotionnelle; parce qu'il nous semble que devant des exemples purs de troubles constitutionnels autistiques, il y a "absence de contact affectif".

B. UNE APPROCHE ETHOLOGIQUE

Partons des observations cliniques de RITVO & PROVENC

qui ont entrepris une étude sur la perception des formes et l'imitation auprès d'un échantillon de six enfants autistiques (considérés comme des arriérés mentaux) dont les âges variaient entre vingt deux et trente neuf mois. Les auteurs ont constaté que leur comportement était, en certains aspects, très similaire à celui des autres et, en particulier : 1) absence totale ou presque totale de langue parlée; 2) troubles de contact humain; 3) imitation assez pauvre à l'échelle de développement de Gesell; 4) mauvaise perception des formes mesurée par le même test.

Retenons les deux derniers points. Ritvo & Provence commentent le bas niveau d'imitation chez ces enfants soulignant que ce fait reflète la nature fragile de leurs relations objectales. Si le soi et le non-soi seraient insuffisamment différenciés, ce qui amènerait soit à la symbiose avec la mère, soit au manque de contact avec celle-ci - l'autisme. Et, comme le processus d'identification suppose à la fois une certaine distance et une certaine proximité de l'objet, ou, en d'autres termes, que dans l'imitation la transformation du soi est accomplie d'après l'image que l'on a de l'objet ou du non-soi, l'autisme consisterait dans un trouble d'identification personnelle. Ainsi, pour ce qui est de la bonne perception des formes, elle serait liée au besoin éprouvé par ces enfants de la répétition (cf. Creak et Kanner, "sandwich" et O'Gorman, 6) et de l'exploration des limites de leur propre corps afin d'établir plus solidement certains patrons proprioceptifs, les limites de leur propre moi. Dans ce même contexte, les auteurs proposent que, pour une meilleure étude des différentes étapes du processus d'identification, la qualité et la nature du contact corporel soient dans le futur mieux observées: "On sera alors capable de détecter des troubles subtils dans la relation humaine par l'observation de tels éléments comme la mimique faciale, les sourires, les postures, etc" (souligné par nous).

Il existe aujourd'hui la possibilité d'étudier systématiquement l'expressivité corporelle ou langage non-verbal de plusieurs individus d'une même espèce comme le font l'éthologie animale ou l'éthologie humaine.

En ce qui concerne, par exemple, le processus d'acquisition de l'objet invoqué tantôt, LORENZ, un des fondateurs de l'éthologie, dirait (1935) que "l'autre (le congénère) consiste à rassembler dans l'objet les diverses actes instinctifs ayant trait à un objet" et, partant, que "c'est par l'intégration des actes supra-individuelles" que tout échange d'informations, toute communication intraspécifique devient possible. La tâche de l'éthologue consiste à déterminer, à partir d'une observation rigoureuse des individus dans leur propre milieu, quels sont ces signes, leur signification et quelle est leur fonction.

1 - b. L'Ethologie humaine

L'Ethologie humaine est une application à l'homme d'un certain nombre de méthodes d'analyse du comportement (non-verbalement employées jusqu'ici surtout en Psychologie Animale.

Comme toute approche scientifique exige de celui qui l'entreprend une délimitation du but et des moyens de sa démarche, il est peut-être utile de préciser d'abord, jusqu'à quel point est légitime et valable l'étude chez l'homme du comportement non-verbal et, deuxièmement, s'il y a solution de continuité entre les études faites sur l'animal et celles faites sur l'homme.

Le système de signalisation ou de communication par exemple dans notre espèce est bien entendu la parole. Mais on connaît aussi, dans des études faites sur plusieurs cultures, que l'homme utilise également un langage non-verbal.

communicatif d'un certain nombre de gestes est un phénomène rarement connu (voir à ce titre l'article de EKMAN, SORENSON, FRIESEN, 1969, - dans lequel une approche éthologique se prépare une étude ethnologique) au point de rendre peut-être ut aujourd'hui leur intégration dans un système de signalisation méthodologiquement indépendant, mais naturellement influencé influençant l'usage de la parole elle-même.

Les ou les systèmes de communication qu'un individu peut présenter ont pour origine et intéressent d'abord sa vie intrasociale en relation avec le milieu écologique. DARWIN, dans son livre "L'Expression des Emotions chez l'Homme et les Animaux (1872)" a attiré l'attention sur le fait que l'expression de certaines émotions chez l'homme et telle qu'on peut la constater dans un certain nombre de gestes a, du point de vue anatomique et physiologique, des origines plus archaïques qu'on peut retrouver notamment chez les primates supérieurs. Il en va de même pour le comportement non-verbal comme en témoignent les rapprochements faits à ce niveau dans la littérature contemporaine (cf. MC GREW, 1972 BLURTON JONES, 1972). Mais les comparaisons s'arrêtent là souvent être prises dans un sens analogique puisque l'évolution humaine vers le langage parlé a modifié le contexte dans lequel le non-verbal s'insère: "Les signaux non-verbaux peuvent être utilisés semi-linguistiquement pendant la conversation" (HUMPHRIES 1970). D'un autre côté, ils prennent toute leur importance et on admet qu'ils constituent le cadre plus primitif au sein duquel la parole a pu se développer.

Les recherches en éthologie humaine sont normalement faites à deux niveaux complémentaires l'un de l'autre, à savoir, d'abord l'établissement de la valeur de signal communicatif d'un certain nombre de gestes ou expressions et ensuite l'analyse motivationnelle de ces gestes ou expressions.

Un acte qui a valeur de signal peut être reconnu par l'individu, en certaines circonstances, son occurrence introduit ou modifie le comportement de l'autre individu. C'est donc la fonction qui permet de l'identifier. Mais on peut se poser la question de savoir de quoi un geste donné est le signal. Le premier type de réponse consiste à dire qu'il est signal de formation spécifique transmise normalement: "Les signaux de comportement doivent être considérés comme des entités transmettant de l'information sur le comportement futur probable et sur la façon dont le comportement antérieur d'une autre personne a été compris" (BRANN HUMPHRIES, 1972), ce qui suppose des dispositions invariantes pour l'encodage et le décodage chez les individus concernés et un particulier de leurs formes. Les signaux ont ceci de particulier qu'ils sont des gestes devenus communicatifs parce que leur intensité prend une intensité typique (D. MORRIS, 1957), un compromis entre une variété maximum et un patron fixe (par exemple, une intensité se suppose une intensité typique des gestes et du tonus musculaire).

Mais il y a aussi une autre réponse possible. Darwin, dans son exemple (1872), dirait que les expressions sont signal d'émotions vécues ce qui nous introduit dans l'autre aspect de l'éthologie contemporaine qui est l'analyse motivationnelle. Tout signal pose de la part de celui qui le produit un conflit de tendances stylisé (D. MORRIS, op. cit.), par exemple tendance à l'approche et à l'évitement ou attaque et fuite, peur et agression. Or le premier type d'interprétation de la valeur de signal d'un geste se situe plutôt au niveau fonctionnel et de constatation, l'analyse motivationnelle vise à établir les causes du processus de signalisation tel qu'il existe déjà.

Il y a plusieurs types de conflits motivationnels et ils peuvent se dérouler à plusieurs niveaux; on tiendra alors compte de la spécificité de chacun et du contexte dans lequel il prend

(par exemple, conflit d'approche - évitement pendant la pa
sexuelle, d'attaque et fuite à la frontière du territoire
ce qui est du contexte, Lorenz dit que les sujets d'étude
être observés dans leur milieu naturel en procédant par des
quences descriptives de plus en plus complètes de telle fac
la totalité de la situation dans laquelle le comportement
roule, et qui est aussi porteuse d'information, de signaux,
acquise. Arrivés à ce point on peut se demander ce qu'est
lieu naturel pour l'homme question que pose toute la diffic
de l'éthologie humaine.

Nous sommes des conspécifiques et des co-acteurs, placés
dans le même monde que nous voulons observer. Il faut pour
faire se libérer méthodologiquement des attaches verbales
les jours pour pouvoir repérer chez nos congénères les élém
de comportement non-verbal significatifs et déterminants de
communication; il faut aussi prendre une certaine distance
rapport aux situations observées et être à même de faire un
prochement entre le comportement des primates supérieurs et
lui de l'homme.

Les chercheurs accordent toujours une grande importance à la
description du comportement. Nous avons déjà parlé des relations
qui existent à tout âge entre les systèmes d'expression ver
et non-verbale. Il s'agit, toutefois, d'un fait qui devient
évident après l'acquisition définitive du langage parlé. C'
pourquoi le comportement non-verbal est étudié dans les cas
thologiques ainsi que surtout chez les enfants au niveau de
ternelle, puisque comme Brannigan & Humphries (1972) l'ont
tâté, lors d'une recherche de quatre années à Birmingham, l
enfants de trois à quatre ans utilisent, lors de leurs activi
jeu et dans la communication entre pairs, surtout des gest
expressions faciales et mouvements d'intention au détriment
langage verbal réduit à des impératifs brefs, alors qu'ils
lent assez librement avec les adultes.

Pour être valable scientifiquement, la description du tement non-verbal doit être aussi exacte que possible. On p distinguer avec Brannigan & Humphries quatre types de critè de classification de ce comportement en des unités opératio les: 1) le critère phénoménal consiste à repérer tous items de comportement qui prennent la même forme; 2) foncti quand les items en question entraînent tous un même type de quences (une ou plusieurs fonctions biologiques, par exemp 3) situationnel quand les items prennent place dans une mêm tuation et, finalement, 4) causal quand les items partagent causalités communes. Dans les études d'éthologie animale ou ne, c'est surtout le premier critère qui est le plus fréqué utilisé, au moins dans une première phase. Ceci permet de s le comportement sur une base objective et, en ce qui concer utilisation, relativement plurivalente, au point de vue de tion, de la situation, de la cause, sans pour autant nous e ner dans des inférences hâtives.

Parallèlement à ces critères, il est important de voir le niveau de description qui dépend normalement des possibi techniques d'observation et de l'objet du travail entrepris peut ainsi prendre un certain type de jeu infantile relativ simple et le décrire en des unités plus ou moins larges, dé le comportement des adultes à la table en des unités plus f que les premières, considérer les stéréotypies des autistes des schizophrènes et les décomposer en leurs éléments const ou bien encore décrire le type de préhension manuelle d'un e

Tout ceci nous amène à concevoir l'importance de l'app tion en psychopathologie clinique des acquis et des méthode l'éthologie humaine. Ils sont surtout pris en considération les cas limites ou graves dans lesquels les patients sont t rairement bloqués au niveau de l'expression verbale ou bien jamais parlé en partie ou totalement. C'est, par exemple, l des autistes chez qui une étude systématique à ce niveau es

le. Aussi, l'évaluation de la performance non-verbale peut être utile au point de vue du diagnostic. GRANT (1968) a montré ce sens que dans les hôpitaux psychiatriques le répertoire verbal des patients est sévèrement appauvri (même si on ne compte pas des effets secondaires à ce niveau des médicaments) et que plus grave est leur état, plus restreint et répétitif est leur comportement, au contraire de ce qu'arrive quand ils guérissent. De même BRANNIGAN (1970) a montré comment la prise en considération du répertoire non-verbal d'enfants malades mentaux peut être utile dans la détermination du type de thérapie à suivre dans l'évaluation du processus de guérison.

Citons finalement EKMAN & FRIESEN (1969, b) pour qui les phénomènes de fuite, "leakage", pendant les entretiens et qui se manifestent dans la production d'un certain nombre de gestes ayant une valeur de signal (alors que le débit de parole est normal ou momentanément à peine bloqué), ont une grande importance dans la compréhension de l'interlocuteur qui normalement réprime l'expression d'information déplaisante. C'est entre autres, le cas de l'item de comportement qui consiste à porter la main à la nuque et qui prend une position défensive. Elle apparaît pour la première fois chez les enfants de cinq ans associée à la posture d'attaque, "belligère posture".

Terminons en disant que l'Ethologie Humaine apparaît comme liée à une méthodologie encore à ses débuts et que toute application dans la thérapie doit être précédée d'un entraînement technique sur l'analyse claire des items de comportement et de leur fonction.

2 - b. L'autisme infantile dans la perspective éthologique

Dans ce domaine une des meilleures contributions, à la fois au point de vue méthodologique et de compréhension de l'ense-

du syndrome autistique est due à E.A. & N. TINBERGEN (1972) une publication intitulée "Early childhood autism - an ethol approach". Un des points forts de cette approche consiste dans l'analyse des descriptions courantes de l'autisme. Les auteurs, ont repris au début de leur travail les classifications d'Ende Creak et O'Gorman citées plus haut, remarquent que du strict point de vue méthodologique la terminologie utilisée est, en ce qui concerne la classification du comportement, ou bien employée de façon trop large ou bien suppose une dichotomie de base simple implicite dont la justification est considérée comme évidente plus et qui consiste à attribuer aux comportements soit une valeur socialement positive, soit une valeur négative. C'est le cas de toutes les classifications présentées plus haut (Creak, O'Gorman, Kanner, Mahler).

Ainsi, les Tinbergen reprennent explicitement cette dichotomie qu'ils analysent dans ses éléments constitutifs. Elle se base en effet, plus que sur une simple intuition, sur la corrélation existant tant entre deux types de faits, à savoir :

1) L'identification ou la classification d'un mouvement positif ou négatif et trois autres critères indépendants de ceux-ci au moment de la classification :

2) a - la forme des éléments du comportement, b - leur localisation séquentielle (avec approche ou évitement, respectivement) et c - leur fonction, qui résulte dans l'intensification, rétroaction ou interruption du contact social, dû au fait que ces éléments sont des signes pour l'observateur. L'adéquation du syndrome dépend de la correspondance entre a-, b- et c-, et l'analyse de chacun de ces trois points constitue déjà une approche éthologique, qui doit être complétée par l'établissement d'échelles empiriques d'intensité d'approche et d'évitement et des analyses qualitatives.

Un certain nombre de spécialistes, notamment HUTT & HULL (1970), ont l'impression que quand les enfants autistes font volontiers des contacts sociaux, leur comportement est très semblable à celui des enfants dits normaux et aussi que la plupart sinon tous les phénomènes décrits concernant les premiers peuvent souvent être attribués aussi aux seconds.

Sur la base de ces hypothèses, les auteurs se proposent d'abord une observation plus détaillée des enfants normaux et autistes et de leur environnement social et physique et, ensuite, une analyse des conflits motivationnels, souvent pratiquée en éthologie animale. Cette approche est d'autant plus justifiée que le comportement des autistes est surtout non-verbal.

Dans des situations de rencontre tels que s'asseoir devant un enfant et sa mère dans un autobus, ou pendant la visite d'une famille avec des enfants jeunes ou encore lorsque deux enfants étrangers l'un à l'autre et leurs respectives mères se trouvent face à face, l'observateur averti (acteur ou non) constate que les premières réactions de ces sujets sont souvent proches de quelques traits décrits dans le syndrome de Kanner pour revenir finalement à la normale et parfois à un contact social intense. Les réactions de l'enfant observé sont normalement d'interruption de la tâche ou le changement rapide du comportement accompagné d'un mouvement du regard, fermeture des yeux, déviation de la tête et du corps tout entier et agrippement à la mère avec, des fois, serrement du pouce. A mi-chemin de ces réactions extrêmes d'autres réactions subtiles et aussi expressives de rejet de l'étranger peuvent manifester, tels qu'un sourire, les coins de la bouche vers le haut, les yeux légèrement fermés ou tendant très lentement à l'être, ou bien une expression vide avec un regard qui semble traverser l'observateur-intrus. Normalement l'enfant regarde à nouveau l'adulte et la réponse suivante, dépendant de la condition de l'enfant, peut être positive si bien que de l'insistance ou non de l'adulte, peut être positive ou davantage négative.

Ces fluctuations sont très importantes non seulement parce qu'elles peuvent être enregistrées et analysées de façon normative et qu'une réponse correcte peut leur être fournie, mais aussi parce que d'autres réactions plus graves du même type peuvent être repérées chez les enfants 'normaux'. C'est le cas porté par les Tinbergen de cette fillette qui, à l'âge de deux ans et demi en présence du médecin consulté et à l'étonnement des parents, a montré soudainement des signes de retrait total, accompagnés d'une grande agitation motrice, des stéréotypies et d'une grande anxiété. Une fois sorti cet enfant retrouva son comportement social adapté. Le même sujet à six ans, ayant dû rentrer à l'hôpital pour une intervention mineure, s'est bientôt réfugié de plus dans des signes non-verbaux de dépression aiguë, forte agitation et périodes de retrait au coin du lit. Une motricité stéréotypée, comme celle fréquente chez les animaux en cage, une absence de réponse aux questions des parents, complétaient le tableau.

Ces exemples, et d'autres tels que la bonne performance musicale ou même l'excellente connaissance musicale d'enfants autistes par ailleurs souvent comme timides, renforcent l'opinion des auteurs que tout enfant peut, en effet, être rendu "temporairement autistique". Aussi, et cela va de soi, les auteurs n'acceptent pas l'affirmation de Rimland (1964) selon laquelle il n'y a pas de gradation comportementale entre les enfants normaux et autistes et affirment avec les Hutt & Hutt que l'environnement social de la petite enfance peut en effet être un élément causal de l'autisme.

Les Tinbergen expliquent le comportement d'un enfant de deux ans envers un étranger et le retrait habituel de l'autiste en rapprochant ces phénomènes de l'analyse des conflits motivationnels observés chez l'animal. L'éthologie animale, la psychologie de l'enfant et la psychiatrie sont ainsi mises sur un même pied de complémentarité à ce niveau.

Les études d'éthologie ont montré que les mouvements a une fonction de communication ou de signalisation intraspéc que ont pour cause un conflit motivationnel stylisé chez ce qui les produit. C'est bien connu le cas de l'agressivité d yée par les mâles des espèces territoriales surtout, qui os lent entre l'occupation du centre du territoire et sa défen contre les intrus du même sexe à la périphérie, qui est aus lieu de parade sexuelle.

Les Tinbergen prennent à ce sujet, dans le but d'une c raison par analogie avec les mécanismes de comportement de tiste, l'exemple des mouettes qui, pendant la durée du lien pendant la période dans laquelle la tendance au rapprocheme au maximum, voient cette tendance elle-même inhibée par deu res mécanismes: celui de la réponse prédominamment agressiv le mâle et l'ambivalence entre approche et évitement chez l femelle.

L'auteur souligne, à ce propos, deux aspects de compor importants:

1) la fluctuation momentanée de l'état motivationnel sujets et,

2) la façon dont le comportement de chacun d'eux est cé par celui de l'autre, c'est-à-dire la fonction signal de comportements.

Le conflit chez les deux partenaires n'est pas constan mais au-délà des fluctuations momentanées se dessine un pro de réassurance chez le mâle qui, petit à petit, commue son sivité dans des gestes comme tourner la tête ("cut-off", C 1962) et regarder au loin, ce qui réduit l'anxiété de la f il développe également son chant et des mouvements d'attrac

A ce stade, le comportement de la femelle devient particulièrement suggestif. Elle entreprend progressivement des mouvements comme tourner autour du mâle dans une position défensive et liée, prête à s'envoler mais s'approchant de plus en plus de son partenaire. Les tendances à l'évitement comme à l'agression sont ainsi progressivement neutralisées et la rencontre sexuelle devient possible.

C'est la conviction des auteurs et la nôtre que ce type de d'interaction dans lequel deux tendances également sociales mais antagonistes sont progressivement modulées, peut apporter une certaine lumière sur l'autisme aussi bien que sur la schizophrénie énoncée plus haut par Creak, (1, a, b) à propos de la schizophrénie infantile. Il se peut que beaucoup d'enfants autistes désirent en effet établir un contact social satisfaisant qui, en même temps, ils en soient empêchés par la tendance à l'évitement, non suffisamment maîtrisée et que cela, à longue échéance se traduise par un repli total duquel pourront seulement émerger de brefs périodes de symbiose.

Il y a plusieurs types de conflits motivationnels et ils peuvent se dérouler à plusieurs niveaux. Dans un commentaire sur l'affirmation de Hutt & Hutt (1970) selon qui les stéréotypés de ces enfants correspondent à des états de haute excitation (ou arousal), les Tinbergen réfutent une telle interprétation trop superficielle disant que si excitation il y a, c'est parce qu'un certain nombre de systèmes motivationnels (dont la spécificité est importante) ont été déclenchés, fait pour lequel ce n'est pas la quantité d'information transmise qui compte mais plutôt la nature de cet "input", défini en termes de patrons de comportement qu'ils occasionnent.

Ainsi, si les autistes réagissent à la présence des autres personnes avec un style de comportement dans lequel la ten-

l'évitement prévaut, il faudrait savoir quel type d'"inputs mentent ou diminuent les systèmes d'approche ou de retrait. beaucoup d'enfants le contact visuel semble être impossible il se peut que d'autres rejettent aussi le contact auditif tactile, ce qui du point de vue du conflit de motivations n'rait pas tout-à-fait équivalent.

La conclusion à laquelle les auteurs arrivent est qu'i prématuré d'affirmer que 1) il y a une distinction nette en les enfants 'normaux' et tout au moins un certain pourcenta fants autistiques et que 2) tous les troubles autistiques d être dus à des influences organiques (constitutionnelles - ner) et pas, en partie au moins, à des influences du milie

Il peut, peut-être, y avoir des cas d'autisme organiqu génétique, même si les quelques cas rapportés dans la litté ne sont pas convaincants; mais le fait qu'un certain nombre fants dits 'normaux' présentent, dans certaines conditions, tableau complet des symptômes décrit plus haut et qu'une pr d'autistes guérissent avec un type déterminé de traitements de façon plus ou moins spontanée) ne laisse pas de doute q l'existence de l'autisme psychogénétique et montre aussi qu beaucoup plus commun qu'on ne le reconnaît généralement. En et puisque beaucoup de composants du syndrome se révèlent r vement tard, comme les défauts du langage, il semble diffic soutenir l'affirmation selon laquelle l'autisme est observé puis la naissance.

Les auteurs terminent en émettant l'hypothèse que les tes ne sont probablement pas au premier chef des enfants à lème, mais posent un problème d'environnement qui se traduit par une hypersensibilité aux situations sociales et physiques gendrant la timidité, cela entraînerait ces sujets dans un vicieux où la tendance au retrait à partir d'un certain nom

stimuli serait démesurément accentuée et neutraliserait en partie la tendance à la formation de liens sociaux au point même des gestes amicaux peuvent provoquer des réponses de peur chez eux.

Nous avons passé en revue au long de ce chapitre quelques perspectives actuelles sur l'autisme, aussi bien qu'un certain nombre d'approches concourant toutes vers le même objet mais différenciant quant à la procédure et la définition ultime du sujet en question.

En comparant les classifications de Creak et d'O'Gorman à celle de Kanner et secondairement Rimland, on est arrivé à une meilleure délimitation de l'autisme dans le cadre de la psychiatrie clinique. Mahler, au niveau psychanalytique a creusé davantage les origines, déroulement et manifestation des phénomènes décrits dans ces deux classifications et en a polarisé le contenu pour l'enfance sur la dichotomie autisme versus symbiose. Tinbergen, finalement, dans le cadre de l'éthologie a rapproché ces phénomènes de ce qui se passe dans toute rencontre intraspécifique à l'aide d'une observation minutieuse du comportement non verbal, à travers lequel il a pu constater l'action simultanée parfois antagonique de deux systèmes motivationnels, à savoir les tendances à l'approche et à l'évitement. A ce niveau d'analyse il est possible de mettre en rapport des phénomènes normaux et pathologiques et de redéfinir sur des bases plus simples et plus exactes, les constatations de la psychopathologie dans ce domaine.

CHAPITRE II

UNE ANALYSE DES COMPORTEMENTS D'ENFANTS AUTISTIQUES

SELON UNE METHODE ETHOLOGIQUE

A. OBJET

Nous sommes partis de l'hypothèse des Tinbergen pour q enfants autistiques sont des enfants dont le problème est a tout un problème d'environnement social, qui se traduirait l'hypermensibilité et une timidité excessive aux situations contact. Nous avons voulu vérifier, par l'analyse du compor relationnel d'un certain nombre de ces enfants, en quoi peu suster cette "tendance" à l'évitement d'autrui.

A la poursuite de cet objectif sont venus s'ajouter tr types de considérations qui sont implicites dans le déroule du travail:

1 - Si la tendance à éviter le contact est consistant ces enfants, on doit pouvoir repérer chez leurs partenaires relation des comportements qui y sont, partiellement, liés;

2 - Il se peut que le comportement des autistes soit ou moins "évitatif" selon le type de relation entretenue;

3 - La tendance à l'évitement peut aboutir à une rupt tale ou partielle du contact; dans ce dernier cas on peut s mander à quels aspects de relation ils sont plus perméables

B. MATERIEL

1 - Nous avons eu recours à une dizaine de bandes vidéo quarante cinq minutes chacune, aimablement prêtées par le Pr sreur J. Fontaine de la Faculté de Psychologie de l'Université tholique de Louvain. Il s'agit d'enregistrements de séances thérapie avec des enfants autistiques desquels nous avons re quelques extraits portant sur l'action simultanée des deux p naires en présence : la thérapeute et l'enfant.

2 - En outre, on a pu analyser le comportement conjoint de deux enfants, soeurs homozygotes, l'un des deux étant diagnostiqué comme autiste.

Il s'agit du film vidéo du Dr. L.N.J. KAMP (Université de Utrecht), "Le Syndrome Autistique," présentant des séances de thérapie.

Au total nous avons analysé le comportement de sept enfants autistiques dont six, d'âge moyen de 9,1 ans, ont été filmés séparément avec une même thérapeute et dans des conditions identiques et le septième en présence de sa propre soeur jumelle; le septième a été filmé à plusieurs reprises entre 3, 4 et 5 ans dans des conditions qui, pour l'ensemble des observations que nous avons faites sur lui, n'ont pas changé essentiellement.

C. TECHNIQUE

Les observations ont été réalisées à l'aide du magnétophone Philips LDL-3402, 1 pouce.

Elles ont consisté dans l'identification (en termes de

me) et dans la codification séquentielle des gestes relevant l'action dans un certain nombre de séquences par sujet selon un modèle d'approche inductif habituellement employé en Ethologie. Dans ce but, on s'est servi cumulativement d'images fixes, à lenti et en vitesse normale, pour mieux juger de la forme, de l'enchaînement et de la fonction de chacun des gestes.

Puisque le cadre physique du déroulement de l'action a été maintenu constant pour chaque enfant, nous l'avons considéré comme nos observations comme irrelevant.

Les observations systématiques ont été précédées d'une phase de d'observation d'environ cinquante heures, puis d'une période d'établissement du code de transcription. Dans cette phase de travail nous nous sommes inspirés surtout de l'ouvrage collectif de Blurton Jones (Edt.) (1972).

On a visualisé successivement l'enchaînement gestuel chez des enfants psychotiques, puis chez leurs partenaires thérapeutes et enfin la façon dont les deux types de comportement s'organisent. On a reconstitué ainsi des séquences d'interactions gestuelles.

Au total, observation, élaboration du code avec apprentissage perceptif et transcription aussi exacte que possible nous avons pris environ sept mois de travail.

Les observations systématiques portant sur les sept enfants diagnostiqués autistiques et deux thérapeutes totalisent vingt une séquences et 42'50" d'observations utiles, soit une moyenne de deux minutes par séquence.

(1) Dans une analyse de fidélité inter-observateurs, selon la formule $\frac{A \cap B}{(A \cap B) \cup (A \cap C)}$, sur 3 séquences sur 21 nous avons trouvé les résultats suivants: pour les items: 67% et pour les catégories: 83% de jugements concordants.

D. METHODE

Nous nous sommes assignés comme tâches :

1 - Une description aussi détaillée que possible du comportement non-verbal (et verbal lorsqu'il y en avait) des deux ténaires en présence et ceci indépendamment l'un de l'autre;

2 - Analyse de la structure interne commune aux comportements transcrits dans les diverses séquences pour les deux groupes thérapeute/enfant et de leurs possibles rapports;

3 - La comparaison des différents enfants autistiques eux et la répercussion de leur comportement sur celui des thérapeutes (et réciproquement) ;

4 - Un essai d'analyse de quelques stéréotypies.

Les deux premiers points sont un essai de délimiter en termes relationnels ce qu'est l'autisme (cf. A 1). Le troisième point (cf. A 2) est une tentative de mieux cerner ce que sont les divers styles comportementaux ou stratégies utilisées par ces enfants. Finalement, l'analyse des stéréotypies se justifie par le fait que, à notre avis, elles sont chez l'enfant autistique (en situation relationnelle) le centre autour duquel il cherche de l'équilibre dans son comportement; on pourra alors voir sur des bases assez simples comment il y a rupture du contact (3).

1 - d. La description du comportement

Les films dont nous avons disposé ont été tournés selon des critères et avec des acteurs que nous ne connaissons pas sans travers le diagnostic d'autisme attribué aux sujets en thé

Le film du Dr. Kamp est accompagné d'un commentaire verbal sur le déroulement de la thérapie. Notre objectif, toutefois, n'était pas l'analyse de toute la thérapie, aussi l'enfant concerné a été analysé avec le même détail que les autres.

Devant ce matériel notre premier but a consisté dans l'élucidation de ce qui se passe au point d'une procédure permettant le passage de l'observation des comportements enregistrés à leur description aussi précise que possible.

1 - Au départ, à part les idées reçues des éthologues, nous ne possédions pas d'hypothèse précise de travail mais rien que des situations différentes et qui se succédaient dans les films, apparemment difficiles à caractériser.

Après quelque temps d'observation, toutefois, on s'est aperçu qu'il y avait deux types de comportements, chez quelques enfants, de l'existence de deux patrons assez distincts de comportement: l'un d'eux, le plus fréquent, consistait dans des activités infatigablement répétitives et pratiquement sans émission de parole; l'autre, moins fréquent et opposé à celui-ci, se résumait à des postures extatiques avec un visage sombre, comme plongé dans le rêve.

Nous avons été attirés surtout par le premier type de comportements, qui correspondent aussi aux moments de plus grande activité et chez la thérapeute et chez l'enfant.

A ce stade, notre but a été d'identifier des formes de comportement relativement stables (des gestes en l'occurrence - leur rôle est pratiquement inexistante) pour les agencer ensuite les uns après les autres selon l'ordre chronologique trouvé. Mais il fallait aussi nommer et définir clairement ces formes de comportement non-verbal. Dans ce sens, nous nous sommes référés à la

térature éthologique où, parmi les travaux consacrés à l'étude du comportement infantile, nous avons trouvé un certain nombre de listes d'items applicables à nos observations et faites par des auteurs dont les recherches sont complémentaires au niveau de la description du comportement. Ce sont K.H. CURRIE & BRANNIGAN (1970), W. GRANT (1968), BRANNIGAN & HUMPHRIES (1972), MC GILL (1972) et, finalement, GILL LEACH (1972).

Aidés par ces listes d'items nous avons constitué, par référence empirique aux observations faites sur plusieurs enfants, un répertoire couvrant à peu près la totalité des expressions corporelles. Il est composé de 115 items décrivant phénoménalement les postures du corps en général (39 items); 2) les manipulations et contact corporel (44 items); 3) l'orientation de la tête et du regard (17 items); 4) le visage (5 items); 5) la bouche (3 items) et, 6) les sons (6 items). Le niveau de description, comme on peut le constater d'après le nombre d'items par groupe, vise surtout l'activité et l'orientation des sujets observés. Par contre on n'a pas voulu développer davantage la description des regards ou des sourires par exemple, puisque celle-ci nous entraînerait dans des raffinements difficiles à contrôler dans le cadre de ce travail. Ajoutons aussi que, en ce qui concerne les approches ou évitements (Tinbergen), 40% des items sont correctement classifiables à parties égales respectivement sous l'une ou l'autre de ces catégories.

Dans la pratique, l'ensemble de l'action observée a été décrit avec les termes de ce lexique et indépendamment du rôle de l'âge de chacun des personnages de façon à pouvoir suivre et caractériser les comportements respectifs des deux partenaires en présence aussi bien que leurs interrelations éventuelles. Pour aboutir à ce résultat nous avons dû diviser le continuum de l'action en unités discrètes. Nous avons choisi un certain nombre de séquences dans le répertoire de chaque enfant, lesquelles co-

tent sur une ou plusieurs situations (ou unités d'action au d'un centre d'intérêt) elles-mêmes subdivisées en un nombre né "d'interactions dyadiques". D'après les caractéristiques de l'action le nombre "d'interactions" est fonction des initiatives de la thérapeute ou, le cas échéant, de celles de l'enfant.

Etant donné que l'activité des sujets de la thérapie est en plupart du temps très monotone et répétitive, nous n'avons comme critère de choix des séquences que le type de situations de jeu ou d'autres, dans lesquelles l'engagement d'un des partenaires (ou des deux à la fois) était plus marqué. Le terme interaction est à prendre ici dans un sens fonctionnel. Il signifie qu'à la suite de l'évènement d'un geste ou d'un son (articulé ou non) émis par un des sujets, le comportement de l'autre s'est modifié vis-à-vis du premier. D'autre part la "réponse" évoquée peut être plus ou moins longue, tout dépendant d'une nouvelle injonction comportementale du partenaire.

Ce principe reste valable même pour les situations dans lesquelles l'existence d'interaction n'est pas aussi claire. C'est le cas de l'exemple suivant dans lequel à la suite d'une sonnerie "déclat" interne, en apparence au moins, un des sujets change brusquement d'attitude. Dans ce cas nous supposons que c'est en fonction du contexte relationnel créé que le changement est intervenu.

Exemple

Brigitte, III

Temps: 17".

sonTHERAPEUTEinteractionsENFANT

	(1)	(2)
	(<u>1</u>)	shrug+ <u>t'</u> tap+jump'
'sing	'shrug+ <u>t</u> tap+jump/ head forw./+ <u>c</u> kneel	2 turn <u>t</u> to+ <u>a'</u> head forwards/ shrug+jump
	tap+sh <u>t</u> rug+jump	(<u>3</u>) threat+ <u>a'</u> head tilt+ <u>-'</u> lean back tap+sh <u>t</u> rug+jump
	<u>c</u> stand/ <u>a</u> stretch arms to+link	4) <u>c'</u> stand+look ^{a'} up at+ <u>a'</u> link
	<u>c</u> kneel+sh <u>t</u> rug+ <u>t</u> tap+jump	5) <u>c'</u> kneel+sh <u>t</u> rug+ <u>t'</u> tap+jump
	<u>t</u> "	(<u>6</u>) threat+ <u>a'</u> still+look ^{-'} away+ <u>c</u> sta move ^{-'} away.

"Suivant l'initiative de l'enfant qui saute sur une chaise la thérapeute va l'imiter et les deux développent un jeu semblable à celui de jouer le tambour. L'attitude de l'enfant au début est gaie: il chante (1). En (2) et (3) il adopte une position frontale vis-à-vis de la thérapeute qui fait de même. En (3) un peu légèrement incontrôlé le rapproche toutefois de la thérapeute qui a comme résultat une déviation "head tilt" et un repli "lean backwards", suivis de la continuation du jeu.

(1) Il y a à côté de chaque interaction l'indication de qui commence. On peut ainsi voir que en (3) et (6) c'est l'enfant qui prend l'initiative. (L'ordre de survenance du premier de chaque interaction a constitué ici notre point de repère)

(2) L'explication des symboles t, t', etc., se trouve à la page suivante.

En (4) la thérapeute ne fait que prendre acte de l'ambivalence de l'enfant ne cassant pas le rythme du jeu mais en décentrant momentanément le centre de gravité: elle se lève et tend les mains, induisant ainsi l'enfant à faire de même. La collaboration est aisée, presque naïve de la part du premier, qui revient tôt sur la chaise (5) également à l'initiative de la thérapeute. Mais ce qui est inattendu, une nouvelle rupture se produit que la fin du jeu (6): de façon analogue à ce qu'est arrivé (3) l'enfant se rapproche de la thérapeute avec une nouvelle poussée - "threat", à laquelle se suivent - "still, look away, ve away".

Nous pouvons constater dans cette séquence, d'une part l'ambivalence de sollicitation de la thérapeute qui imite l'enfant et de développer le jeu et, d'autre part, l'ambivalence dans le comportement de celui-ci qui vite se voit confronté à une ambivalence d'approche-évitement.

Si on voulait reprendre les termes de Tinbergen, on dirait que la sollicitation de la thérapeute aussi bien que l'adoption des deux partenaires de la position frontale favorise cette ambivalence et la rupture du contact.

Voici le cadre des observations faites sur l'ensemble des enfants. Il y a deux groupes, d'après le nombre de thérapeutes dans les situations d'enregistrement - (La première thérapeute est une adulte et la deuxième un enfant, la sœur jumelle non-psychotique) étudiés par le Dr. Kamp. Il va de soi que le terme thérapeute dans le premier cas doit être pris dans le sens analogique pour exprimer le contact d'un individu sensé "normal" avec un autre dont le comportement est bizarre (cf. HARLOW, H.F., 1969).

<u>sujets</u>	<u>GROUPE I</u>	<u>âge</u>	<u>interactions</u>	<u>séquences</u>
-- 1 -	Alphonse -	13 ans	79	4
-- 2 -	Brigitte -	7,3 ans	89	4
-- 3 -	Charles -	7 ans	68	2
-- 4 -	Damien -	8,9 ans	52	2
-- 5 -	Etienne -	12 ans	19	1
-- 6 -	François -	6,8 ans	23	2
<u>GROUPE II</u>				
-- 7 -	Julie -	3,4 ans	46	4
	-	4,2 ans	5	1
	-	5 ans	9	1

Ces vingt et une séquences se trouvent transcrites dans l'annexe (p.125). Elles ont été écrites dans le but de procéder à une analyse séquentielle du comportement à partir des interactions selon le modèle décrit par G. LEACH dans l'article plus haut, mais cet objectif ne s'est pas avéré possible dans le cadre de ce travail. Plutôt que de rester au niveau des données pour y découvrir par le jeu de l'enchaînement systématique d'un certain nombre de gestes (analyse séquentielle) les éléments susceptibles de définir l'autisme aussi bien que découvrir la valeur de signal - à partir du contexte et de l'action - de quelques uns de ces gestes, nous avons dû nous reporter à un niveau plus général d'analyse.

2- L'action, telle que nous l'avons décrite dans chacune des séquences, peut être exprimée en termes fonctionnels du point de vue du contact (comme le fait d'ailleurs Tinbergen en ce qui concerne l'approche et l'évitement, lesquels recouvrent des intentions nominalement assez dissemblables).

Dans ce but, chaque séquence a été retraduite de part et d'autre (thérapeute / enfant) en une dizaine de catégories empiriques (une synthèse des items attribués précédemment), à savoir :

- | | |
|--------------|---|
| orientation | l- regarder l'autre, exclusivement |
| | a- s'approcher de lui |
| | s- se replier |
| stéréotypie | t- l'activité (instrumentale) primitive; jeu |
| | p- les maniérismes |
| | - les déviations par rapport à l'axe de la tête ou du corps |
| | m- regarder la caméra |
| manipulation | f- les automanipulations |
| | g- la prise d'objets |
| | c- les grands changements de position tels que se lever, s'asseoir ou coucher |

Ces catégories de par leur propre définition ou à la lumière de notre expérience avec les enfants peuvent être regroupées en trois types de conduites à savoir l'orientation, les manipulations et finalement les stéréotypies.

Henri PIERON dans le Vocabulaire de la Psychologie définit la stéréotypie comme la "Tendance à conserver la même attitude à répéter le même mouvement ou les mêmes paroles (...). Constitue un des 'principaux symptômes' du syndrome catatonique. Se rencontre surtout dans l'hébéphrénie et les états schizophréniques". Cette définition est trop générale pour correspondre entièrement à ce niveau de description. En effet, non seulement la pa-

role mais aussi la plupart des activités et postures de ces ts sont des stéréotypes. Dans le cadre de ce travail nous sommes limités à ce niveau à la considération de trois éléments de comportement qui souvent viennent ensemble, à savoir l'activité instrumentale très répétitive, les maniérismes et les replis sur soi-même.

Le passage d'un type de codification à l'autre ne peut se faire sans un certain réductionnisme. Il concerne surtout la séquence et l'intensité et la séquence chronologique des gestes. Ainsi, dans la catégorie g, se replier, sont inclus des gestes différents comme "fold", "slope", "hunch" et "crouch" qui ne sont pas regroupés sous la même dénomination parce qu'il y a entre eux une certaine communauté de formes et qu'on peut distinguer du premier au dernier une intensité croissante de repli sur soi-même (Grant, 1968, parle de l'association trouvée, dans ses études anthropologiques sur des enfants, entre "chin in" et "crouch". "Chin in" est présent dans tous ces items et "crouch" est, selon l'auteur, non seulement attribuable aux psychotiques; en outre, les quatre semblent correspondre à des mouvements de soumission et de repli. Nous laisserons pour plus tard (p.76) l'analyse de quelques-unes de ces nuances.

Sur cette classification elle-même, qui a un nombre fini d'items au contraire de la première, disons que toutes les catégories sont mutuellement exclusives dans le sens qu'un même mouvement ne peut pas appartenir à deux classes selon le même critère. Ainsi, par exemple, lorsqu'un sujet s'approche d'un autre pour prendre un objet nous écrivons a pour l'approche et g pour se replier sur l'objet; en ce qui concerne le partenaire nous écrirons seulement a pour désigner le mouvement vers l'autre aboutissant à l'échange de l'objet.

L'introduction d'une catégorie concernant les regards

peut-être un peu problématique dans le sens que la plupart de autres gestes incluent (comme par exemple a) toujours des regards d'orientation et autres. Elle se justifie toutefois par fait que l n'a pas la même importance chez l'enfant et la thépente. En effet, les artistes éprouvent souvent de la difficulté à regarder les autres personnes (HUTT & HUTT, 1970) et quand ils le font, c'est souvent de biais et se cachant les yeux, ou alors avec les yeux grands et ouverts qui traversent ceux des autres personnes. D'où notre définition de l, regarder l'autre, furtivement, pour désigner le contact visuel (gaze) ou son observation (normalement dans une position extatique) ce qui est rare pendant les approches ou autres gestes.

Encore au sujet des catégories ajoutons que (-) est employé dans le sens de déviations par rapport à l'autre, de la tête du corps, et que f, les automanipulations, recouvre en partie ce qu'on appelle en éthologie mouvements de déplacement ou actes dirigés.

(Un exemple d'application de ce deuxième type de classification se trouve dans la page 38 de ce chapitre sur la séquence déjà commentée). C'est l'importance relative de chacune des catégories dans le comportement des enfants et des thérapeutes qui nous retiendra par la suite.

2 - d. La Structure du Comportement

Puisque la méthode choisie a consisté dans l'analyse de paires d'interactions dyadiques (les séquences) et que des catégories empiriques ont été attribués au départ aux individus en présence (pour simplifier les résultats on a ignoré la répétition d'une même catégorie par interaction), on a voulu savoir si la structure d'ensemble était susceptible de se dégager d'une part dans le comportement des thérapeutes et d'autre dans celui de

fants psychotiques et si ces deux sous-ensembles entretiennent entre eux un rapport.

La première tâche dans ce sens a consisté à voir si les distributions dans chaque sous-groupe sont associées de manière qu'on puisse juger de leur cohésion interne.

Le tableau des fréquences brutes obtenues dans chaque groupe se trouve à la page 112. Sur base de ces résultats on a calculé le coefficient de Concordance W de Kendall pour chacun des sous-groupes dont voici les valeurs (1):

	thérapeutes	enfants
Groupe I (15 obs)	$W = 0,33$ sig. à $0,001$	$W = 0,33$ sig.
Groupe II (6 obs)	$W = 0,35$ sig. à $0,05$	$W = 0,14$ non-significatif

On a essayé de savoir si les résultats moyens de chaque groupe sont corrélés entre eux. Nous avons utilisé à cet effet le coefficient de Corrélation par Rangs r_s de Spearman:

Groupe I	thérapeute I	enfants, I
Groupe II	thérapeute II	enfant, II

(1) Les résultats à ce test demeurent également significatifs non si on pondère les fréquences brutes par le nombre d'actions par séquence et le nombre de séquences par sujet. Groupe I (6 obs.) $W = 0,79^{***}$; Groupe II $W = 0,53^{***}$.

Thérapeute (1) / thérapeute (2), $r_s = 0,92$ $\alpha \leq 0,01$

Enfants (1) / enfant (2), $r_s = 0,72$ $\alpha \leq 0,05$

Il faut remarquer que la thérapeute II est elle-même un enfant de même âge que son sujet de thérapie et que, à notre niveau d'analyse, c'est avec la thérapeute I, une adulte, que son comportement se trouve plutôt corrélié (on a ignoré dans le calcul des corrélations inter-groupes les résultats concernant les catégories m et m' parce qu'elles ont des significations différentes dans les deux groupes (1)). Ces résultats associés à ceux obtenus avec le coefficient de Concordance qui équivaut à un coefficient de Corrélation r_s de Spearman pour plusieurs distributions suggèrent que thérapeutes et enfants ont en effet deux types distincts de comportement et que notre instrument de travail est sensible à cette différence.

Puisque les distributions respectives thérapeute/enfant se trouvent associées entre elles (à l'exception de celles correspondant à la soeur jumelle autistique) nous avons alors essayé une méthode pour relever la structure interne. Nous nous sommes astreints à l'analyse du premier groupe celui dans lequel nous avons constaté un minimum de disparité comportementale d'observation et où la quantité des résultats obtenus est plus grande.

Cette méthode a consisté dans l'application du coefficient de Corrélation de Kendall par rangs τ à toutes les paires possibles de catégories de 1 à 20 (dix pour la thérapeute, dix pour

(1) La corrélation positive trouvée entre les résultats des enfants du premier groupe et ceux du second ne se confirme pas si l'on fait la pondération par le nombre de séquences et d'interactions par séquence; ce fait va dans le sens de la faible association trouvée dans les résultats de l'enfant du deuxième groupe qui est accentuée par la pondération.

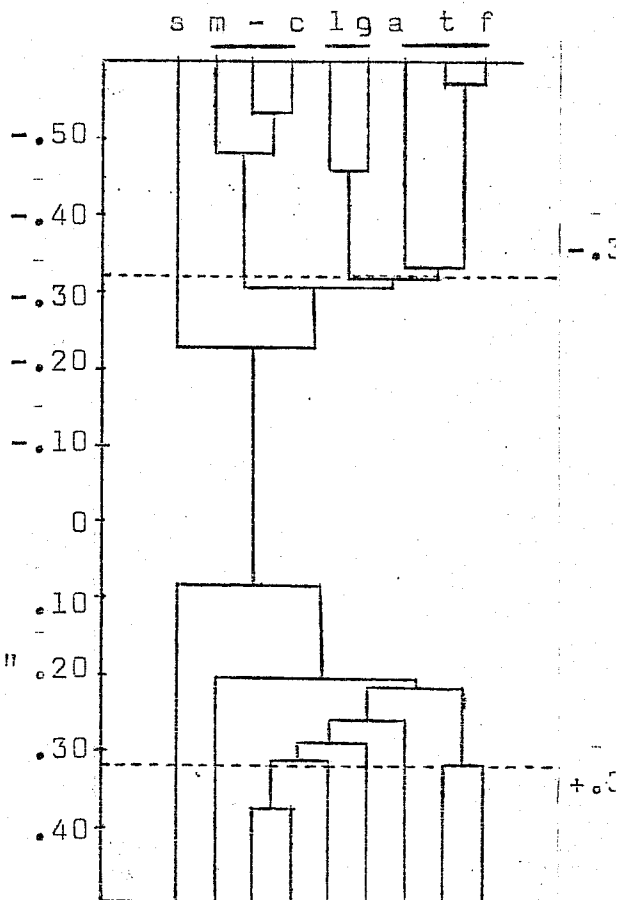
sous-groupe des enfants) pondérant les résultats par le nombre d'interactions par séquence afin de saisir l'importance relative de chaque catégorie dans l'ensemble des observations. Le seuil de signification utilisé a été de $\alpha = 0,05$.

Le coefficient de Corrélation Partielle de Kendall T xy a été calculé lorsque trois variables se trouvaient significativement en relation pour permettre de repérer de possibles éléments saux. Le critère de jugement a consisté dans la grandeur de l'écart du résultat par rapport à celui correspondant au seuil de signification.

On passera successivement en revue la structure des relations dans le comportement de la thérapeute, puis dans le comportement général des enfants et finalement on verra la structure d'interrelations entre les deux sous-groupes.

2 d. 1. Thérapeute

(1) Dendrograme correspondant à une "Single Link Cluster-Analysis" (SLCA) d'après MORGAN et al. (1976). Ces graphiques servent à une meilleure visualisation des relations contenues dans les matrices de corrélations qui se trouvent à la page 113. En dessous et au dessus de la ligne pointillée se trouvent les "clusters" des corrélations respectivement positives et négatives que nous commentons dans le texte.



Nous trouvons dans l'activité de la thérapeute deux ca-
ries de comportement qui ont une importance prépondérante et
sont en relation. Elles sont a, les approches en direction
enfants et l'imitation t de leurs activités instrumentales
res qui leur sont proches telles se balancer, danser, etc.
qu'on pourrait appeler de jeu si elles n' étaient pas aussi
pétitives et incommunicables. (I ne signifie pas d'abord
tion mais on constate que la thérapeute l'utilise surtout
répétition à des fins communicatives d'activités dont l'enf
pris l'initiative). A est positivement corrélée avec g, la
d'objets et négativement avec t .

A-g signifie chez la thérapeute la tendance à s'approch
des enfants dans le double sens d'aller prendre des objets
leur entourage et de recevoir les jouets que les enfants lui
nent. A-t va plutôt dans le sens que lorsque la thérapeute
les enfants, elle tend à diminuer les approches et réciproque
I est aussi négativement corrélée avec f, les automanipulations
qui seraient donc tout comme a, plus fréquentes dans les situations
tions avec peu de jeu ou imitation. Ces gestes automanipulatoires
sont souvent envisagés en éthologie comme des activités de
cement, irrelevantes dans le contexte où elles se produisent
qui supposent à la base un conflit de tendances. Or, la relation
a-t semble être due à l'association de ces deux variables :
 $T \text{ at. } f = 0,26$, ce qui peut signifier que lorsque la thérapeute
ne s'approche pas des enfants dans le but d'imiter, c'est parce
qu'elle en est empêchée ou trouve difficile de le faire. Elle
peut être négativiste et dans ce cas elle a tendance à commencer
avec des approximations simples, prise ou échange d'objets
d'automanipulations.

Un autre signe de l'intérêt dirigé vers le partenaire
socié avec f est sa corrélation négative et proche du seuil de
signification avec les déviations par rapport à l'autre; on

rait dire que plus il y a d'automanipulations, plus petite fréquence des déviations.

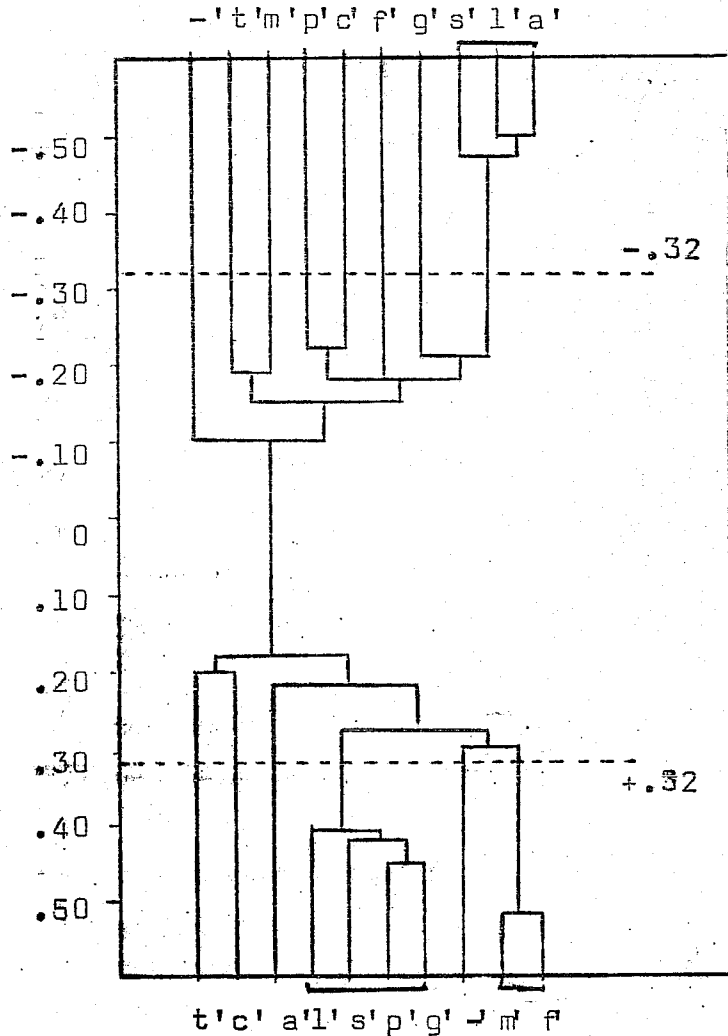
Il y a une corrélation négative entre l, l'observation l'autre et les catégories d'engagement actif comme g et t (que significative dans ce dernier cas). Ce fait est en grande partie tributaire de la propre définition de l (cf. p42). D'autre part, il semble normal que lorsque l'engagement actif diminue est impossible, les activités d'observation simple prennent les premières comme l'indiquent les corrélations relatives hautes mais non significatives entre l et f et l et m .

Toujours dans le sens de l'intérêt porté par la thérapie aux activités de l'enfant il y a la corrélation positive en regardant la caméra qui est présente dans la salle et s, se sur soi-même, posture qui accompagne ici une observation mise. Cette corrélation doit toutefois être prise avec réserve ce qui concerne le comportement général de la thérapeute pour les catégories en question surviennent respectivement dans 62% des cas avec un seul enfant, le premier. Si la thérapeute aussi curieuse en ce qui concerne les appareils de télévision c'est parce que l'enfant fait de même ! Or, la position regard que la thérapeute adopte se trouve corrélée avec les gestes manipulatifs $r = 0,314$, de façon presque significative, $p < 0,05$ qui est peut-être un signe supplémentaire de la difficulté "crochage" à l'activité de l'enfant.

M est négativement corrélée avec c, les gros changements de posture. Ce fait est compréhensible à partir de la relation décrite tantôt. Les déviations par rapport à l'autre (-) surviennent à partir de positions dans lesquelles la thérapeute se penche ou orientée vers l'enfant (cf. ses relations avec f). La corrélation négative - - c par contre pourrait indiquer que c a une fonction inverse, à celle de -, signifiant nota

un changement de posture afin de mieux se situer vis-à-vis d
fants et de s'engager ou non par la suite à nouveau dans des
ches, imitations, échange d'objets, etc.

2 d. 2 Enfants



Il ressort du comportement des enfants pris dans leur en
une chaîne de corrélations positives qui forment le "cluster"
p'-g'. Regarder la thérapeute, se replier, faire des manières
tels que le "hand flutter" (cf. annexe p. 119) et prendre les
jets se trouvent en relation deux à deux dans l'ordre indiqué
le schéma. Vue la bonne répartition de ces catégories à trav
diverses séquences on croit pouvoir dire que ce qui est expr:

ces relations est peut-être une bonne image du comportement ral des enfants.

Les deux premières catégories, regarder l'autre l' et replier s', sont plutôt passives et autant qu'une observation de l'autre leur association signifie ici timidité vis du contact (visuel ou autre), ce que Tinbergen a appelé "évitement". Les deux dernières, les maniérismes ou gestes avec les mains et la prise d'objets sont plutôt actives que les centrales sont dans leur expression opposées, l'une consistant dans un mouvement centripète et l'autre p' centré. Leur coexistence ne peut que signifier un conflit qui est très souvent explicite et a valeur de communication aux yeux de la thérapeute: avec un repli prononcé et un maniérisme, l'enfant amorcer une fuite, ou refuser une caresse ou encore exiger de la thérapeute un jouet alors que celle-ci se montre réticente.

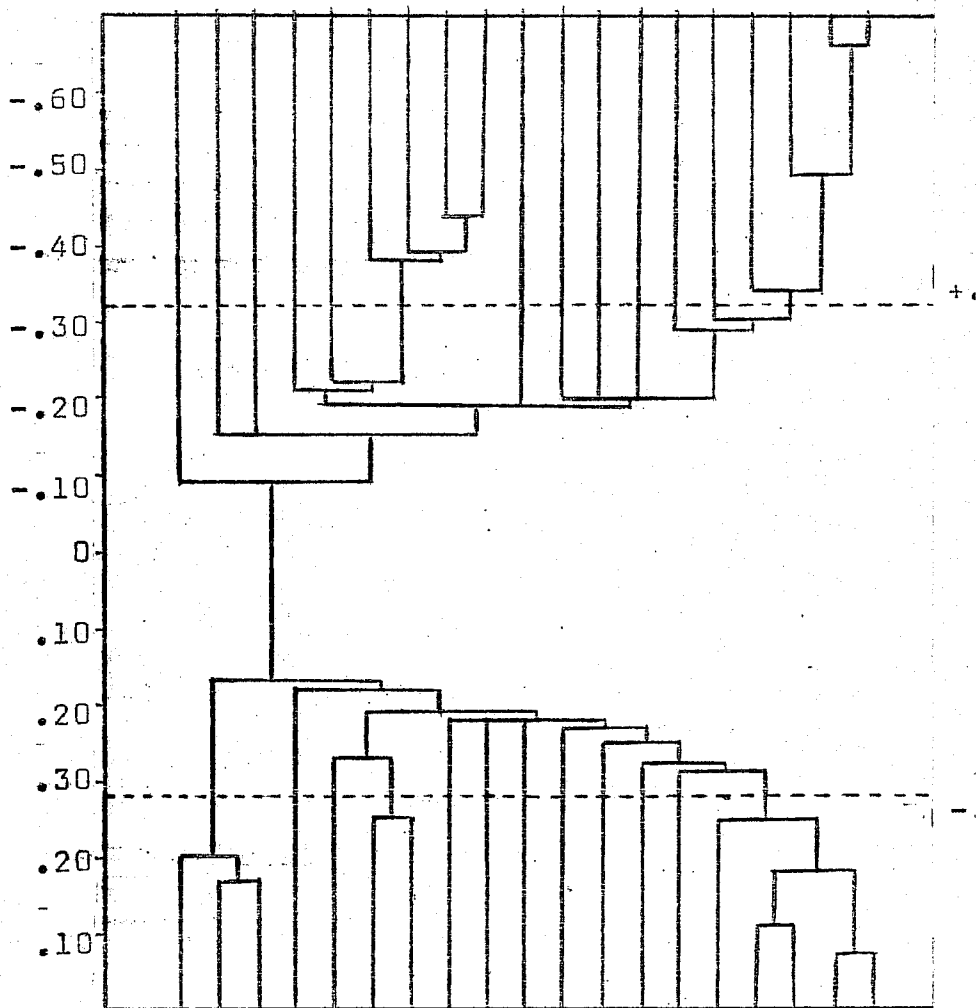
Mais toutes les situations ne sont pas aussi claires. g' est significativement associé avec g' ce qui va dans le sens de faits bizarres pendant la prise ou manipulation d'objets (Creak et O'Gorman 6, b). Ce fait, ajouté au retrait vis-à-vis l'autre et à l'expression du conflit émotionnel décrit (a bien les maniérismes que les replis systématiques et parfois ceux sont bizarres, ce qui laisse supposer une tonalité affective bien particulière à l'origine de ces conduites motrices) comme peut-être l'insistance dans un évitement relationnel, qu'il tendu, avec attachement substitutif à des objets. Cette hypothèse nous semble plausible d'autant plus que dans les situations où les enfants s'approchent effectivement de la thérapeute, a' s' devient non significative comme le montre aussi la corrélation négative entre la première catégorie et les deux dernières. a' est même déterminante dans l'association l'-s' : T l's'.a' ce qui suggère qu'il y a une différence de comportement associée entre les situations dans lesquelles il y a approximation vis-à-vis de la thérapeute et celles où il n'y en a pas.

Peut-être sommes-nous devant un conflit d'approche-évi comme le suggèrent les Tinbergen. On y reviendra par la sui

Deux autres catégories se trouvent également corrélées tivement: ce sont "regarder la caméra" m' et s'automanipule. Cette corrélation doit toutefois être interprétée avec préc puisque regarder la caméra revient en 82% des cas à un seul fant (qui est, d'ailleurs, celui qui présente le plus d'au pulations, 51%). Il regarde la caméra avec beaucoup de pré (il finira même pour vouloir la prendre contre la volonté thérapeute) et les automanipulations s'insèrent dans ce ca (cf. les gestes parallèles chez la thérapeute s-m et s-f. 0,512).

2d - 3. Thérapeute - enfants

l - a f p' m' c' s' t' s' q' l' a' - ' c g' f' m' t



La question qui se pose ici est de savoir si entre le
toire de la thérapeute et celui des enfants, il y a des élé
qui se trouvent associés et si oui, comment les deux struct
comportement s'agencent l'une par rapport à l'autre.

Les comportements de la thérapeute et des enfants se t
associés d'abord au niveau de la prise ou échange d'objets
grands changements de posture. En ce qui concerne le premier
la prise d'objets, $g-g'$, on a remarqué (2 d-1) que g est
aux gestes d'approximation de la thérapeute vis-à-vis des
(elle se déplace dans leur direction pour aller prendre le
ou pour les recevoir de leurs mains), alors que g' est ass
avec la présentation de manièrismes, p' (2 d-2), (et de
non significative, donc beaucoup moins fréquente, avec les
ches, a'), ce qui veut dire que ces gestes chez les enfant
servent que très rarement à la communication sociale dans
mes de la thérapeute, puisque d'abord les manièrismes sont
zarres et pas facilement compréhensibles et deuxièmement,
trouvent négativement correlés avec a' (corrélation non-si
tive). Il y a ici donc une divergence entre thérapeute et
A la sollicitude de la première correspond chez les deuxièm
type de réaction ou de sensibilité bizarre que Hutt & Hutt
pensent liée à un état de haute excitation et dont nous ven
plus loin quelques implications relationnelles (p.104).
aux gros changements de posture qui sont en relation les un
les autres, on peut dire qu'ils sont pour la thérapeute un
de mieux se placer face aux enfants et leurs activités ins
tales rythmiques ou plus généralement de jeu (cf. $c-t'$).
enfants, ils sont surtout liés aux besoins de leurs propres
vités (cf. $c'-t'$ qui est positive mais non-significative
sont aussi, en partie, une réaction aux approches de la thé
te (cf. $a-c'$).

Pour conclure l'analyse de ces deux premiers points, on peut dire que si la prise d'objets et les grands changements semblent respectivement se faire selon des rythmes proches chez la thérapeute et chez les enfants, ils ne sont pas moins tributaires de l'attitude générale de chacun des deux partenaires dans la relation: sollicitude et intérêt pour ce que les enfants font, chez le thérapeute, repli et centration sur soi chez les enfants.

Les replis, aussi bien que les regards en direction de la caméra chez la thérapeute sont négativement corrélés avec les grands changements de posture chez les enfants. Il en va de même pour les replis de la thérapeute et le jeu des enfants (cf. ci-dessus "cluster" de relations formé par ces catégories). Nous avons noté (2-d. 1) la mauvaise distribution des catégories s et t' dans le comportement général de la thérapeute et les réserves auxquelles leur corrélation doit être interprétée. La même corrélation qui vaut maintenant pour les corrélations négatives entre ces catégories et t' d'une part et c' de l'autre. Elles signifient simplement que l'enfant avec lequel la thérapeute présente surtout ce comportement décrit (Alphonse) n'est pas, relativement à l'ensemble du groupe, celui qui est le plus prodigue en grands changements de posture et en activités répétitives (il donne aussi des scores élevés d'être le plus lent de tous les enfants, cf. p. 40).

Par contre, c'est surtout à lui qu'on doit attribuer la corrélation positive entre regarder la caméra m' et s'automanipuler m' puisqu'il détient respectivement 82% et 51% des occurrences de ces catégories, comme nous l'avons déjà dit précédemment (2-d. 1). C'est dans ce contexte d'un comportement attribuable presque exclusivement à l'interrelation de la thérapeute au premier des enfants (Alphonse) que l'association entre m et m'-f' doit être com-

Thérapeute et enfant présentent ensemble la tendance à regarder les appareils vidéo présents dans la salle.

L'élément déterminant toutefois dans cette relation se trouve être les automanipulations de l'enfant comme le montre, d'une part, la corrélation partielle $T_{mm'}. f' = 0,20$ et, de l'autre, la relation positive entre \underline{l} , l'observation de l'enfant par la thérapeute et \underline{f} ; les automanipulations décrites. Une fois encore la thérapeute qui suit l'enfant dans ses activités. Mais l'élément nouveau ici c'est que ce sont les automanipulations de l'enfant (signe possiblement de conflit), qui sont le signal à partir duquel la thérapeute devient curieuse de ce que l'enfant fait. Cette curiosité ne va pas, d'ailleurs, elle-même sans des signes littéraux de tendances comme le montrerait aussi la corrélation $\underline{f}-\underline{m}'$. Nous avons constaté auparavant (p. 47) que quand la relation de la thérapeute à l'imitation des enfants devient nouvelle elle est en partie remplacée par la multiplication des appréhensions en direction de ceux-ci et des gestes automanipulatifs. Il est probable que ce soit cette même conduite que la thérapeute développe quand l'enfant regarde la caméra. En effet, la relation $\underline{f}-\underline{m}'$ peut être due aux corrélations négatives que ces deux catégories tiennent avec \underline{t} , l'imitation. On rejoint ainsi ce qu'on a dit (2-d 1) sur les relations $\underline{s}-\underline{m}$ et $\underline{s}-\underline{f}$. A la base de ces commentaires, il semble y avoir chez la thérapeute des difficultés à "crocher" l'enfant dans son intérêt pour les appareils, intérêt qui est bien caché, d'ailleurs.

Ajoutons aussi que les automanipulations chez la thérapeute et les enfants se trouvent respectivement en corrélation positive et de façon presque significative, $r = 0,307$, $\alpha \geq 0,0553$, ce qui confirme une fois encore la liaison entre ces comportements respectifs, et ceci même dans les situations que nous pouvons qualifier de conflictuelles.

Il faut, finalement, remarquer la relation inverse entre le jeu de la thérapeute t' , et trois catégories de comportement chez les enfants : regarder la caméra, s'automanipuler et prendre des objets. La corrélation négative entre t' et $m'-f'$ est facilement compréhensible à partir de ce que nous avons dit à propos de la répartition de ces deux dernières catégories. Cet enfant est surtout intéressé par la caméra et l'activité de la thérapeute est ici tout d'observation (ce qui confirme en partie au moins le caractère imitatif du jeu de la thérapeute).

En ce qui concerne la corrélation négative entre t' et la prise d'objets par les enfants g' , on peut peut-être conclure que la prise d'objets (préalable à toute activité instrumentale) a chez les enfants un double effet dans la relation: d'abord, elle aboutit parfois à l'échange de jouets entre les deux partenaires; deuxième lieu, l'insistance des enfants dans les prises d'objets peut-être une défense vis-à-vis de l'intromission imitative de la thérapeute qui, pour être à même de rétablir l'identité des conditions de jeu avec les premiers, doit consentir et participer avec eux à la prise ou à l'échange, parfois forcée, d'objets ($g-g'$).

2-d. 4 Conclusion

1 - On a pu constater dans le comportement de la thérapeute deux tendances complémentaires: d'abord son penchant à jouer avec les enfants; ensuite - et puisque cette activité n'est pas toujours possible - elle les suit et s'approche d'eux à des fins diverses parmi lesquelles l'échange d'objets prend une place importante. L'oscillation entre ces deux types d'activités s'accompagne parfois de signes d'ambivalence, de conflit.

2 - Chez les enfants, on a remarqué un complexe de relations qui vont dans le sens d'une double tendance: évitement de la th

rapeute et attachement aux objets. Dans ce contexte on a trouvé deux éléments de comportement qui sont corrélés et d'expressions contraire, les replis et maniérismes. On croit pouvoir dire qu'ils sont réactionnels et peuvent respectivement exprimer un conflit d'évitement et d'approche (notamment dans la défense du jeu)

3- On a aussi constaté que l'activité de la thérapeute est assez influencée par celle des enfants. Lorsque ceux-ci jouent moins par exemple, la thérapeute a tendance à en faire de même (ce qui confirme son penchant à l'imitation). Le point d'équilibre entre les deux types de comportements semble passer par l'adaptation de la thérapeute aux postures de l'enfant (cf. c-c'), aux initiatives instrumentales de ceux-ci (cf. g-g') ou autres qui leurs sont proches (m-m'). La thérapeute est plutôt introussive et les enfants plutôt "évitatifs".

Note

L'activité des enfants, en dépit des influences reçues, est plus plutôt uniforme (voir développement p.95). Les distributions du comportement correspondant aux initiatives prises dans l'interaction (cf. un exemple p.38) ne sont pas significativement différentes de celles où l'initiative est plutôt subie (et provient donc de la thérapeute).

Par contre, chez cette dernière, il y a quelques situations dans lesquelles ces deux types de distributions sont significativement différentes, en particulier avec Alphonse, séquence IV, $L(1) = 7,02$ df.2, $\alpha \leq 0,02$, Brigitte II, $L = 11,64$ df.5, $\alpha \leq 0,05$ et François I, $L = 7,88$ df.4 $\alpha \leq 0,010$. Par ailleurs, le comportement d'ensemble de la thérapeute avec Alphonse et Brigitte

(1) "L" ou test de J.C. Spitz. "De L-toets en de l'-toets volwaardige vervangers van enkele gebruikelijke X^2 toetsen", in Nederlandsche Tijdschrift Psychologie, 1961, p.68-88.

Dans les séquences auxquelles on fait référence l'ordre des initiatives est aléatoire (One symple runs-test, S. Siegel, 1957)

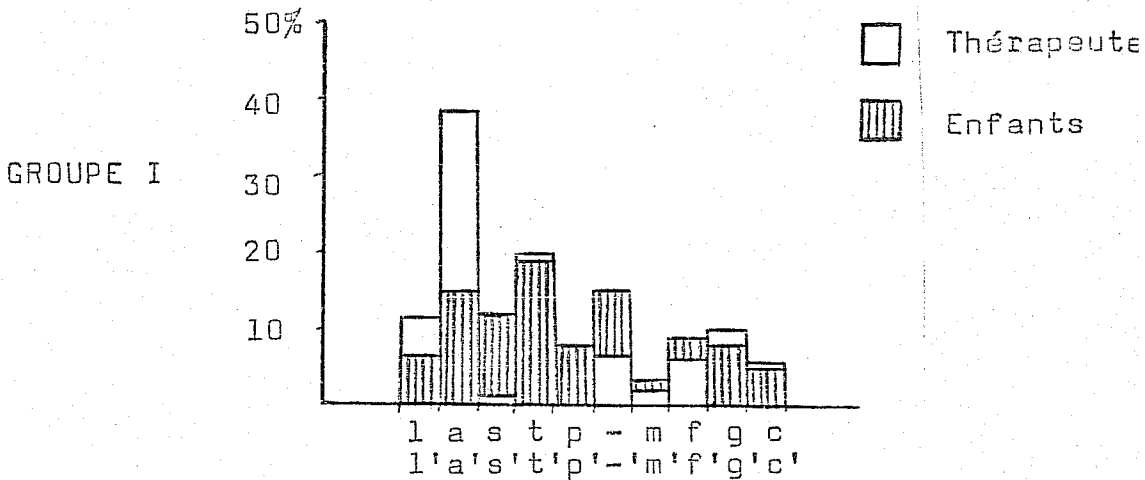
te semble aller dans cette même voie, respectivement $\chi^2 = 2$ df. 20, $\alpha \leq 0,10$ et $\chi^2 = 24,10$ df. 16, $\alpha \leq 0,10$.

Ces résultats peuvent être liés à la prévision chez le thérapeute du type de "réaction" de l'enfant et à l'adaptation des stratégies d'approche qui en découlent. D'autre part, comme ces réactions sont relativement rares, on peut aussi peut-être conclure que cette diversification de démarches, faite sur base d'une connaissance des motivations de l'enfant, n'est pas toujours aisée.

3 d. Les différences de comportement

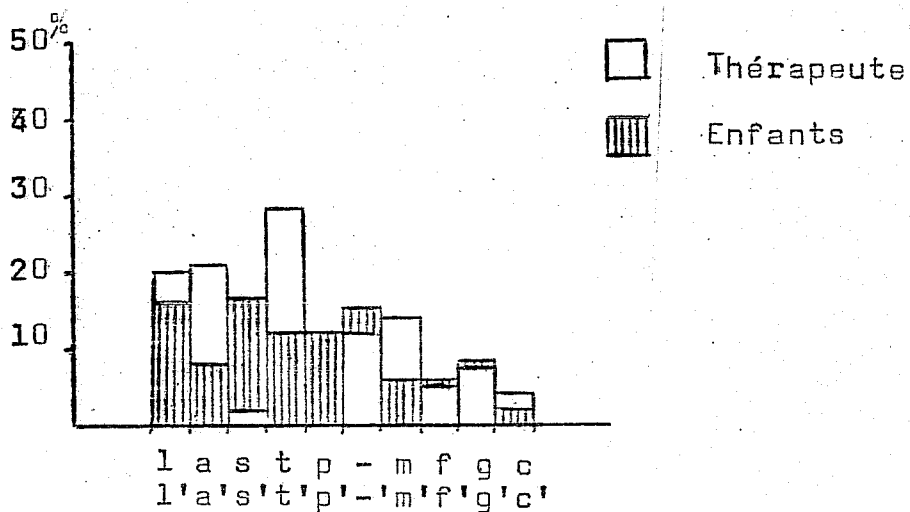
Etant donné les caractéristiques des résultats de l'observation (cf. p.112 de l'annexe) qui comportent un certain nombre de disparités, notamment le nombre inégal de séquences et d'initiations par enfant, nous les avons ramenés à des pourcentages par sujet et testé ensuite par rapport à la moyenne générale des deux sous-groupes, thérapeute / enfants, afin de saisir l'évolution des différents comportements, sujet par sujet. Les résultats sous cette nouvelle forme sont synthétisés dans les histogrammes qui suivent.

Les valeurs moyens



Les deux distributions, qui sont significativement différentes, suivent des patrons distincts l'une de l'autre. L'allure de la courbe chez les enfants est plus aplatie et la distribution plus uniforme que chez la thérapeute; chez celle-ci prédominent les approches, les regards et la prise d'objets contre un grand nombre de replis, maniérismes, déviations et automanifestations chez les enfants. Les courbes montrent aussi que thérapeute et enfants ont des taux d'activité semblables en ce qui concerne les grands changements de posture, prise d'objets et le jeu d'imitation pour la thérapeute) et les regards vers la caméra. Nous avons vu antérieurement que c'est autour de ces activités de la relation entre les deux partenaires semble s'organiser, mais dans des directions distinctes. En effet, d'après l'analyse des catégories prédominantes dans les deux distributions on constate chez la thérapeute un type d'orientation qu'on peut appeler positive (l, a) orientée vers l'action d'ensemble (t), alors que celle des enfants prend une orientation négative autocentrée (-', s', p', f') et orientée également vers l'isolement du jeu (t') qui est en effet dans la plupart de la séquence d'actes stéréotypés. Les courbes montrent également que chez la thérapeute les replis s et les maniérismes p sont pratiquement inexistantes.

GROUPE II



(Nous présentons les résultats de ce deuxième groupe d'observations à titre de comparaison avec ce qui se passe dans le premier). Le cadre dans lequel l'enregistrement des séances a été fait est différent de celui employé pour les six premiers jets. Ainsi m et m' prennent ici un sens nouveau. Dans les séances antérieures ces catégories signifiaient "regarder la caméra dans le sens de curiosité pour les appareils (chez un enfant) et d'orientation plus ou moins intentionnelle vers celui qui les manipule (chez la thérapeute et occasionnelle chez deux autres enfants). Ici, en vertu de la présence dans la salle d'une tierce personne, le thérapeute adulte, m et m' signifient l'orientation du regard vers cette personne.

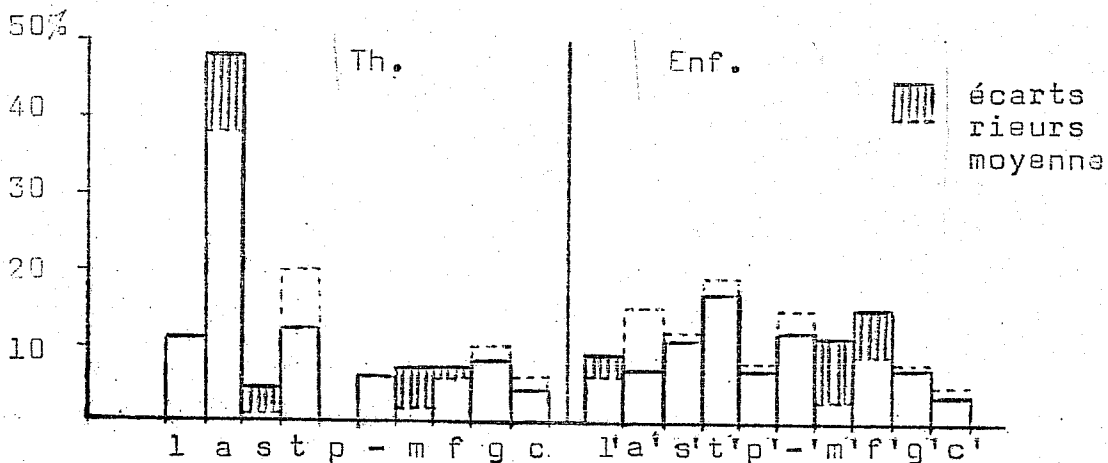
Chez l'enfant-thérapeute, on constate la prédominance de regards dirigés vers sa soeur, approches, jeu, regards dirigés vers la thérapeute, m, et grands changements de posture contre un plus grand nombre de replis, maniérismes et déviations chez sa soeur jumelle. Les taux d'activité des deux enfants coïncident dans les automanipulations et prise d'objets - peut-être parce qu'ils disposent ou veulent disposer de jouets semblables. A ça, l'enfant-thérapeute semble plutôt orienté vers le contact main et le jeu (l, a, m, et t) et sa soeur vers un comportement autocentré (s', p', -') - chez la thérapeute, les replis et maniérismes sont pratiquement inexistantes aussi ; son jeu, de pourcentage inférieur à celui de sa soeur, est parfois très réussi mais il dégénère vite en des stéréotypies et surtout maniérismes. Il nous semble qu'à part certaines nuances, il y a des ressemblances assez nettes entre les deux groupes.

Parmi les six premiers enfants, il n'y a qu'un seul chez lequel la distribution du comportement par catégories diffère significativement par rapport à la moyenne. Chez la thérapeute, la distribution est aussi significativement différente. Et nous avons donné l'identité de conditions d'enregistrement pour tous les jets de ce groupe et en l'absence de causes internes connues

terminantes du comportement de la thérapeute, comme par exemple la fatigue ou autres, il nous semble que ce résultat reflète le texte relationnel d'influences réciproques dans lequel l'activité a été enregistrée.

Nous allons maintenant passer en revue les caractéristiques principales de la relation de la thérapeute avec chaque enfant à partir de la base des résultats de chaque sujet comparés à la moyenne. Nous présenterons aussi quelques exemples de l'action conjointe des deux partenaires à partir d'extraits des séquences.

3 - d. 1 Thérapeute-Alphonse



Chez la thérapeute, l'accent est mis successivement (écarts positifs par rapport à la moyenne) sur les automanipulations, les regards vers la caméra et approches; chez l'enfant ce sont l'observation de la thérapeute, automanipulations et observation de la caméra qui prédominent. L'activité des deux partenaires tend à se centrer autour de l'intérêt commun pour les appareils de télévision (m, m') à partir de quoi la thérapeute donne des encouragements d'être plutôt "introussive" (a, s un repli qui n'est pas défensif, mais qui signifie observation minutieuse de l'enfant et de la caméra) et l'enfant plutôt passif (l', f') et orienté vers la caméra. Cette tendance à la passivité est, par ailleurs, renforcée par le fait que toutes les autres catégories sont inférieures

à la moyenne, au contraire de l', m' et f' qui atteignent les plus hauts parmi les enfants. Chez la thérapeute a, s et sont ici les plus hautes également de toutes les distributions. Elles paraissent avoir une fonction de compensation aux caractéristiques du comportement de l'enfant. Puisqu'il est difficile de savoir ce que l'enfant veut exactement de la caméra, la thérapeute multiplie les approches et se replie pour mieux observer. L'enfant la regarde, regarde la télévision et, peut-être pris entre deux feux, se gratte entretemps (cf. 2 -d.3 sur les corrélations s-m, m'-f' et m-m', f').

Activités de cet enfant

séquence I	1 -22	regarde la caméra
	23 -28	prend et feuillete un journal, garde la caméra
II	1 - 8	regarde la caméra
	9 -18	feuillete le journal, regarde la caméra
	19 -22	se fait peigner et retirer les bretelles; entre dans le carré de
	23 -27	reprend le miroir, contrôle les réactions de la thérapeute et essaie de prendre le microphone
III	1 -12	regarde la caméra, se met sur la chaise, crie "Maman !"
IV	1 - 3	joue avec la couverture (cherche contact corporel) et regarde la caméra
	4 -12	feuillete le journal, regarde la caméra.

Exemple

Séquence n.1 (cf. p.125).

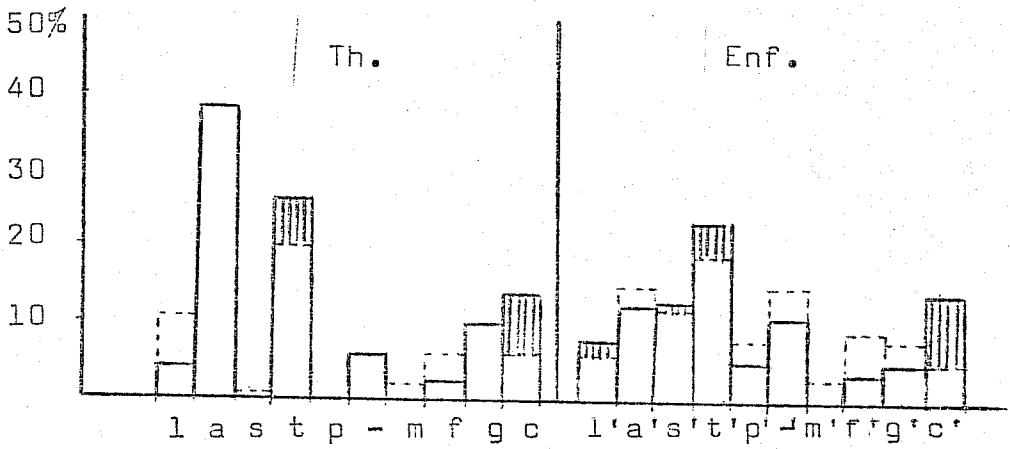
Alphonse I

"La constante dans le comportement de la thérapeute est s'approcher de l'enfant et en particulier de (5) à (15) regarder aussi la caméra et jouer avec le miroir pour finalement de (1) à (22) l'interpeller sur son activité. En ce qui concerne l'enfant celui-ci oscille de (1) à (15) entre surveiller la thérapeute regarder la caméra toujours dans une position repliée et de (16) à (22), sensible à ses commentaires, il se cache davantage la regarde, pour revenir petit à petit à la caméra.

En (1) l'enfant prend un objet qu'il remet à la thérapeute et s'en écarte aussitôt après avoir pris un autre. A l'approche la thérapeute qui revient, il se replie et se touche (4) - "mouth touch leg, cover face, mouth". En (5), pendant que sa partenaire regarde la caméra, il frappe sur le miroir, geste qu'elle va de suite imiter (6) pendant qu'il la regarde, regarde la caméra et sourit. Thérapeute et enfant regardent pour un moment l'appareil (7) et le dernier contrôle par le miroir les gestes de sa partenaire. Celle-ci l'interpelle par son nom se penchant sur le miroir qu'elle prend ensuite et il se replie et se touche (8), (9). Elle se sert ensuite du miroir pour regarder la caméra et le lui cacher (11) et (12), pendant qu'il la regarde, se touche, se replie et fait des sons. En (13) la thérapeute parvient à objectiver ce que l'enfant fait "Alphonse regarde la caméra !" et pour un moment ce dernier continue à le faire pour se replier ensuite et regarder autour pendant quelques instants. Une fois encore la thérapeute essaye de se mettre à la place de l'enfant et faire ce qu'il fait (14). Elle s'automanipule vigoureusement. L'en -

fant la regarde et sourit (15). "Dans le miroir c'est Alpt et "Je te regarde" accompagnés d'une position penchée sur fant n'altèrent pas sensiblement l'allure de ce qui vient dit. L'enfant continue simplement à regarder indirectement thérapeute, se replie au maximum et sourit (16). En (20), échange des objets avec la thérapeute et recommence de nou regarder la caméra.".

3 - d 2. Thérapeute - Brigitte



Les histogrammes montrent la tendance commune des deux tenaires aux grands changements de posture et au jeu (très réotypé chez l'enfant et imitatif chez la thérapeute). Ces catégories atteignent ici le pourcentage le plus haut de toutes les distributions. A part ça, on note aussi chez l'enfant une préférence de regards vers la thérapeute légèrement supérieure à la normale. Ce résultat s'explique par le fait que dans un certain nombre d'occasions l'enfant est réellement intéressé par l'acte de la thérapeute (surtout lorsqu'elle manipule des objets comme un torchon ou des ficelles, objets de jeu préférés de l'enfant). La relation semble se dérouler en des termes assez simples. La thérapeute s'approche dans le but de jouer ou imiter.

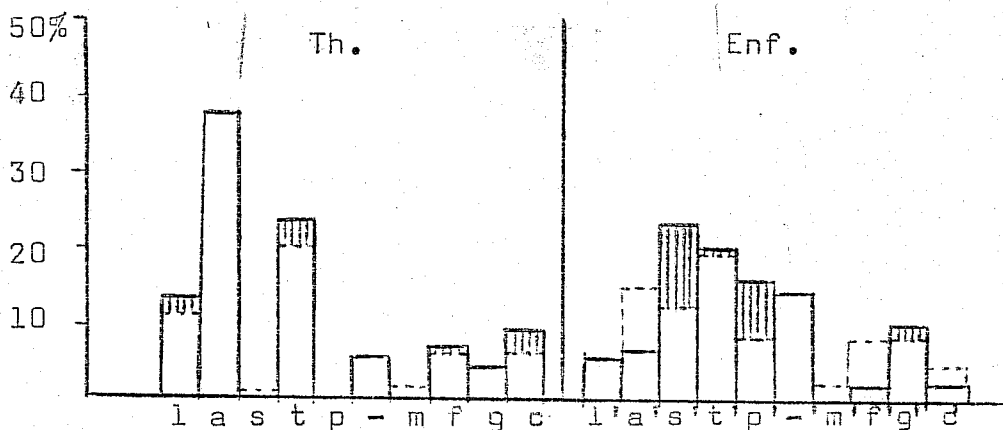
fant et les changements de posture doivent être compris ici comme un effort d'ajustement à cette tâche. Il en va de même pour un certain nombre de changements de posture de l'enfant, mais d'autres sont plutôt une réaction à l'"intromission" imitative de la thérapeute. On trouvera quelques exemples de ce que nous venons de dire dans le chapitre suivant.

Activités de cet enfant

- | | | |
|------------|---------|---|
| séquence I | 1 - 6 | secouement de la bande à papier |
| | 7 - 16 | danse: vol dans les bras de la thérapeute |
| | 17 - 25 | secouement de la bande à papier et bâton |
| II | 1 - 13 | boit par le biberon |
| | 14 - 19 | secouement du biberon |
| | 20 - 25 | boit par le biberon |
| III | 1 - 6 | secouement sur une chaise |
| IV | 1 - 12 | secouement de la bande à papier et nettoyage du sol |
| | 13 - 18 | jette le ballon |
| | 19 - 25 | se replie auprès de la thérapeute et sur une chaise |
| | 26 - 33 | danse: vol dans les bras de la thérapeute |

nouveau le jouet comme d'habitude, peut-être pour mieux fixer l'attention de l'enfant. Mais sans beaucoup de succès (28-30). Ce sont les pieds en mouvement de la première qui semblent l'intéresser; il se dévie, se couvrant le visage et riant.

3 - d. 4 Thérapeute - Damien



Chez cet enfant, dont la distribution comportementale est significativement différente de la moyenne ($\chi^2 = 19,03$, df. $\alpha \leq 0,05$), on note la prédominance des replis, manièrismes, poses d'objets et jeu, contre le très bas pourcentage d'approches, automanipulations et gros changements de posture. Ces résultats ne semblent pas infirmer le diagnostic d'autisme attribué à cet enfant, si l'on tient compte des hauts pourcentages de replis, manièrismes en fonction du jeu très stéréotypé qu'il développe des approches imitatifs de la thérapeute. Chez celle-ci, on constate la prédominance des regards, imitation et grands changements de posture; le taux d'approximation est moyen. Son activité peut être comprise comme une approximation et imitation prudentes du jeu de l'enfant. En ce qui concerne ce dernier, les replis servent un double but: d'abord de défendre les objets dont il s'est amusé contre la convoitise et l'"intromission" de la thérapeute, ensuite, lorsque son espace de jeu a été effectivement envahi

servent à la fonction plus générale de retrait. Les manières consistent ici à faire tourner dans la main d'une façon triviale et stéréotypée les jouets avec lesquels l'enfant frappe les meubles, murs, etc.

Activités de cet enfant

séquence I	1 - 11	l'approvisionnement de jouets
	12 - 20	le jeu
	21 - 41	le jeu à deux
II	1 - 4	l'inspection des jouets: "s"
	5 - 12	le jeu.

Exemple

Séquence n.11 (cf.p.147)

Damien, I

Intéactions 1 - 41.

"1 - 11: une fois rentré dans la salle, la recherche par l'enfant commence. La thérapeute s'approche (2) et lors de la "distance critique" entre les deux partenaires se réduit (3) l'enfant - "get, hug, back step". Celui-ci évite, en effet, le contact possible avec la thérapeute qui ne cesse d'ailleurs de s'approcher en l'interpellant. Mais lorsque cette dernière lui montre les jouets (5), (7), (8) l'enfant la regarde facilement. L'échange d'objets qui commence en (8), et se poursuit jusqu'à (13), est accompagné d'une compagne d'écholalies: "Tiens, tiens ...".

12 - 20: Le jeu commence (12) - "shake, tap". La thérapeute imite son partenaire. Celui-ci, qui embrasse déjà son stock

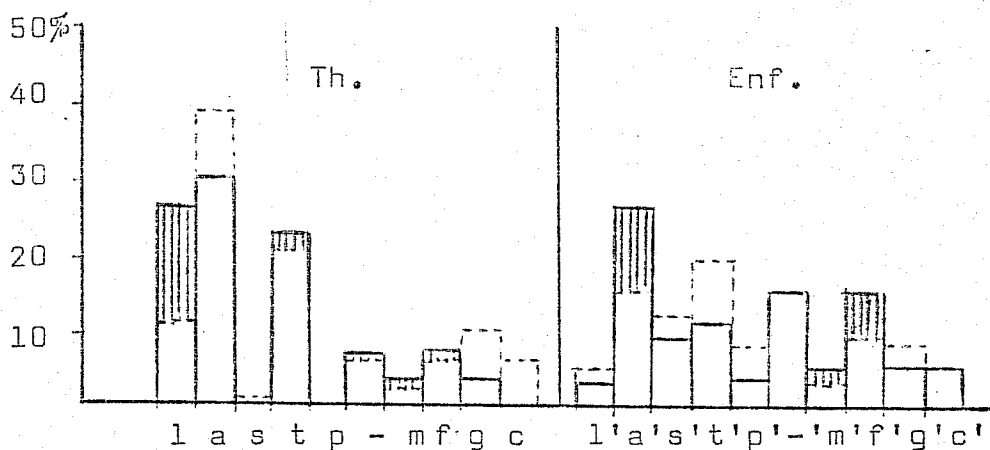
jouets, en prend encore un à la thérapeute (13) qui poursuit n ré tout l'imitation (14) pendant que l'enfant se replie sur son jeu - "flinch". La thérapeute s'approche encore un peu (15) "threat" et l'enfant - "look at, move back, hug" (comparer avec (4)) et - "de l'eau", il demande de l'eau sans obtenir une réponse favorable après quoi il continue à jouer; dans des circonstances relationnelles pareilles (18) il reformule sa demande - "I get (un verre en plastique), back step, look at, show (le verre), à deux reprises sans plus de succès - "Tu viens tout juste d'en avoir ! " et le jeu continue.

21 - 41: C'est contre le mur de la salle que l'activité de l'enfant se poursuit (21) et lorsque la thérapeute s'approche, l'enfant se dérobe encore pour jouer seul. Tout se passe un peu différemment en (22). Ici - "turn to, look at, play face, shake" il accepte la concurrence imitative de sa partenaire. Elle s'approche (23), l'enfant augmente l'intensité du jeu, la thérapeute s'arrête un peu (24), prépare la suite soigneusement et l'enfant, se voyant tant un peu visé, sourit. Se déplaçant très lentement le long du mur (26), la thérapeute semble, petit à petit, prête à atteindre son objectif: toucher le jouet de l'enfant avec le sien, ce qui produit effectivement - / "touch, withdraw, smile, avoid, sidle". En (27) l'enfant se retire avant l'échéance, souriant, mais la patience de la thérapeute l'emporte à nouveau (29) - / "shake, touch, flinch, avoid, shake, sidle, hunch, touch" et en (30), coincé, change de tactique: "Avoir un papier !" (toujours le "back step, look at"), il veut avoir un papier, ce à quoi il ne tient pas tout (31 et 32): il s'en va pour prendre encore plus d'objets à secouer. Et même si la thérapeute cherche encore à l'imiter ce n'est que pour se heurter à une variabilité comportementale plus en plus grande de l'enfant. Il cherche des objets, dispute même quelques uns à la thérapeute, se déplace souvent, émettant "utterances" et une série d'écholalies retardées, pendant que la thérapeute, tout en essayant de causer avec lui, devient de plus

plus passive".

Nous avons l'impression que la verbalisation chez cet enfant survient surtout en des moments critiques du contact ou aux moments d'excitation. En ce qui concerne les écholalias, par exemple, on peut constater qu'elles surviennent aux moments où la verbalisation de la thérapeute, est plus intense. En ce qui concerne l'articulation de phrases proprement dites, elles surviennent respectivement en (15), (18) et (30) à des moments où à la suite de nouvelles approches de la thérapeute, l'enfant semble momentanément incapable de poursuivre son jeu.

3 - d. 5 Thérapeute - Etienne



La distribution du comportement de la thérapeute avec cet enfant ne est significativement différente de la moyenne: $\chi^2 = 16,8$, $\alpha \leq 0,05$. On y trouve la prédominance des regards (le pourcentage le plus haut atteint par la thérapeute), du jeu et, à de faibles pourcentages, des déviations, automanipulations et dirigés vers la caméra. Les grands changements de posture existants et la prise d'objets et les approches sont très inférieures à la moyenne. Apparemment, la thérapeute se contenterait d'une attitude passive face à l'enfant, l, avec quelques signes

guité dans la relation: - m, f. Mais ce n'est que partiellement le cas ici. L'enfant cherche en effet un contact corporel étroit avec la thérapeute et c'est dans ce cadre que la prédominance de lui des approches et automanipulations doit être comprise. Ce qui est préféré consiste essentiellement à vouloir être porté en cavalier par la thérapeute. Ainsi son jeu à elle n'est pas ici l'imitation de l'enfant mais plutôt l'obéissance à son impératif de faire cheval encore et encore, ce qui ne va pas sans quelques réticences au départ, surtout avec lesquelles la thérapeute dans un face à face avec l'enfant lui propose un contact corporel plus dire- ment moins stéréotypé que celui que l'enfant exige.

Exemple

séquence n.13 (cf.p.151).

Etienne, I

Intéractions 1-19.

"1 - 10: Une fois sur la table (1), l'enfant semble per-
mais il donne aussitôt des signes de s'intéresser à la perso-
la thérapeute - "stand on table, cloth, look at, look at cam
Il s'approche timidement de celle-ci et la touche: "sidle, g
away, step forward, bend over to, touch her shoulder", mais
de façon paradoxale, il se replie brusquement avec un "self-
en même temps qu'il crie "Encore", mot qu'il emploie fréquem-
lorsqu'il s'agit de commencer ce jeu. C'est que l'enfant veu-
la thérapeute se place dans la bonne position alors qu'elle
nue simplement à le regarder et à lui poser des questions. L-
se de cette dernière est une caresse (4), ce qui n'aide pas
coup à la situation: il se replie une fois encore couvrant l-
ge souriant et devant l'insistance de la thérapeute (5), il
à nouveau plus raide avec un "self-clasp". "Encore?", dit la
peute qui s'approche de nouveau (6). Il réagit vite - "bend

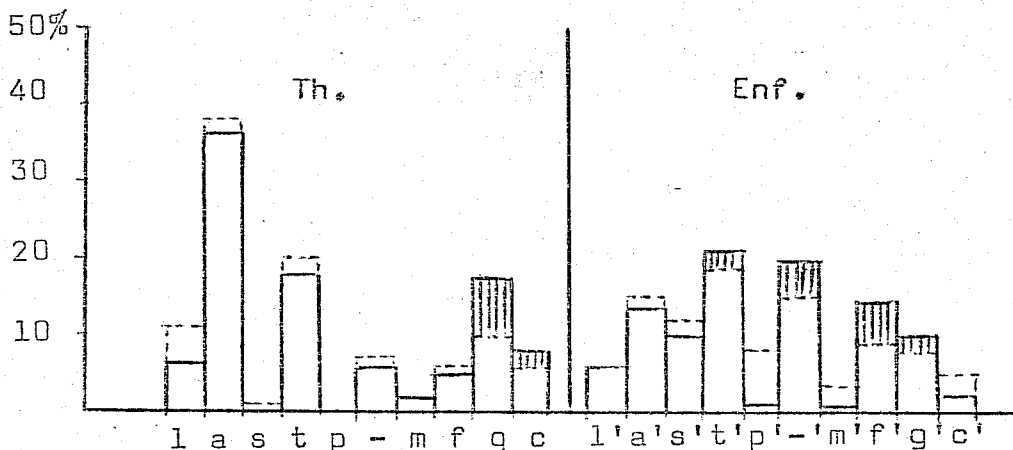
jerk, 'oui', hand flutter". La thérapeute consent (7) mais nouvelle caresse (8) provoque le repli de l'enfant qui s'ex à nouveau (9): "jerk, hand flutter".

10 - 19: Le jeu commence, l'enfant saute et rit (13) d que la thérapeute. Celle-ci se tourne néanmoins pour regarder l'enfant qui, pour un moment, s'arrête et se replie pour se ter le visage et sourire ensuite. Le chevauchement continue comme l'enfant a la propension à sauter de façon à se rendre commode pour la thérapeute (le jeu prend une coloration érice qui oblige celle-ci à le contrôler de plus en plus fréqu - "glance at" la fin proche du jeu devient inévitable. En (l'enfant s'accroche fortement à la thérapeute criant "Encor le jeu se termine (18). L'enfant revient sur la table (19), sant d'une façon qui lui est habituelle "to-to-fro-rock", s manipulant et donnant des signes de vouloir continuer: "Oui

Il est, peut-être un peu paradoxal que cet enfant, au re de tous les autres, cherche aussi activement le contact rel avec la thérapeute alors que nous savons que la tendanc l'évitement est une des caractéristiques principales de l'a On dispose de peu d'observations et de renseignements sur c fant pour pouvoir entrer dans des questions de diagnostic sions seulement que son jeu reste tout de même très répétiti il y a de l'écholalie et de l'évitement du regard et que mê ses intérêts se portent plutôt sur une personne que sur des il n'empêche que cette personne soit plutôt utilisée ici, e une barrière de contact existe chez cet enfant. Son refus c ses, par exemple, accompagné de "fold, neck, head tilt" (c Harlow (1969) appellerait de "self-clasp", et qui signifie les primates supérieurs un conflit profond et peut-être un poir dans la relation), pourrait être plus que circonstant indiquer, par exemple, une longue isolation vis-à-vis de sa

Ajoutons que cet enfant n'est pas le seul à rechercher la thérapeute le contact corporel. Par contre, tous les enfants analysés refusent des caresses.

3 - d. 6 Thérapeute - Francois



Les histogrammes montrent le ralentissement général de l'activité de la thérapeute, sauf en ce qui concerne la prise d'objets et les grands changements de posture. Ces résultats sont fondés sur les intérêts de l'enfant chez qui prédominent le jeu, la prise d'objets, les automanipulations et les déviations. Le pourcentage de regards dirigés vers la thérapeute est moyen. Le jeu de l'enfant consiste dans la construction d'un mur de briques sur le sol et autour de soi (il les ramasse d'abord, puis entre dans le carré de sable pour faire sa construction). La thérapeute essaie de l'imiter, mais l'enfant la refoule progressivement et c'est dans ce contexte que les déviations et automanipulations prennent en partie leurs sens. Elles se présentent aussi pendant la phase d'"enthousiasme" qui accompagne la prise d'objets.

Activités de cet enfant

séquence I	1 - 10	construction d'un mur de briques sur le sable
	11 - 14	la défense du jeu vis-à-vis du thérapeute
II	1 - 9	la prise d'objets.

Exemple

séquence n.14 (cf.p.153)

François, I

Intéactions 1 - 14.

"1 - 10: Les approches de la thérapeute sont timides. L'enfant reste apparemment impénétrable à ses avances et ceci à l'aide d'un certain nombre de mécanismes de défense. En (1), après avoir pris et déposé une quantité de sable, il met la main sur la rive, position qu'il conservera jusqu'à (6). Il y a en plus une série de déviations vers le côté opposé à celui dans lequel la thérapeute se trouve (1), (2), (7), (10), moments qui coïncident avec des approches de la thérapeute qui semble ainsi tenter de franchir l'espace protectif de l'enfant. Mais celui-ci semble également contrôler tous les gestes de la thérapeute en la regardant directement ou de travers, en (3) et (10) notamment.

11 - 14: La thérapeute intensifie son jeu de remuer le sable. Elle peut-être embalée par les sourires de l'enfant, lequel réagit par un refus d'"intromission" progressif. Il lui retourne la brosse avec laquelle elle joue (11), repousse sa main qui tente de l'approcher (12) et lui jette du sable (13), (14) tout en disant par deux fois (les seuls moments dans lesquels l'enfant présente des réactions critiques, cf. p. 70) comme réponse aux interpellations.

"Non?" et "Tu ne veux pas?" (14) de la thérapeute. De (11) les "look at" et "head tilt" se multiplient ainsi que les "manipulations".

3 - d. 7 Conclusion

Chaque enfant présente des intérêts de jeu bien arrêtés pratiquement invariables de séquence en séquence. Ces "jeux" constitués par des séquences d'actes qui restent identiques mêmes et, en principe, fermés à la participation de l'autre.

Dans tous les cas, l'activité de l'adulte, sensible au caractère bizarre et autocentré de ces stéréotypies (cf. les pourcentages d'approches), consiste à rendre profitable par sa relation ce que l'enfant fait, c'est-à-dire à être admise par lui-ci dans son activité.

L'évitement de l'enfant prend essentiellement deux aspects : la concentration sur son activité et défense de celle-ci à l'intrusion de l'autre (qui est tout de même utilisé afin que l'enfant puisse continuer).

Néanmoins, devant l'effort de communication de la thérapeute, presque tous les enfants acceptent très sporadiquement une intrusion brève au niveau du jeu. C'est ainsi qu'Alphonse I, (5), (7) regarde ensemble avec la thérapeute la caméra (cf. p. 6) pour se replier ensuite; Brigitte accepte de secouer le bâton ensemble avec la thérapeute, I, (20), (21) et (25); se montre intéressée par le nettoyage du sol que la thérapeute fait, en évitant l'intensité de ses stéréotypies, IV 1 - 12; saute sur la chaise imitant le tambour avec la thérapeute, III, 1 - 6 (38 et 78) ; Charles II, 18 - 30 interrompt le jeu des jouets pour s'intéresser aux gestes de la thérapeute qui de

(cf. p. 67) et finalement, Damien, I, 12 - 30, qui accepte l'interaction de sa partenaire et joue avec elle sur le mur (cf. p. 67)

En ce qui concerne Etienne, il cherche délibérément le contact corporel, ce qui provoque occasionnellement chez la thérapeute une attitude défensive.

Plusieurs autres enfants acceptent ou recherchent aussi radicalement le contact corporel: Alphonse, IV, 1 - 3 (la courbe de distance à laquelle la thérapeute se maintient vis-à-vis de lui ne semble pas le gêner); Brigitte, I, 7 - 16 et IV, 26 - 33, jouant dans les bras de la thérapeute; Charles, I, 1 - 2 est tenu dans les bras de la thérapeute et, 10 - 15, il frappe sur sa tête et ensuite sur sa main, d'abord un peu agressif mais joue ensuite.

4 - d. Analyse de quelques stéréotypies

La tendance à la répétition des mêmes paroles, postures, gestes, etc., est générale chez ces enfants; dans le cadre de ce travail toutefois, si nous avons trouvé un domaine dans lequel cette tendance se manifeste de façon plus évidente, il est bien entendu celui de la manipulation et emploi des objets. Nous resterons à ce niveau dans l'analyse des stéréotypies.

Nous avons proposé (1 - d) trois catégories de comportements qui viennent parfois ensemble et qui peuvent, peut-être, servir de modèle d'approche à ces phénomènes. Elles sont t', le jeu dans ce cas l'activité instrumentale de l'enfant, s', les replis sur soi-même et p', les maniérismes. Les replis et maniérismes sont significativement corrélés dans le comportement général des enfants (cf. 2 - d. 2). Les premiers sont aussi en relation avec l'interaction de la thérapeute et avec le jeu lui-même (de façon no

nificative). Les deuxièmes sont partiellement corrélés avec la prise d'objets.


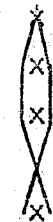


Nous allons illustrer l'évolution de ces trois catégories dans le comportement d'un des enfants, Brigitte, celui chez lequel l'analyse des stéréotypies nous a semblé plus facile. Pour des raisons de contexte, nous avons retenu aussi chez la thérapeute les catégories a et t et chez l'enfant -, les déviations, et a', les proches.

Exemple 1

Séquence n.5 (cf. p.134).

Brigitte, I

Intéactions 1 - 6

	<u>a</u>	<u>t</u>	<u>t'</u>	<u>s'</u>	<u>p'</u>	-'	<u>a'</u>
			1	x	x	x	
(+)-"hunch"		x	2	x	x	x	
(-)-approximation		x	3	x	x	x	
			4	x	x	x	
intempestive			5	x	+		
		x	6	x	x	x	x

Il y a trois constantes dans le comportement de l'enfant : les sont t', le secouement d'une bande de papier, s', ou rythme - "slope" et p', un maniérisme - "hand flutter". Les constantes chez la thérapeute sont les approches et également le secouement d'une bande de papier (imitation).

" En (1) l'enfant secoue une bande de papier - "shake".

fait les bras raides et le long du corps - "slope" et avec un maniérisme - "hand flutter" dans la main opposée à celle employée dans le secouement. La thérapeute s'approche et l'imitation (2) continue son jeu s'éloignant, toutefois, pour en (3) arracher le papier des mains de la thérapeute et le jeter par terre (4) allant ensuite avec une écholalie, répétant ce que la thérapeute avait dit au début de l'imitation. L'enfant continue de fuir la thérapeute (4), il se replie un peu plus fortement - "hunch" (5) alors que la thérapeute se penche sur lui. Il ne fait pas de maniérisme à cette occasion. Devant l'insistance de la dernière (6), il se tourne une fois encore voulant continuer son jeu, revenir tout de suite après et amorcer une nouvelle activité consiste à voler dans les bras de la thérapeute".

Dans cette séquence, à chaque approche de la thérapeute répondent les déviations de l'enfant et là où l'approche est male, le repli, s', de ce dernier l'est aussi et sans maniérisme. Les déviations de l'enfant sont précédées de l'approche imitation de la thérapeute (cf. 3 - la réponse intempestive de l'enfant mais lorsque la première arrête le jeu, t, pour continuer à s'approcher, l'enfant ne se dévie plus -coincé il se replie fortement

En ce qui concerne les autres constantes du comportement de l'enfant, le maniérisme et le repli minimal, il est difficile de dire maintenant si elles sont ici inhérentes ou non à la stéréotypie.

Exemple 2

Séquence n.8 (cf.p.139).

Brigitte, IV

Intéactions 1 - 12

(+)-"hunch".

	<u>a</u>	<u>t</u>	<u>t'</u>	<u>s'</u>	<u>p'</u>	<u>-'</u>	<u>a'</u>
			1 x	x	x		x
			2 x				
	x	3 x	x	x		x	
		4		x			
	x	5 x	x	x	x		
	x	6 x	x	+			
	x	<u>7</u>					
	x	8 x	x				
	x	9 x	x		x		
	x	10 x	x		x		
		11 x	x	+			

Dans ce deuxième exemple, l'activité de l'enfant apparaît moins crispée suite à l'intérêt qu'il porte pour ce que la thérapeute peut faire (nettoyage du sol) conçu d'abord comme imitatif pour devenir autonome ensuite après le refus de l'enfant à borer (3).

"En (1), l'enfant donne à la thérapeute un torchon et se tient devant lui faisant - "hand flutter, shake, slope". En (2) il nettoie le sol et en (3) lorsque la thérapeute commence à parler, il jette le torchon pour revenir au secouement habituel. La thérapeute le regarde jettant également son torchon (4) et l'enfant se replie légèrement. Elle reprend la tâche (6), s'approche timidement de l'enfant. Il se replie de façon plus prononcée prononçant "hunch", se dévie (7) et (8) et lorsque la thérapeute est terminée la tâche (9), il fait un maniérisme. Tout de suite après (10), la thérapeute retire une ficelle du torchon et l'enfant se dévie vers le bord, fait un maniérisme ensuite et laisse tomber par hasard un morceau de papier qu'il secoue entretemps. La thérapeute s'approche à nouveau (11) et après avoir regardé un peu dans toutes les directions, l'enfant se concentre à nouveau dans le secouement, se replie plus fortement".

On voit dans cette séquence que les replis et maniérismes n'apparaissent pas de façon aussi constante que dans le premier exemple et que l'activité répétitive comporte quelques interruptions. Ce qu'il y a de commun entre les deux situations c'est qu'à l'approche de la thérapeute correspond chez l'enfant des variations et des replis (les 2 tendent ici à alterner), lesquelles ne s'accompagnent pas de maniérismes lorsqu'ils sont très précés.

Sur les maniérismes, on peut peut-être remarquer que ceux-ci sont faits immédiatement après le pousser de la thérapeute en (3) après que l'enfant ait jetté le torchon, en (9) au moment où la thérapeute s'approche le plus de l'enfant et en (10) lorsque l'enfant regarde la thérapeute retirer la ficelle et se tourne. Il est probable que les maniérismes soient une réaction à certaines nuances de contact avec les personnes ou objets des caractéristiques perçues bien particulières. Il est peu difficile de leur attribuer un sens univoque, mais ils sont sans doute tributaires de l'attitude de l'enfant qui consiste à fuir toute approche ou toute intromission de la thérapeute dans son activité au profit de la poursuite des secouements.


Dans cette séquence on voit déjà plus clairement que la réotypie proprement dite consiste dans le jeu répétitif de l'enfant, t', et que les autres catégories qui l'accompagnent sont plutôt des défenses.

Exemple 3.

Séquence n.6 (cf. p.136).

Brigitte, II

Intéractions 14 - 19

	<u>a</u>	<u>t</u>	<u>t'</u>	<u>s'</u>	<u>p'</u>	<u>-'</u>	<u>a'</u>
(+)-"hunch"			14	x	+		
(*)-"crouch"			15	x	*		x
(■)-"touch"		x	16				x
		x	17	x	+		
		x	18	x		x	x
		x	19	x	*		

"L'enfant secoue un biberon après s'en être servi pour de la limonade. Il le fait complètement replié sur soi-même l'est déjà en (14) - "hunch" et lorsque la thérapeute s'ap pour la première fois, il se tourne d'abord et se replie t ment ensuite (15) - "crouch", la tête touchant presque les noux. Il se tourne encore en (16) et se replie en (17). Lc la thérapeute lui touche le biberon (18) il change de posi fait un maniérisme et se replie totalement à nouveau en (1


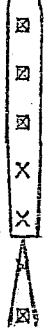
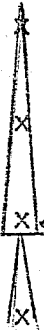

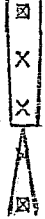



Normalement, plus grand est le repli, plus intense et quent est le secouement.

Le graphique montre la coïncidence directe entre les ches de la thérapeute et les déviations de l'enfant. On pe voir aussi que le maniérisme survient à un moment critiqu à-dire lorsque la thérapeute touche le biberon. Est-ce que niérisme peut avoir ici une fonction intimidative ou signi il seulement répulsion au contact avec la thérapeute ? Not replis prononcés et les maniérismes sont ici mutuellement sifs, tout comme dans les séquences antérieures. Avec les l'enfant, coincé, défend son jeu; avec les deuxièmes, il s fend peut-être lui-même dans le jeu.

Exemple 4

Brigitte, I

Intéractions 17 - 25

	<u>a</u>	<u>t</u>		<u>t'</u>	<u>s'</u>	<u>p'</u>	<u>-'</u>	<u>a'</u>
			17	x	+			
(+)-"hunch"			18	x	+			x
(*)-"crouch"		x	19					
(☒)-"touch"			20	x				☒
(☒)-"agression"			21	x	+			☒
			22	x	+			
			23	x	+			
		x	24	x				
		x	25	x	*			☒
				(x	x	x)		

"L'enfant secoue la bande de papier et ensuite (19), à proposition de la thérapeute, il secoue un bâton qu'elle lui tend. Il accepte de jouer avec sa partenaire et frappe avec le bâton sur celui qu'elle lui tend (20); de même en (21) mais avec des signes de dégoût - "lean back, still, look at, smile" qui sont aussi un avertissement. Il se replie et joue en (22) et en (23) devant l'insistance de la thérapeute, il cesse prenant sa main et la jettant contre son visage à elle (24). En (25), il touche à nouveau le bâton de la thérapeute mais seulement replié sur soi; il s'en va brusquement pour recommencer "slope, hand flutter, shake".

On peut constater ici des signes clairs de conflit d'évitement. En plus des déviations on peut noter que le

ches de l'enfant sont antécédées et progressivement remplacées par des replis et à certain moment une agression aussi. Pendant ce temps, la thérapeute ne joue pratiquement pas. Elle tend seulement le bras avec le bâton à l'enfant et avec des hochements de tête l'incite pour quatre fois à continuer.

Le jeu est donc bien personnel et incommunicable, surtout devant l'insistance d'autrui.

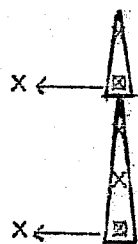
Exemple 5

Séquence n. 7

Brigitte, III

Intéactions 1 - 6

	<u>a</u>	<u>t</u>	<u>t'</u>	<u>s'</u>	<u>p'</u>	<u>-'</u>	<u>a'</u>
			1	x			
	x	x	2	x			
(\square)-approche		x	3	x			x ←
intempestive	x		4				
		x	5	x			
		x	6	x			x ←



Nous reprenons maintenant la séquence déjà commentée dans page 38.

Les deux partenaires jouent assez librement imitant le tambour sur une chaise. Des approches un peu incontrôlées de l'enfant vis-à-vis de la thérapeute amènent l'enfant à se tourner en (1) en (6). Cette dernière interaction marque également la fin du

Autant que les approches et l'imitation de la thérapeute, semble ici que c'est la barrière du contact que l'enfant "sub" qui semble être décisive dans l'interruption de la relation. L'enfant joue avec la thérapeute mais seulement jusqu'à un certain point - trop de proximité entraîne l'évitement -, ce qui contredit avec l'attachement presque ininterrompu aux objets.

Exemple 6

Brigitte, IV

Intéractions 13 - 18

	<u>a</u>	<u>t</u>	<u>t'</u>	<u>s'</u>	<u>p'</u>	<u>-'</u>	<u>a'</u>
	x		13 x	+			
(+)-"hunch"	x		14	x	←	→	x
			15				x
			16				x
	x		17	x			
	x		18	x			

Thérapeute et enfant jouent avec un ballon, ce qui est fait d'ailleurs avec beaucoup d'appels et d'exclamations de la part de la thérapeute. L'enfant adopte surtout la position de "slope" encore, plus généralement, "freeze".

" L'enfant secoue d'abord un objet avec un repli prononcé. Il jette ensuite assez maladroitement le ballon que la thérapeute lui demande, après quoi il se replie et fait un maniérisme (14). Il s'en va en (15). Elle l'appelle pour continuer le jeu (16), fait comme s'il nettoyait les mains, geste qui peut être compris comme une imitation de la thérapeute en (13) lorsque celle-ci séchait les mains après l'utilisation du torchon. Ce fait est

être un signe chez l'enfant de ne plus vouloir continuer. Il tourne néanmoins vers la thérapeute. Elle lui montre le ballon (17) et il reste rigide jusqu'à ce qu'il soit jetté et tombé sur terre".

L'enfant ne fait pratiquement pas de stéréotypies, la thérapeute ne s'approche trop non plus. La déviation en (15) est précédée d'un maniérisme et d'un repli (14). L'enfant maintient les bras rigides au long du corps, ce qui confirme la barrière du tact (il se retrécit et serait prêt à fuir), dont la stéréotypie n'est, peut-être, qu'une conduite substitutive.

4 - d. 1 Conclusion

Le jeu de l'enfant, très stéréotypé, s'accompagne d'un certain nombre de postures et de gestes qui vont dans le sens de concentration sur sa tâche mais qui peuvent aussi, lorsqu'ils sont trop accentués, prendre un caractère conflictuel et défensif.

Ces défenses peuvent consister dans des replis, maniérismes, déviations et agressions.

Les déviations, qui accompagnent souvent les approches de la thérapeute, cèdent la place à des replis prononcés (accompagnis de l'intensification du jeu) lorsque la thérapeute est trop proche. Les maniérismes surgissent souvent comme des mouvements défensifs d'attachement aux objets et de répulsion au contact intensif du partenaire et se prolongent éventuellement par des agressions ou des fuites.

Même quand l'enfant ne fait pas de stéréotypies, il assume des positions de repli moyen, "freeze", donnant des signes de mal-être en présence de la thérapeute.

Nous pensons que c'est sur base de cette attitude que l'enfant s'accroche aux stéréotypes.

Le contact n'est jamais tout-à-fait interrompu (entre autres raisons peut-être parce que la parole n'est pas utilisée et que le sujet se replie dans des activités apparemment anodines, qui polarisent néanmoins l'attention de la thérapeute).

Il y a même des situations dans lesquelles l'enfant collie, surtout lorsque le jeu de la thérapeute va dans la même direction que le sien et elle lui réveille la curiosité. Mais l'enfant est très sensible aux approches trop poussées et à l'imitation de la thérapeute.

Paradoxalement, l'enfant accepte d'être porté dans les bras de la thérapeute volant dans une posture très relaxée:

Exemple

Brigitte, I

Intéactions 7 - 16

"La position de l'enfant est celle qui correspond le mieux à la loi de la force centrifuge: "lean back, chin out, arms stret. Au début du jeu, l'enfant fixe la thérapeute, peut-être pour avoir un repère afin d'éviter la confusion que le mouvement tournant pourrait provoquer. Son visage est gai. En (14), alors que le jeu atteint son rythme optimal et que la thérapeute saute au-dessus de l'enfant fait un "hand flutter" qui dure 4 ou 5 secondes. Peu après le jeu se termine".

CHAPITRE III

DISCUSSION DES RESULTATS

=====

Les travaux de psychiatrie infantile et d'éthologie humaine sont concordants pour reconnaître chez les enfants autistiques des tendances stables à l'évitement du contact humain.

Dans les pages précédentes, nous avons essayé de voir, à partir de l'observation du comportement d'un groupe de ces enfants, sous une approche éthologique, si elle se manifeste et en quoi peut consister cette tendance à l'évitement.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés, à partir d'un cadre de recherche et de moyens d'observation définis, sont de trois types:

1) ceux concernant l'analyse de la structure interne du comportement non-verbal des enfants et des respectives performances d'interaction, les thérapeutes;

2) ceux concernant une analyse différentielle du comportement des sujets observés et

3) ceux concernant l'analyse des stéréotypies motrices des enfants.

Le cadre de recherche a consisté dans la mise en présence d'une deuxième personne "normale" chaque enfant psychotique, par les successives interactions dyadiques trouvées, aboutissant à la constitution de séquences gestuelles recouvrant chaque

la totalité de l'action observée. L'observation proprement a consisté dans la description phénoménale et ensuite fonctionnelle des gestes de chacun des partenaires en présence.

Nous avons constitué deux groupes d'observations d'après le nombre de thérapeutes et des différentes conditions d'enregistrement. Le premier, celui que nous avons analysé systématiquement est composé de six enfants avec une thérapeute et le deuxième comprend deux enfants soeurs jumelles homozygotes, dont un psychotique et l'autre normal - la thérapeute de ce groupe

Dans les situations d'activité conjointe de la thérapie et de l'enfant, celui-ci ou plutôt ceux-ci se donnent à des activités infatigablement répétitives et pratiquement sans échange de parole.

Nous avons souligné que ces comportements sont phénoménalement opposés à d'autres dans lesquels certains sujets assument seuls des postures extatiques avec un visage comme plongé dans un rêve. Nous présentons un exemple de telles postures dans la séquence 22, p.160 de l'annexe et qui porte sur le comportement comparé des deux soeurs jumelles.

PRICK, J.J.G. (1971) a constaté également cette dichotomie. Il dit à ce sujet: "Quand l'observateur se penche sur les modalités de comportement des enfants autistiques, il est frappé par la constatation d'existence chez eux de deux types opposés de comportement:

1) Un type de comportement exagéré, inhibé et hyperkinétique dans lequel l'enfant montre une variété d'actions et de réactions corporelles (comme, par exemple, la salivation) afin d'obtenir des expériences corporelles agréables. Ces actions servent au service de l'auto-érotisme, une satisfaction corporelle de

sensuelle et sexuelle;

2) Un type de comportement relativement immobile dans l'enfant, avec un regard pseudo-extatique de rêverie, se pe soi-même dans un état d'humeur agréable. En de tels moments postures suggèrent une statue de Bouddha.

Dans les deux cas l'enfant, qui est entièrement absorb soi-même, agit comme si le monde extérieur n'existait pas.

Ces affirmations, qui vont dans le sens de décrire dan deux cas le désir puissant d'expérimenter des sensations au tiques, sont extensives, d'après l'idée que l'auteur a de l me - lequel recouvre selon lui des étiologies organiques as riées, aussi bien aux enfants de bas âge atteints du syndrô Kanner qu'à des cas plutôt autistiformes.

Nous croyons que l'auteur se place dans une perspectiv constatation de ce que ces enfants font, n'envisageant pas lation entre les deux types de comportement décrits et le d complexité sociale dans lequel ils se déroulent. Or, nous a constaté que le premier type de comportement prend place lo l'enfant est confronté à la présence et surtout à la stimul d'autrui et le deuxième lorsqu'il est le plus souvent seul.

L'analyse du comportement dans ses aspects relationnel titue un des principaux intérêts des éthologistes et nous n mandons avec eux ce qui, dans la relation, peut être déterm de cet auto-érotisme. SCHÄPPI (1973), par exemple, dans un de comparaison des découvertes de la psychanalyse avec les vations des éthologues sur la masturbation - une activité a érotique entre autres et qui est analysée à un niveau i symbolique (complémentaire de l'approche symbolique en psy lyse) conclut à une désaffération sociale, caractérisée pa

régression, frustration ou déplacement sur le corps propre, qui serait à la base de la masturbation. En outre, cette désafférence sociale peut prendre chez l'homme et les animaux la forme de réotypies - homme ou animal anxieux, d'agrippement (symbolique infra- symbolique) : "Agrippement à une conduite phallique, compulsion de répétition, agrippement à certaines attitudes et relations avec le partenaire, l'inconnu étant trop anxiogène (... nous agrippons à une attitude, à un statu quo comme nous essaions de "comprendre" ou de "saisir" un problème".

Dans le chapitre antérieur, nous avons analysé le premier type de comportement décrit par Prick à travers la relation entretenue par chacun des enfants du premier groupe avec la thérapeute. Nous avons trouvé que les distributions comportementales des enfants prises dans leur ensemble étaient concordantes entre elles et il en a été de même pour les distributions correspondantes à la thérapeute. Nous avons ensuite pris dans ces deux sous-groupes la répartition-par unité d'interaction des fréquences dans toutes les observations-de chacune des catégories de comportement attribuées à la thérapeute et à l'enfant (ce sont en effet les mêmes catégories qui ont été attribuées) et testé contre toutes les autres afin de repérer les possibles corrélations existantes entre elles. Les résultats obtenus sont susceptibles de dégager la structure des relations dans le comportement général de la thérapeute, dans celui de l'ensemble des enfants et, finalement, la structure des relations entre ces deux sous-groupes. Nous allons reprendre les conclusions auxquelles nous sommes arrivés. Quant aux résultats du deuxième groupe, que nous avons trouvés corrélés avec ceux du premier, nous les laisserons pour des approches qualitatifs.

A. LA STRUCTURE DU COMPORTEMENT

1 - a. Thérapeute

L'activité de la thérapeute consiste à suivre les enfants des fins de communication dans toutes leurs démarches y compris celles d'observation.

Les approches, la prise et échange d'objets et le jeu imitatif sont les traits les plus saillants de son comportement non verbal; il est hétéro-centré.

Le jeu imitatif est son activité de choix. Lorsqu'il devie - viable, elle montre des signes d'ambivalence avec des automatisations, qui sont des activités de déplacement, et tend à augmenter le nombre d'approches et des prises d'objets, ou alors, restant plutôt passive, elle augmente les temps d'observation simple. Plus que cette conduite sollicitée devient, face au type de comportement des enfants, intrusif.

La notion "d'activité de déplacement" est due à Tinbergen Kortland en 1940 "pour caractériser des mouvements qui, dans certaines situations, ne paraissent pas remplir de fonction manifeste en rapport avec le comportement observé" (J. DE LANNOY & P. F. REISEN, 1973). Elles ont des caractéristiques particulières: ne comportent pas de "phase appétitive" - se traduisant par de réactions d'orientation - qui, dans les circonstances normales inaugure la séquence comportementale et, 2) diffèrent parfois si en intensité par rapport à leur "modèle" n'atteignant pas le but normal observé dans d'autres circonstances (cf. à ce propos D. MORRIS, "The rigidification of behaviour", 1966); ce qui est surtout important pour leur définition, ce n'est pas qu'elles appartiennent à l'un ou l'autre type d'activité particulière, mais les conditions "irrelevantes" de leur émergence. Elles surviennent dans des situations de conflit dans lequel le déroulement normal d'une activité est interrompu comme si le sujet hésitait à poursuivre, qu'il en était empêché, ou qu'il ressentait une ambivalence (P. Feyereisen, 1972). Ces deux derniers auteurs ont constaté

aussi que chez l'homme, elles ne sont pas nécessairement sou-
à un type de motivation différent des activités qui ne présen-
pas le caractère d'être "hors contexte". En plus, elles ne sont
pas simplement "déplacées", ce qui est une façon descriptive
les aborder; elles ont aussi une fonction.

Dans le cas du comportement de la thérapeute commenté plus
haut, par exemple, on a trouvé que plus elle s'automanipule,
moins elle se dévie par rapport aux enfants, s'auto-sécurise
si.

2 - a. Enfants

Le comportement des enfants a des caractéristiques assés
particulières.

On remarque, d'un côté, des signes de repli associés à l'obser-
vation (furtive) de la thérapeute et, de l'autre, des gestes
bizarres faits pendant la prise ou manipulation d'objets; on
voit également l'association entre les replis (surtout le repli
sur soi - "slope" ou "freeze") et les maniérismes.

Ces relations, prises dans leur ensemble, font transparaître
la grande sensibilité de ces enfants aux situations sociales. Les
observations confirment la tendance à l'évitement du contact avec
attachement substitutif à des objets, ce qui est fait de façon tendue,
ce qui suggère la coexistence à ces moments des replis et maniérismes.
Ces deux gestes sont apparemment antagoniques dans leur expression
et leur coexistence ne peut que signifier un conflit qui est
souvent explicite et a valeur de communication: avec un repli et
un maniérisme l'enfant peut amorcer une fuite ou encore refuser
une caresse.

Selon MC GREW (1972), les maniérismes auxquels nous faisons

allusion (cf. "hand flutter", p. 119 de l'annexe) précéder dans des situations critiques de relation chez l'homme et chez les primates supérieurs, un autre type de geste qu'il appelle "huddling" pour signifier une automanipulation forte et prolongée (repli évitativ). Dans ce cas, le contact social normal est interrompu (chez les primates supérieurs, ce geste signifie Harlow (1969) - cf. "self-clasp", p. 117 de l'annexe, peur et désespoir dans le contact).

D'autre part, Currie & Brannigan (1970), dans leur étude sur les enfants autistiques, ont trouvé que "hand flutter" se produisait aux moments où l'enfant était approché par autrui précédait souvent une fuite.

Nous croyons, donc, pouvoir dire que l'association des gestes et maniérismes va dans le sens d'une auto-défense et évitement vis-à-vis d'autrui.

Les maniérismes associés à la prise d'objets semblent aussi dans le sens d'activités fermées à la convoitise d'autrui.

Il y a des signes que ces enfants font sporadiquement des approches vis-à-vis de la thérapeute. A ce moment-là, le repli décrit tend à disparaître, ce qui suggère une dichotomie de leur comportement: ou bien, il y a évitement ou bien il y a approche. Face à la sollicitude de la thérapeute, les enfants réagissent donc de façon stable par l'évitement-approche; le contact, verbal au moins n'est jamais tout-à-fait interrompu, ce qui signifie une entente qui se génère entre les deux partenaires, comme on peut le constater dans les relations qui suivent.

3 - a. Thérapeute - enfants

L'équilibre entre les deux types de comportement passe par l'adaptation systématique de la thérapeute aux postures des enfants, à leurs intérêts instrumentaux ou autres qui leur sont chers. A partir de là, toutefois, thérapeute et enfants restent dans leurs positions respectives. L'une est plutôt intrusives, l'autre plutôt évitatives.

Lors de la prise d'objets, par exemple, la thérapeute s'approche souvent des enfants. Chez ceux-ci sont plutôt les manières qui sont associées à la prise d'objets, et beaucoup moins d'approches; cela signifie que l'échange d'objets ne sert que très sporadiquement à la communication entre les deux partenaires.

Les grands changements de posture sont faits selon un rythme semblable chez la thérapeute et les enfants. En ce qui concerne la première, ils sont accomplis afin de mieux se situer face aux enfants et de leurs activités, alors que chez les deuxièmes, ils sont liés aux besoins de leurs propres activités de jeu, lesquels se déroulent dans un climat d'évitement de l'autre.

Face au jeu imitatif de la thérapeute, une des stratégies de défense développées par les enfants consiste dans la multiplication des prises d'objets, destabilisant ainsi le cadre de référence de la thérapeute.

Retenons, finalement, l'association du comportement de la thérapeute à celui d'un des enfants autour d'un centre d'intérêt commun, regarder la caméra de télévision présente dans la salle. La thérapeute et l'enfant regardent la caméra. L'enfant montre une tendance persistente à s'automanipuler; ces gestes semblent déterminer l'attention que la thérapeute porte à l'activité cachée de l'enfant. La thérapeute regarde la caméra; elle tend, toutefois, à s'automanipuler, ce qui peut signifier que l'activité du de

est difficile à suivre. Celui-ci regarde la thérapeute par
tit miroir et lorsqu'il a contrôlé ses positions, il regarde
suite la caméra ou les appareils qu'il veut en dernière ana-
prendre. La marge de manoeuvre de la thérapeute est réduite
deux partenaires se guêtent tout le temps.

La tendance à l'évitement du contact chez les enfants
nous avons analysés, nous semble donc confirmée. Ajoutons,
moins, que cette tendance se concrétise dans ces cas accom-
de l'attitude intromissive de la thérapeute. Il y a, peut-être
ici à première vue une double causalité ou une causalité cir-
re à laquelle on reviendra un peu plus tard.

D'après une analyse sur les distributions comportementales
correspondantes aux initiatives prises ou "subies" dans l'in-
action par les deux partenaires (une sorte de schéma S-R à
tir de la chronologie relative aux injonctions comportementales
des sujets en présence - cf. 2 - d. 4) nous avons constaté
seule la thérapeute, dans un nombre réduit de situations par-
à diversifier son comportement en fonction de l'un ou de l'autre
type d'initiatives: lorsque l'initiative de l'interaction ap-
tient à l'enfant, la thérapeute tend à réduire son niveau gé-
d'activité; dans le cas contraire, elle augmente le nombre
proches et d'imitations surtout, ce qui va de pair avec l'ac-
tation de l'activité générale des enfants.

Ces résultats suggèrent que le comportement des enfants
plus uniforme (variant seulement en intensité) que celui
thérapeute qui serait à même de prévoir dans certaines cir-
ces le comportement de ses partenaires et d'agir en consé-
Or, quand elle prend des initiatives, la thérapeute est sur-
intromissive, ce qui amène les enfants à défendre leurs act-
déjà très répétitives en en augmentant l'intensité; c'est là
que le négativisme le plus net apparaît, associé aux stéréo-
motrices.

Dans le chapitre II, on a dit, après les constatations de certain nombre d'auteurs, que le type d'orientation personnelle des enfants autistiques est détaché et que ces sujets se montrent désintéressés par tout ce qui se passe autour d'eux. Dans des conditions de relation précises, toutefois, nous avons constaté que le détachement prend plutôt la forme d'évitement d'autrui, ce qui se conforme à la perspective de Tinbergen sur l'autisme. Cet évitement, déjà présent au niveau du regard, se concrétise aussi dans des replis plus ou moins prononcés et autres protections, mais surtout dans la poursuite et défense de leurs jeux stéréotypés contre toute intervention étrangère. Le résultat de ces répétitions obsessionnelles consiste dans le maintien de l'identité de l'environnement physique (sameness - Kanner) avec l'éloignement humain qui peut couler. Quelques auteurs ont constaté que ces enfants sont difficilement conditionnables; peut-être sont-ils conditionnés à éviter évitativement. On peut rappeler la notion d'hallucination négative de Mahler:

"L'autisme est le mécanisme par lequel de tels patients tentent d'expulser les sources potentielles de perception sensorielle et en particulier celles qui demandent une réponse affective"

Vue sous cet angle, une description syndromatique comme celle de O'Gorman peut prendre davantage d'unité et en particulier deux derniers points. Ainsi, pour ce qui est de la "résistance pathologique au changement", (6), "l'insistance du patient dans la persévérance de rituels de comportement" (a.) est assimilable aux stéréotypies; la "préoccupation excessive avec des objets particuliers ou quelques unes de ses caractéristiques, sans tenir compte de leur fonction généralement acceptée" (b.) découle de l'emploi des objets par les enfants (qui ont des préférences bien arrêtées et insistent dessus pendant de très longues périodes de temps) pour concrétiser des stéréotypies qui ne serviraient pas à la communication humaine mais bien plutôt à son déplacement; la "terreur ou excitation

ou retrait progressif quand l'identité de conditions dans l'environnement est menacé (par exemple, par des étrangers)" est assimilable à la peur d'intromission d'autrui dans son physique (et probablement mental). Finalement, pour ce que de "l'exhibition forte et durable de maniérismes et de particularités de mouvement, y inclus immobilité et hyperkinesthésie nous avons vu que quelques uns de ces maniérismes sont des réactions vis-à-vis d'autrui accompagnées souvent du retour à des gestes et associés à des replis et que l'hyperkinesthésie, communément à l'immobilité, était plus fréquente dans les situations où l'enfant est confronté à la stimulation d'autrui.

L'évitement, donc, qui est le dénominateur commun à tous ces traits de comportement, est l'équivalent au niveau de la réalisation du désir de "sameness" que Kanner a trouvé chez ces sujets, pourrait aboutir en dernière analyse, si non au désir de solitude de "aloneless", du moins à un éloignement humain et à une séparation de fait.

B. LES DIFFERENCES DE COMPORTEMENT

Nous avons vu dans les pages qui précèdent que les différences du comportement de la thérapeute du premier groupe se sont trouvées corrélées entre elles; il en a été de même pour celles des enfants. A ces résultats s'ajoutent aussi, dans le même sens, ceux du deuxième groupe. Nous avons, en effet, constaté, qu'à nouveau d'analyse, le comportement des deux thérapeutes se trouve corrélé aussi bien que celui des enfants des deux groupes; d'autre part, entre thérapeutes et enfants il n'y a aucune corrélation significative.

Nous pouvons, donc, conclure sur base de ces résultats de la bi-partition de nos observations dans les deux groupes, en

types distincts de comportement: d'un côté, ce qu'on peut appeler le comportement "normal" et de l'autre le comportement pathologique.

On a pu constater, sur base des résultats moyens dans chaque sous-groupe (il y en a quatre) que la thérapeute I présente dans la relation un type d'orientation qu'on peut appeler imitatif - dans lequel prédominent les regards, les approches et la réaction des enfants et tendant à l'aboutissement du jeu, que la thérapeute II est également orientée vers le contact humain dans le double sens d'approches et de regards dirigées vers sa sœur et vers l'adulte présent dans la salle (vis-à-vis duquel elle a une bonne identification).

En ce qui concerne les enfants, chez ceux du premier groupe on note la prédominance de déviations, replis, maniérismes et automanipulations, donc un comportement évitatif et conflictuel. Aussi chez l'enfant du deuxième groupe, on constate la prédominance de replis, maniérismes et déviations, donc catégoriquement tout comme pour les premiers, vont dans le sens d'un comportement auto-centré et défensif; leur jeu est stéréotypé.

Si on compare maintenant les résultats de la thérapeute du premier groupe avec ceux de la thérapeute du deuxième, on peut remarquer chez la première un haut pourcentage d'approches (des occurrences), immédiatement suivi du pourcentage relatif de jeu imitatif; chez la deuxième, ces pourcentages sont inversés: c'est le jeu (non-imitatif) qui vient d'abord et ensuite les approches, regards, etc. Ces résultats la font apparaître moins imitative que la thérapeute du premier groupe et c'est pourquoi elle (qui est sa sœur psychotique atteint un pourcentage de regards, même si indirects) supérieur à celui de l'ensemble des enfants du premier groupe. Ajoutons, toutefois, que les regards vers sa sœur, replis, maniérismes et déviations atteignent chez cet enfant

pourcentages identiques, ce qui peut signifier l'existence d'un problème spécifique concernant sa partenaire.

Exemple I

Séquence n. 19. (cf. p. 157).

Soeur / Julie, (4)

"Les deux jumelles sont assises côte-à-côte; elles consistent un puzzle. Pendant que sa soeur est encore en pleine action Julie termine le sien (1): puisque tout est terminé, elle tourne une fois encore les pièces en ordre et regarde de biais en direction de sa soeur - elle replie alors une de ses mains. La soeur regarde (2) et Julie, qui dévie entretemps la tête et baisse le regard, replie un des doigts de la main du côté de la première; elle regarde son propre jeu; elle se retourne ensuite lentement vers sa soeur, regardant de biais et les yeux fixes - elle libère alors un doigt de ce côté pour replier davantage la main du côté opposé; la soeur reprend le jeu (3), Julie regarde une fois encore dans la même direction mais plus à l'aise - pas de mains repliées - et son regard est toujours fixe. Peu après, la soeur la regarde à nouveau pour reprendre le puzzle ensuite; Julie fait des manières avec le sien".

Il y a ici deux faits importants: d'abord Julie garde sa soeur en diagonal, jamais directement; ensuite, elle ne montre des signes de curiosité vis-à-vis de cette dernière ou de ce qu'elle fait. Ce type de regard nous semble défensif (subliminal même) puisqu'elle dévie la tête et se replie légèrement lorsqu'elle se sent visée par sa soeur. Or, perplexe, c'est sur son jeu qu'elle redirige l'attention pour plus tard faire aussi des manières, ce qui ressemble au mécanisme d'évitement décrit chez les enfants du premier groupe ("l", "s", "p", "g").

Dans le chapitre antérieur, nous avons parlé des interactions comportementales entre chaque enfant et la thérapeute. Nous avons vu comment, face aux intérêts pratiquement immuables d'un d'eux, la thérapeute ne cessait pas de "s'adapter" par imitations, approches, verbalisations, etc. De l'autre côté, la daptation faite par les enfants au comportement sollicité de la thérapeute consistait dans l'évitement systématique avec elle, à quelques approches dans sa direction.

Tous les enfants, en effet, sous le couvert de la conduite évitativa, donc hautement sensibilisés aux caractéristiques de la relation, acceptent des ententes brèves avec la thérapeute.

Cela se fait à trois niveaux: d'abord, dans des activités que nous appellerons de maintien comme, par exemple, l'approvisionnement en jouets, alimentation, etc., et qui sont faites avec des gestes parfaitement adaptés si la thérapeute ne se montre pas intromissive ni réticente (c'est leur seule volonté qui compte et si l'enfant ne se trouve pas en plein jeu; ensuite, lors du jeu de la thérapeute éveille la curiosité des autres, et surtout quand elle ment lorsque les enfants acceptent ou recherchent le contact corporel sous forme de jeu (un des enfants se laisse porter confortablement dans les bras de la thérapeute) - toute caresse de la thérapeute est, néanmoins, vite repoussée. Quant aux stéréotypes elles n'ont pas lieu dans le premier cas, elles marquent un arrêt ou de ralentissement pour repartir à nouveau dans le deuxième et dans le troisième cas, ou bien elles sont complètement absentes ou bien se concrétisent dans le contact corporel. C'est à ces trois niveaux que le comportement des enfants est le moins évitatif; (il est évitatif quand la thérapeute les regarde en face, et s'immisce dans leur propre activité).

Il peut paraître paradoxal que ces enfants acceptent ou recherchent le contact corporel alors qu'une caresse n'est pas tolérée.

Cette dernière est, en effet, encore une intromission dans l'ce de l'enfant alors que le contact corporel simple peut être curisant-ou même lorsqu'il est accompagné de jeu servir à l'é nouissement d'un certain érotisme.

Ce peut être fait de façon stéréotypée (cf. dans le cha antérieur, le commentaire sur Etienne), mais ce n'est pas to le cas. Alphonse IV, 1 - 3, joue allongé sur le lit et accept alors avec des éclats de rire le contact avec la thérapeute q presse les jambes écartées, Brigitte (de façon moins nette) 16 et IV, 26 - 33, vole dans les bras de la thérapeute de faq tout-à-fait abandonnée et, finalement, Charles I, 1 se laisse ter dans les bras de la thérapeute, I, 10 - 15, frappe d'abor la tête de celle-ci et ensuite sur sa main, agressif au dépar jouant ensuite, II, 1 - 30 lui jette des jouets au corps et a sage d'abord et rit ensuite quand il voit les pieds de la thé te dansant devant soi.

Il se peut ainsi, comme les Tinbergen le suggèrent, que tement du contact chez les autistes cache son contraire- la te ce à l'approche, et que l'habitude de l'évitement, de la fuit partir d'un certain nombre de stimuli aux connotations affect habitude pour lequel il faudra trouver une origine, les en em Peut-être qu'à force de "déplacer" leurs désirs et attachemen essentiels ils regressent dans leur comportement.

Nous avons vu précédemment que chez les autistes en situ relationnelle il y a, ou bien, approche avec une certaine lib de gestes et disponibilité corporelle ou bien il y a évitemen Même si ce dernier prédomine, nous croyons devoir interpréter prudence les affirmations de Prick qui voit dans le comportem des enfants autistiques la recherche exclusive de l'auto-érot.

Nous présentons maintenant un exemple de contact corpore.

les deux soeurs jumelles:

Exemple 2

Séquence n.20 (cf. p.158).

Julie / Soeur (5)

"Les deux soeurs se poursuivent et essaient de se toucher mutuellement. Elles obéissent peut-être aux consignes de l'adulte présent dans la salle (en dehors du champ de vision).

La soeur avance vers Julie souriant et la touche (1). Julie l'évite pour essayer de la toucher à son tour, mais sa soeur vient à se dévier (2). Le jeu continue et Julie accroupie sur le sol prend un objet (4) et court dans un des coins de la salle pour le regarder pour un moment (déplacement du contact humain sur un objet) (6). La soeur se montre, en effet, plus agile que Julie; touchée, caressée, traînée par terre, elle ne cesse de courir. En (12), la soeur lui touche le dos et la regarde, ce à quoi elle répond par un sourire les yeux fixes et brillants suivis du déplacement du contact de la poitrine de sa soeur (12), toujours avec le même sourire et regardant maintenant au loin dans le vide. La soeur lui prend la main pour un moment (14) et peu après Julie tombe une fois encore par terre (18). A ce moment, la soeur se tourne vers Julie avec des gestes de triomphe vers l'adulte et court ensuite à l'écart de Julie qui se lève entretemps pour pour un moment essayer de jouer et ensuite se replier sur soi-même".

Il y a dans cette séquence deux aspects de comportement que nous voudrions retenir: d'abord, le fait que Julie touche la poitrine de sa soeur et ensuite l'encercllement progressif de Julie par la soeur, la dernière, beaucoup plus agile.

Sur le premier point auquel on ne saurait donner plus d'importance qu'il ne mérite - il prend environ une seconde de temps si nous disons tout de même qu'il n'est pas simplement sporadique. Dans une autre situation, Julie se plonge dans l'exploration du cou et de la poitrine de son thérapeute adulte (Dr. Kamp lui-même) et neuf ans plus tard, dans une séquence enregistrée également, Julie se livre à l'inspection crispée de son propre corps, muant alors de seins artificiels qu'elle touche et retouche. Nous n'allons pas entrer dans les détails concernant cette dernière séquence ce qui marque aussi le début de sa "guérison". Disons simplement que à 3, 4 ans la problématique autour du corps de la mère, de la sœur et, par généralisation, de celui de la thérapeute, la précède peut-être déjà. Sur l'encerclement de Julie par sa sœur, c'est à dire la dominance exercée par la deuxième sur la première, c'est un fait qui rapproche davantage cet enfant des six premiers; la sœur réagit en particulier aux manières et gestes bizarres de Julie se tournant vite vers l'adulte lui appelant l'attention (identification exceptionnelle à ce dernier, ce qui explique peut-être la corrélation de son comportement avec celui de la thérapeute du premier groupe) et tout comme le dernier, elle est maternelle vis-à-vis de Julie, quand elle ne lui dispute pas les jouets, la réciproque est aussi valable en ce qui concerne les objets.

Dr. KAMP (1964) dans l'article "Autistic Syndrome in One of a Pair of Monozygotic Twins" a défini la condition clinique de l'autisme comme étant une psychose de développement avec la prédominance d'une symptomatologie autistique sur base d'une privation relationnelle et de l'influence de l'interaction avec sa sœur jumelle

Cette conclusion sur des jumelles homozygotes est susceptible de confirmer l'existence de l'autisme psychogénétique; d'autres de nos résultats nous inclinent à croire, en attendant une analyse poussée, que les termes du Dr. Kamp pourraient être généralisables avec quelques nuances près, aux enfants précédents.

C. LES STERÉOTYPIES

Hutt & Hutt (1965), et al.: Currie & Brannigan (1970), une recherche sur le comportement des enfants autistiques a trouvé que leurs stéréotypies s'accroissent à mesure que le environnement devient plus complexe: "le minimum de stéréotypie a été observé dans une salle vide, un peu plus quand des jouets ont été introduits et le maximum de stéréotypies a été observé dans une situation sociale". Les auteurs, qui ont également enregistré l'activité électro-corticale des enfants pendant l'expérience ont conclu, à partir de la désynchronisation des rythmes à bas voltage de leurs ondes cérébrales à l'EEG, à un état d'excitation (auquel serait lié l'évitement du regard) et dans lequel les stéréotypies seraient une forme de décharge.

Ces conclusions rejoignent d'une certaine façon ce que nous avons dit sur les conditions d'occurrence des comportements autistiques et stéréotypés respectivement décrits par Prick et nous-mêmes.

Dans notre analyse, les stéréotypies motrices coïncident avec le jeu des enfants - manipulation ou emploi répétitif d'objets ou des personnes et s'accompagnent de gestes à caractère défensif: replis, maniérismes, déviations et agressions.

Les déviations, qui tendent à suivre le rythme des approches de la thérapeute, cèdent la place à des replis prononcés et à l'intensification des stéréotypies lorsque la thérapeute est trop proche. Les maniérismes surgissent comme des mouvements expressifs d'attachement aux objets et de répulsion au contact intrusif du partenaire; ces gestes peuvent, dans des situations d'intromission maximale, donner lieu à des agressions.

Une autre réaction liée à l'invasion de l'espace personnel

ce sont les verbalisations de trois de nos enfants (les seuls qui parlent).

Dans les pages précédentes, nous avons dit que les stéréotypes ne servent probablement pas à la communication humaine mais plutôt à son déplacement. Nous avons aussi dit que les "activités de déplacement" surviennent à des moments de conflit et se caractérisent par l'absence de phase appétitive, préparatoire, différant ainsi en intensité par rapport à leur "modèle" et n'atteignent pas le but normal observé dans d'autres circonstances. D. Morris dit à ce propos (1966): "Les séquences comportementales consistent normalement dans des phases appétitives hautement fiables et qui amènent à des actes consommatoires assez fixes. La rigidité des patrons de l'activité est typique des moments qui terminent une chaîne de réactions". On ne peut pas dire que les des enfants ne soit pas précédé de phase appétitive, notamment lorsqu'ils cherchent les jouets; mais cette recherche est elle-même rigide dans ses patrons et stéréotypée. De là qu'on puisse dire que ces activités n'ont pas d'orientation, qu'elles ont un seuil de déclenchement très bas, parce que trop fréquents et finalement, très rigides, elles ne varient qu'en intensité. C'est dans ce sens qu'on croit pouvoir dire que les stéréotypes chez les autistes sont un déplacement de la relation, une façon de dérober face à l'autre.

Mais nous pouvons nous demander aussi pourquoi l'autre, dans ce cas les thérapeutes, se montrent sollicités et même inmissives face aux enfants. Une des possibles réponses à cette question est que le comportement répétitif de ces sujets est vide de formation spécifique - ils ne parlent pas et la rigidité du comportement (l'absence d'intensité typique) n'apporte dans ses échanges rien de nouveau à celui qui le voit. Par contre, l'information générale transmise est grande - non seulement la répétition attire l'attention d'autrui (le rythme) mais aussi leur comporte-

est bizarre et distinct de celui de la plupart des personnes; servateur se sent ainsi appelé au jeu par le comportement de enfants mais en s'engageant, il ne trouve que du refus de let timidité, peur et, par moments, un contact chaud et proche de l'érotique.

On a ainsi l'impression d'une double causalité ou d'une salité circulaire des liens existant entre les autistes et, c notre cas, les thérapeutes: ces dernières sont d'autant plus cites qu'elles se sentent appelées au jeu et que le comporte des enfants est bizarre; les enfants dont la conduite en soi déjà évitativa, ne peuvent que le devenir davantage face à la citude des autres.

On peut aussi s'interroger sur le sens ultime des stéréopies, qui caractérisent le comportement relationnel de ces er Bien qu'évitatif, le contact entre les autistes et ceux qui tourent, n'est jamais tout à fait coupé; bien au contraire, i sont même trop sensibles à la présence d'autrui. Un certain n de chercheurs voient dans leur conduite des réminiscences du portement territorial d'un certain nombre d'animaux. A. DEMAR (1974) notamment, dit dans ce sens: "Une approche naturaliste psychoses permet d'y reconnaître les structures instinctives comportements qui conduisent les animaux à s'espacer les uns autres, dans les milieux naturels, par le recours au territoi et à la hiérarchie". Plus précisément A.B. VIEIRA (1974) écri "A la frontière du domaine du schizophrène s'éveillent des ac tés de substitution, des mouvements d'intention, conduites si lisatrices de l'agressivité (...): stéréotypies, manièrismes, mimies, impulsions, négativisme, comportements en écho (écho xie, écholalie, échomimie). En fait, lors des parades d'inti tion à la frontière des territoires, les rivaux ne s'affronte ils par des attitudes ritualisées (postures, mouvements, voc tions) tout à fait symétriques, c'est-à-dire en écho? (EIBL

FELDT, 1961, 1971; HUXLEY, 1934, 1971; TINBERGEN, 1952, 195

Nos observations suggèrent que la stéréotypie pourrait occuper le centre du "territoire" comportemental que les enfants défendent à tout prix; c'est dans ce sens que semblent aller: déviations, maniérismes, replis et agressions.

Mais le territoire défendu est aussi dans toutes les cas la place d'un lien déterminé: défense d'un ordre social, sécurité alimentaire, etc. Il est, donc, possible que la stéréotypie se développe et tend à les imposer, quelques unes de ces fonctions la forme d'un conflit d'approche-évitement.

CONCLUSION

=====

L'hypothèse des Tinbergen selon laquelle les enfants atypiques vivent aux prises d'un conflit d'approche-évitement manifestant surtout dans l'hypersensibilité aux situations sociales et physiques engendrant la timidité et inhibant la tendance naturelle à la formation de liens sociaux, nous semble, à la suite de ce travail un point de vue pertinent et à ne pas exclure de la compréhension du comportement de ces enfants. Cette hypothèse, nous l'avons dit, de la considération de trois types de faits: d'une part, de la constatation faite par les auteurs de la plupart des tableaux nosologiques de l'autisme s'appuie sur une dichotomie de base souvent implicite et qui consiste à opposer deux valeurs, soit une valeur socialement positive et soit une valeur négative; d'autre part, elle relève du fait que les enfants "normaux" lors de la rencontre d'étrangers peuvent présenter, pour des brèves périodes, la totalité des caractéristiques de comportement qu'on retrouve de façon stable, chez les autistes; finalement, les auteurs, croient trouver dans le comportement d'un certain nombre d'animaux et, en particulier, les mâles qui, pendant la durée du lien sexuel, donc pendant la période dans laquelle la tendance au rapprochement est au maximum, cette tendance inhibée par la réponse plutôt agressive chez le mâle et l'ambivalence d'approche-évitement chez la femelle une analogie, un modèle de ce qui se passerait avec les autistes.

Après une observation et description détaillée suivant l'approche éthologique du comportement de sept de ces enfants nous avons constaté, à la suite d'un certain nombre d'auteurs, une préférence nette entre leur comportement relationnel - hyperacoustique stéréotypé, et seuls - positions extatiques, visage de rêve

C'est le comportement relationnel de ces enfants que nous avons analysé de façon systématique.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés peuvent se résumer en deux points:

1) Les enfants analysés montrent une tendance persistante à l'évitement d'autrui, à commencer par l'évitement du regard et le déplacement substitutif, presque automatique, de l'attention des objets (et sporadiquement les personnes) qui sont marqués de façon stéréotypée; L'occurrence et l'intensité de ces stéréotypies motrices semble être fonction de la présence, stimulante surtout l'intromission d'autrui dans leur espace personnel, leur champ d'action; en outre, ces stéréotypies sont défendues à l'égard de l'intromission d'autrui par des replis, maniérismes, déviations, et dans la dernière analyse, agressions.

2) Plus sporadiquement quelques uns de ces enfants acceptent ou recherchent le contact corporel, à l'exception de caresses superficielles; ils l'acceptent lorsqu'il n'y a pas d'intromission dans leur jeu, ils le recherchent pour accomplir leurs stéréotypies dans lesquelles on a pu trouver à certains moments de la curiosité pour la partenaire et parfois un contact à coloration érotique.

C'est en vertu de cette dichotomie dans leur comportement relationnel et face aux caractéristiques mêmes de leurs activités principales - les stéréotypies, "réactionnelles" à la présence d'intromission d'autrui, qu'on peut ainsi parler de conflit de territoire et d'évitement chez les enfants autistiques analysés.

Un certain nombre d'auteurs voient dans ce type de comportement des ressemblances étroites avec le comportement territorial de certains animaux. La territorialité consiste dans la défense d'une partie déterminée du biotope - le territoire à la frontière

les individus se livrent constamment à des rituels d'intimidation réciproque se constituant du fait même une "norme" sociale par pacement les uns des autres, voire une hiérarchie endéans laquelle les liens permettant la perpétuation de l'espèce, les liens sexuels qui président à l'instinct de la territorialité, peuvent aboutir.

Chez les humains, on ne parle pas tellement de territorialité bien que nous croyons qu'elle existe aussi, mais surtout d'espace personnel (Hall, 1966 ; Sommer 1969) lequel, une fois envahi, ne laisse de provoquer des détournements, des conduites conflictuelles voire même des agressions de la part de celui victime de l'invasion.

La symptomatique des autistes apparaîtrait ainsi comme l'hyperprotection des défenses vis-à-vis d'autrui; leur espace personnel serait souvent très large - la simple réaction à la présence d'autrui par le comportement hyperkinétique, parfois très étroit, les moments de contact corporel - où nous croyons voir un des buts "objectaux" poursuivis par les autistes.

Les Tinbergen pensent également que les enfants autistiques ne sont pas probablement des enfants à problème mais bien un problème d'environnement social. Leur hypersensibilité les entraîne dans un cercle vicieux où la tendance au retrait à partir d'un certain nombre de stimuli (à caractère affectif notamment) sera démesurément accentuée et neutraliserait en grande partie la tendance à la formation de liens sociaux au point que même des gestes amicaux peuvent provoquer des réponses de peur chez eux. Ces enfants en effet offrent l'apparence d'être tout le temps encerclés et assiégés par la présence d'autrui.

C'est peut-être dans ce sens que vont les paroles de BETT HEIM: (1967, p. 84): "A l'origine, l'enfant autistique peut avoir divers motifs intérieurs pour ne rien faire; ce peut être une réaction suicidaire ou une mesure d'auto-protection; ce peut être

début un abandon total ou un défi extrême. Malheureusement ceux qui utilisent ce moyen de défense, sa nature est telle qu'elle débilite le Soi jusqu'à ce que cette défense, qui fut à un défi extrême, devienne au moment suivant un suicide. Ainsi un dernier effort d'affirmation, l'enfant défie ses parents faisant rien. Mais ce faisant, il abandonne l'être même qu'il ait de protéger".

S'il est probable que l'autisme ait une origine psychogénétique ou environnementale comme Tinbergen, Bettelheim et d'autres pensent, il faudrait surtout trouver pour chaque cas l'origine de ce "cercle vicieux" d'évitement et d'approche. Les origines peuvent être plusieurs et il n'est pas à exclure qu'elles soient similaires en nature au comportement actuel de ces enfants. C'est-à-dire, en apparence au moins, le rejet affectif des parents survenu à un moment relativement précoce et critique - semblable aux périodes d'empreinte chez les animaux, LORENZ (1935). Or, l'existence de ce type de périodes critiques semble être difficile à établir chez l'homme (J. DE LANNOY, 1974) - "mais il se peut qu'il y ait des moments de facilitation dans les acquisitions" contrairement à ce que Lorenz pensait (op.cit., p.177), "ne sont pas, tout à fait irréversibles".

=====

ANNEXES

=====

FREQUENCES BRUTES ET NOMBRE D'INTERACTIONS PAR SEQUENCE

l a s t p - m f g e l' a' s' t' p' -' m' f' g' e'

Alphonse :

1=	3	19	4	6	1	0	6	5	3	3	-28-14	4	15	16	8	5	10	13	5	2
2=	3	20	1	3	0	4	1	5	5	0	-27-5	7	11	14	5	15	12	9	8	2
3=	2	8	0	0	0	2	1	0	2	0	-12-4	5	6	12	8	7	5	9	6	2
4=	3	9	0	3	0	0	0	0	0	2	-12-4	4	3	7	0	7	5	10	2	3

Brigitte:

5=	0	19	0	11	0	5	0	1	5	1	-25-5	10	13	19	7	10	0	3	3	9
6=	4	18	0	7	0	2	0	1	2	5	-25-6	3	11	15	3	14	0	2	2	6
7=	0	2	0	4	0	0	0	0	1	3	-6-0	4	0	4	0	2	0	0	1	4
8=	3	24	0	13	0	4	0	0	8	6	-33-16	6	16	19	7	14	0	3	6	9

Charles:

9=	10	24	2	10	0	9	1	6	7	0	-38-8	22	3	21	12	21	1	8	10	4
10=	1	21	0	9	0	2	0	3	9	0	-30-4	20	5	17	12	9	2	0	12	0

Damien:

11= 4 26 1 17 0 4 0 3 5 2 -40- 10 15 38 23 19 24 0 3 16 0
12= 4 7 0 4 0 1 0 2 0 3 -12- 2 2 10 12 10 6 0 1 4 2

Etienne:

13= 7 8 0 6 0 2 1 2 1 0 -19- 2 14 5 6 2 8 3 8 3 3

François:

14= 2 9 0 9 0 3 1 0 1 0 -14- 5 4 7 10 0 8 0 6 0 0
15= 1 7 0 0 0 0 0 2 6 3 -9- 0 7 1 7 1 8 1 6 8 2

Julie:

16= 1 1 0 4 0 2 1 0 1 1 -7- 3 1 0 2 5 0 0 0 1 0
17= 4 1 1 0 0 2 3 4 0 1 -9- 1 0 2 3 1 0 0 2 1 0
18= 4 3 0 2 0 0 1 0 2 0 -9- 2 1 0 0 1 1 1 1 3 0
19= 2 0 0 3 0 0 0 0 0 0 -5- 3 0 2 2 1 1 0 0 0 0
20= 2 16 2 15 0 5 5 1 4 0 -21- 0 7 11 2 0 14 0 1 1 4
21= 1 7 0 0 0 1 3 0 1 0 -9 1 2 5 0 5 4 0 0 0 0

III THERAPEUTE
-ENFANTS

		11	12	13	14	15	16	17	18	19
		l'	a'	s'	t'	p'	-'	m'	f'	g'
1	l'	-.05	-.02	-.02	-.06	.00	.17	.24	.35*	.00
2	a	.16	-.06	-.06	.17	-.15	.23	.18	.29	.08
3	s	.22	-.22	.11	-.44*	.22	-.08	.25	.05	.08
4	t	-.07	-.01	.18	.01	-.05	-.29	-.66**	-.49**	-.34*
5	p									
6	-	.22	.02	.22	-.10	.19	.08	-.12	.12	-.13
7	m	.28	-.06	.16	-.19	-.01	-.02	.42*	.53**	-.08
8	f	-.18	.05	-.12	-.21	-.04	-.11	.49**	.31	.21
9	g	-.20	.27	-.19	-.04	.12	-.10	.05	-.17	.35*
10	c	-.12	-.20	-.02	.40*	-.18	.03	-.30	-.18	-.01

LISTE DES ITEMS UTILISES

1. Items concernant les postures et l'orientation du corps général

Approach: An Ambulatory movement towards another person, smaller movement towards (Currie-Brannigan).

Avoid: The child is moving in one direction and, confronting an object, steps to the side (Leach).

Back-step: One unit of walk backwards (Mc Grew).

Bendo over to: The upper body is inclined towards (Leach).

Chin in: The chin is tucked tightly against the throat (Brannigan).

Chin out: The opposite movement, head backwards.

Climb: To go up or to get up or down some object.

Crouch: The legs are flexed and the body is bent forward the forehead is close to the knees. The arms may touch the head (Brannigan).

Evade: A sharp head and shoulder movement away from the person (Brannigan).

Flee: Run with arms flailing, frequent veering and direction changing (Mc Grew).

Flinch: Shoulders flexed, face down and to side, arms flung to shoulders (Mc Grew).

Follow: Walking or running towards a person who is moving from (Leach).

Gesture: Variable movements of arm, hand or fingers (Brannigan), (the trunk and head may be included).

- Hang: The head is tilted forward fully until the gaze is directed almost vertically down (Brannigan).
- Hang on: While hold by somebody, knees occasionally flex backwards.
- Head forward: The chin is pushed forward, tilting the head stretching the neck (Currie-Brannigan).
- Hear: The child, while fumbling with some object (or tapp may tilt the head and approach it to the object, bend slightly over.
- Help: To assist another to perform some manipulative task me (Leach).
- Hunch: Intermediate between chin (in) and crouch (Brann
- Jerk: The head abruptly jerks up (Brannigan).
- Jump: Extension of legs launches body into air (Mc Grew)
- Kneel: The child goes down on one or both knees after flex (Leach).
- Lean: (backwards, forwards): A relatively slow movement, from, of the head and trunk from the hips (Grant).
- Lean on: To rest against for support. Movement forwards of trunk from the hips.
- Lie: Child's body is horizontal (Leach).
- Move: A small movement with the lower limbs while standing
- Move away: Or walk away, often preceded by turn, sidle or
- Move (round): Move or walk circularly around the other person
- Nod: Affirmative gesture (Grant).
- Open legs: The child is sitting or lying down and this movement may be accompanied by laughter, fumbling or shaking an object. In any case the relative position of

person's body, ie. approach etc. may be of impor

- Rock: Body moved back and forth or sideways, rhythmically
ted (Mc Grew).
- Run: The child moves forward rapidly (...) (Leach).
- Shrug: Shoulders flexed and extended in rapid succession (Grew). See flee and rock.
- Self clasp: A hunching unit, the arms against the trunk or
(Harlow).
- Settle: Variable movements in getting comfortable while si
(Brannigan).
- Sidele: Walk sideways (Mc Grew).
- Sit: To sit down.
- Slope: A composite unit of chin in, hands behind back or h
linked in front of the waist (Brannigan) (Not ne
rily linked here).
- Stand: Stand up.
- Still: A sudden cessation of movement, a freezing (Grant
- Turn: Trunk rotated (Mc Grew).

2. Manipulation du corps ou des objets

- Akimbo: Hand (s) on hip, the bent elbow pointing laterally
from the body (Brannigan - Humphreys).
- Balance: To cause an up and down or to-to fro movement on
son or object. The person may be sitting or lying
- Caress: Stroking movements made by the finger pads against
skin, hair or clothes (of another person). The r
repetition is slower than in scratch or rub (Bran

Carry: Object carried by the child, usually clasped to the
(Leach).

Clothes: To touch one's clothes or adjust.

Drop object: 1) The object is allowed to fall from the fi
without any propulsion.

2) Or at a height from the ground, the arm i
tended and the object is released away fr
body, without force. This action is usual
deliberate and the child watches the fall
the object (Leach).

Face: Touch face. The fingers and the palm rest against th
(Brannigan).

Flap hands: The arms are raised at the elbows to about the
of the shoulders and the hands are flapped up
down, usually rather quickly (Leach).

Flat gesture: The hand is opened flat, then moved sharply
distance diagonally forward and sideways par
to the ground. The elbow points to the side
nigan).

Flip: To flip through a book, newspaper with the finger ti

Fold (arms): The arms are folded across the chest (Grant

Fumble: Twisting and fiddling finger movements with an obj
(Grant).

Genitals: Quick movement of touching the genitals seen ofte
the person laughs.

Get:(object): This covers a variety of reaching gestures,
tain an object (Mc Grew).

Give: An object, held in one's hand or hands, is held out
ther person to grasp and is then released; or the ob
may be placed on the other person's lap (Mc Grew).

Hand flutter: Hand (s) wide open with fingers outstretched may be rotated in front or very close to the (Currie-Brannigan).

Head: Hand on scalp preceded or not by scratch head.

Hit: The arm is sharply bent at the elbow and raised to a cal position, the brought down with great force on t ponent (Blurton Jones). This can be performed with ject in the hand.

Hold: The arms are stretched out towards a person and his or arms are gripped firmly, restricting movement (

Hug: Arms flexed horizontally and toward trunk, encirclin object or person (Mc Grew).

Lead: Hand on the other person's back; or, the hand is he to the other person, his hand is grasped and pulled both go in the same direction (Mc Grew).

Link: The linking of two hands.

Mouth: The fingers or an object rest against the lips (B gan).

Neck: Hand on neck.

Palms up: The hands are held to the front of the body the wrists are rotated to bring the palms upper-mos times accompanies shrug (Brannigan).

Point: The person extends the arm and usually also extend or more fingers in a specific direction (Leach).

Pull: The contrarywise movement.

Push (gesture): A steady but fairly rapid movement of the outward from the actor, palms facing dire away from the body (Brannigan).

Put: Refers to the extension of the arm with an object in hand and the placing of the object in some specific

(Mc Grew) .

Rub: Similar to scratch but the nails are not used (Brannigan) .
Sometimes intermediate between link and flap hands .

Scratch head: The finger nails are used to scratch the scalp (Brannigan) .

Shake: Repetitive rhythmic movement of shaking the other hand (or object) .

Show: The arm, with an object in hand, is extended towards the other person (Brannigan) .

Spin: It refers to the turning motion, centrifugal movement formed with the hand on some objects, ie ball, ashtray .

Stretch arms to: The child or adult extends the arms towards the other person as an invitation to lift or to be lifted (Leach) .

Take: The child extends its hands and grasps an object that is held by another child, or that the other child is able to grasp itself. Similar to grasp or snatch but less vigorous. Take usually means theft, ie. the other person did not give the object, or give, before it was taken (Mc Grew) .

Tap: A repetitive rhythmic movement of the fingers, tapping or jerking in sequence (Brannigan) .

Throw: The child has an object in its grasp; the arm is flexed and then abruptly extended, and the object is released. Small children are not able to throw an object in a specific direction (Leach) .

Tongue: Tongue slightly protruded beyond the lips and touches object or the fingers.

Touch: fumbling of an object.

Twist: The turning of an object in one's hands.

Wash: To wash one's hands, an object, the floor with a piece of cloth.

Withdraw: The interruption of some manipulative action, having back or away from the sight of the other person.

3. Orientation de la tête et du regard

Cover eye (s): The eyes are covered, palm pressed flat against the face while the person may look at or around. An object may be used instead of the palm.

Cover face (s): The arm (s) cover the face without or with an object, i.e., mirror, newspaper, book, etc. The head may be bent over or in.

Droop: The upper eyelid falls so that the eyeball is almost not quite covered. The lower lip does not move, and the eye region appears relaxed (Brannigan).

(gaze) Fixate: Eyes oriented to another's eyes, usually prolonged (Mc Grew).

Glance at: The eyes only may be flicked in some direction, or the head may be flicked rapidly, orienting eyes and face towards something or somebody, and then turned away again (Leach).

Glance ind: The same but with mirror.

Grimace: The eyes are partially or completely closed, with the skin on the bridge of the nose, and beneath the eyes wrinkled. May be more exaggerated on one side of the face (Currie-Brannigan).

Head tilt: Head leaned sideways to diagonal position (Mc Grew). More often head to side, a sharp movement away from the other person's face similar to look away but the child may still look diagonally at the person.

Look around: The gaze wanders from object to object, other as look away (Brannigan).

Look at: The gaze is directed at the other person (Currie-nigan) .

Look away: The gaze is directed away from the other person off, chance); or, the gaze is directed at a part object other than the other person (look direct away) (Currie-Brannigan)

Look indirectly at, away, up or around: The child looks into mirror and manipulates it so that it can look

Look down: Looking down at (object near of) feet, lap or feet (Grant).

Look up: Looking up towards the ceiling, usually involving tilting back of the head (Currie-Brannigan).

Narrow eyes: Both upper and lower eye-lids draw partly together narrowing the area of eyeball visible. The eye region appears tense (Brannigan).

Raise: One or both eyebrows are raised and are held, at least briefly, in the raised position (Brannigan).

Threat: A sharp movement of the head towards the other person (Currie- Brannigan).

Ward-off: The child raises its elbow, with the forearm more or less horizontal and bends its head so that it is behind the arm. The body may also be bent away from other person (Leach).

4. Items concernant le visage

Laugh: Series of short, rapid, open-mouthed vocalizations

Open mouth: The mouth is opened (widely, but the teeth are

shown, except occasionally the tips). The mouth corners are not drawn back and up as in a smile, but remain in the neutral position (Brannigan).

Play face: The mouth is widely opened as in open mouth, and the mouth corners tend to move out and up, producing a pointed appearance and characteristic of smiles. The teeth are mainly or entirely hidden by the lips (Brannigan).

Smile: The lips are touching or nearly touching, the lip corners are slightly raised, the mouth is nearly relaxed (Brannigan).

Smooth face: The cheeks flatten into harder-looking planes; there is no special expression of the mouth or eyes but there is an impression of tenseness of the facial muscles (Brannigan).

5. Items concernant la bouche

Bite: Hold object forcefully between teeth (McGrew).

Suck: Or drink by the use of the lip and mouth muscles.

Tongue out: The tongue is well protruded beyond the lips (Brannigan).

6. Items concernant la parole ou l'émission de sons

Grunt: Gruff, non-verbal sound, eg humph! (Leach).

Shout: Either a single loud, monosyllabic noise, but without the high-pitch urgency of a scream, or more usually a sentence spoken loudly and emphatically; eg. "Don't do that" (Leach).

Sigh: A noise inhalation and exhalation (Grant).

Sing: Musical utterance, with or without words, usually :
more than three seconds (Leach).

SEQUENCE 1TEMPS 2'59"ALPHONSE (13 ans)

- age (1) gət+give
- look at+follow (2) gət+sidle+move away+t'p' / f'
- approach+fumble (3) s'it+put+gət+f'öld+lok ind at+h.ti
 , c'est ' / look at camera+fumble
 hça!
- stAlphonse , approach 4) look ind.at+look at camera+f' mouth'
 est dans +touch leg+cover s'face+mouth+
 miroir! look at cam.
- i-mi... kheēi+ / b over' to 5) f'öld+look ind at (narrow eyes)+
 / look at cam.+hair / tap mir+cover eye
 +fold
- at 6) look at cam+smile+open mouth+
 tap mirror look ind at
- look at cam. 7) look at cam+look ind.at+look at
 cam.+twist+look at cam.
- st Al. tap m.+twist m' 8) f' mouth+cover face+look ind.at
- hold m! 9) look at m+touch leg
- shake m.+try touch his (10) h. tilt+look at cam+t'p' / s'
 h.
- hair+look at cam+ 11) look ind.at+tongue out'+mouth' 'c
 fold'
- y a
 télé.
 " bend over to' 12) cover eye+look ind.at' (narrow e.)

<u>a</u> hang	26	cover face+look down+flip+to
stand+ <u>c</u> kneel+ <u>a</u> / <u>t</u> tryflip	27)	<u>a</u> '/take+ <u>m</u> '/glance at cam+smooth fa <u>t</u> '/flip+ <u>f</u> '/tongue
threat+ <u>a</u> touch his leg	28	<u>t</u> '/flip+ <u>s</u> '/cover face+glance at+si +smile+move away+ <u>a</u> lead

- look^l at
- look^l at+turn⁻ back^l
+get^g
- Eh qu'est ce que tu veux? approach^a
- 'Eh? approach^a+bend o to
- threat^a
- Qu'est-ce que tu as, tu n'est pas bien dans tes cheveux? follow^{a'}+get^g
- approach^a
- approach^a+cloth^f
- touch^f hair^s+fold^l+look at
- approach^a+cloth^f
- (1) look back^{m'} at cam+cover^{s'} eye+o mouth+bend o.to+mouth^{f'}
- (2) get^{g'}+turn+look^{m'} at cam+approac cam+spin^{s'}
- (3) look down⁻(pass beside)+spin^{s'}+mouth+look at cam.+approach^{m'} twist+mouth+spin^{f'}
- (4) h.tilt+mouth^{f'}+glance^{m'} at cam+h +look^{s'} down
- (5) twist+h.tilt⁻+mouth^{f'}
- (6) look down^{s'}+sidle⁻+move away
- (7) get^{g'}+turn to+scratch^{f'} head+loo at cam+give^{a'}+scratch face+fac still+smooth face+look at ca smile+sidle⁻+throw+lean on+pl face+look at cam+get
- (8) move away+put
- (9) get(magazine)+flip^r+cover^{s'} fac sidle
- (10) move away+flip^r+look^{s'} down
- (11) put on+flip^r

- move away 12) get+turn to
- show+flip+mouth+approach+side 13) put beside+touch+side+move
- get+follow+flip 14) flip+look at ca+look down
+look at ca+playface
- approach+pend o to 15) flip
- move+flip+show 16) look at+cover face(show?)
- threat 17) h.tilt+flip+mouth+look at
flip+mouth
- threat 18) side+lead+look at cam+sm
get+turn to+look at cam+side
head+look down+give+touch
- get+turn+clean(brush) 19) look at+look at camera
- colm+caress 20) look down+flip+side+flip
throw+look at+try take aw
(cloth)+appr+glance at+h.
lead+sit+look at paper+tr
look at
- help 21) show foot
- Allez-y maintenant! cloth+touch hair+point 22) show+put+try jump+look at
+move back+get paper+flip
- follow 23) move away+throw+get mirro
+cover eye+look ind.at+tw
move away+cover eye+look
- 'Eh? still+look at'

+tap mirror+still

^a
follow' 24)

^{f'} / ^{-'} / ^{m'}
mouth+move+look ind. at cam.

Qu'est-ce
qu'on voit? ^m smile at cam.
c'est la de-
moiselle qui fait
le film.

25
still

^a
approach+bend o. 26)
to'

^{l'} / ^{r'p'} / ^{-'} / ^{f'}
look ind at+twist+sidle+mout
^{m'}
look at camera

Alphonse!

⁻
move (27

^{l'} / ^{-'}
look ind. at+look ind around
^{g'}
away+try take (microphone)

- ^g take+^aturn+^mlook at (1) ^{a'}give+^{s'}look down+^{-'}sidle+^{-'}move
 camera away+^{τ'p'}twist
- ^a follow (2) ^{l'}look back at+^{τ'p'}twist
- ^a show (3) still+^{τ'p'}twist+^{f'}mouth+^{l'}look at
- ^a follow+smile (4) ^{a'}lead+^{s'}look down+^{m'}glance at
^{s'}fold+^{-'}glance away+^{-'}look dow
 move away+^{f'}mouth+^{τ'p'}twist+loo
 window
- ^a approach (5) ^{-'}move around+^{-'}open mouth+^τtw
 look at cam+^{m'}sit+^{i'}hunch+^{s'}twi
- Qu'est-ce que tu veux? ⁻evade'+^gget (6) ^{a'}arm forward(ask)+point+sm
 cloth+^{f'}mouth+^{g'}look at+^{g'}get+g
 scratch leg+^{τ'p'}look at+twist
 look at cam.
- 'Ah? ^llook at' (7) ^{l'}look at+still'+^{τ'}spin+^{g'}glanc
 look down+^{f'}fumble+^{-'}tryput+^{g'}c
 mouth+^{f'}look away+^{-'}spin
- 'Eh, Alphonse! ^ashow' (8) ^{l'}glance at+^{m'}look at cam+^{g'}smi
 look at+put(beside)+^{g'}get+^{f'}t
 mouth+^{f'}get+^{-'}mouth+h.tilt
- ^ashow (9) ^{a'}give+^{s'}fold+^{-'}tilt+^{f'}mouth+^{τ'}spir
 still+scratch leg+^{g'}get+^{g'}thri
 spin

throw^a(toy)against+
move (toy)against

'Qu'est-ce
que tu veux
faire?

Eh?

move'

look at'^l

10) fumble^{T'}+look down^{f'}+touch le
^{s'}hunch'

11) look at^{T'}+spin^{a'}+give^{g'}+get^{f'}+mou
+look at+smile^{-'}+glance aw.'

12) sidle^{-'}+get^{g'}+stand up^{e'}+run+st
look at cam^{m'}+mouth^{f'}+twist^{T'}+c
ver eyes^{s'}+look around+twis

SEQUENCE 4

TEMPS 1'5"

ALPHONSE IV (1:

- | | |
|--|---|
| <p>look ^l at</p> <p>approach ^a + help</p> <p>press ^a legs</p> <p>look ^l at</p> <p>bend o. to ^a + threat ^t</p> <p>trymouth</p> <p>bend ^a o. to ^{a c}</p> <p>kneel</p> <p>stand ^c</p> <p>threat ^a + mouth ^t + look at</p> <p>mouth ^{a t}</p> <p>turn ^a to</p> <p>follow</p> | <p>(1) throw/look at+lean on+hang+
look at ^{m'} camera/^{c'}lie/^{l'}look at+
laugh+cover ^{f'} legs</p> <p>2) laugh+lean back. /open legs+
mouth+laugh+look ^{m'} at cam.</p> <p>3) tap ^{f'} legs/laugh+lean besides/
look ^{m'} at cam. /take away (cover)+
stand/^{c'}move away</p> <p>(4) get/^{s'}approach/^{a'}mouth/^{t'}flip</p> <p>5) sidle/^{a'}lead/^{c'}sit/^{m'}look at cam. /
cover ^{s'} face/^{t'}flip+smile</p> <p>6) settle/^{t'}flip</p> <p>7) lean back. /look at ^{m'} cam. /flip+
mouth+laugh+look at/^{m'}glance at
cam. /sidle</p> <p>(8) flip+^{t'}mouth</p> <p>9) look ^{l'} at/mouth+still/^{s'}look down</p> <p>10) sidle/^{l'}look at/^{t'}flip+mouth</p> <p>11) sidle+throw/^{s'}head/^{a'}get/^{a'}lead</p> <p>12) turn ^{a'} to/^{s'}look down/^{t'}spin+twist+
mouth/move away</p> |
|--|---|

- | | | | |
|-----------|---|------|---|
| | | (1) | ^{c'} sit/ ^{s'} slope/ ^{r'} shake/h. ^{h'} flutter |
| 'ta-ta... | ^g get/ ^a approach/ ^r shake | (2) | ^{l'} look down at/ ^{-'} lean backwards/ ^{r'} legs/ ^{h'} shake/h. ^{s'} flutter/ ^{s'} slope |
| 'Eh? | ^a stretch arms to/
^r shake | (3) | ^{a'} open mouth+ ^{g'} take/ ^{-'} sidle/ ^{r'} throw/h.
^{h'} flutter/ ^{s'} slope/move around/
slope |
| | ^a approach+show | (4) | ^{l'} glance at/ ^{r'} shake/h. ^{h'} flutter/ ^{s'} slope
move away |
| | ^{-a} bend o. to+show | (5) | ^{s'} hunch/ ^{r'} shake |
| 'ta-ta... | ^r shake' | (6) | ^{-'} back step/ ^{s'} slope/h. ^{h'} flutter/ ^{r'} shake
still+look at+ ^{a'} stretch arm to+
+sidle+look away(window)+turn |
| 'sing | ⁻ avoid' | (7) | ^{a'} try take |
| | ^r shake | (8) | ^{g'} take(hands)+look up+open mouth |
| | ^a stretch arms to | (9) | ^{a'} link+smile |
| | ^{a g r} rock | (10) | ^{c'} rock+lean back+open+playface/
te+chin out |
| | ⁻ put down+move | (11) | ^{c'} stand+look away/ ^{-'} open mouth+smile
lean back |
| | ^{a g r} rock | (12) | ^{c'} rock+open mouth/ ^{r'} fixate/ ^{l'} |

	^{a g} get	(1)	^{a'} give/ ^{h'} hand flutter/ ^{h'} look at/ ^{h'} tilt/ ^{s'} fold/ ^{f'} rub
	^a show+help	(2)	^{T'} suck
	^a nod	(3)	^{T'} suck/ ^{-'} glance away
Eh, Brigitte bend o. to+caress Eh!	^a look at	(4)	^{-'} sidle+ ^{h'} move/ ^{-'} h. flutter
	^l look at	(5)	^{T'} jump
	^a approach/ ^c kneel/ ^a give	(6)	^{a'g'} get/ ^{T'} suck
	^T balance/ ^a raise+open m.	(7)	^{l'} look at/ ^{T'} fumble+suck+chin ou
	^a threat+smile	(8)	^{s'} chin/ ^{l'} look down(at biberon)/ +look at
'Eh?	^{a T} tap(biberon)'	(9)	^{T'} suck/ ^{h'} tilt/ ^{-'} fumble/ ^{T'} chin ou tilt+still+sigh+jump+look u look around/ ^{l'} look at/ ^{l'} fumble+ out
	^a threat+smile	(10)	^{-'} look up+lean backwards/ ^{T'} suck le' 'gr
	^a threat+ ^T smile+balance	(11)	^{T'} suck/ ^{h'} tilt/ ^{-'} look away/
'Eh!	^l look down'(at biberon)	(12)	^{s'} fumble/ ^{l'} look down/ ^{s'} sigh/ ^{l'} look settle/ ^{f'} lean on
	^l look at	(13)	^{T'} suck/ ^{-'} look down+turn

h.tilt+look down+smile (14) shake+stand+hunch

trysit+move away

15) sidle+sit+crouch+shake

sit/show/shake'

16) h.tilt+look at+still

shake

17) shake+hunch

touch(object)

18) stand+shake+h.flutter'

shake'

19) crouch+shake

stand+threat

20) fumble(water)+sit+chin
+look at+look away+fumble
look d.

gesture

21) sigh+look down at

help

22) suck+chin out+fumble+s

look at'

(23) turn+sigh+lean on+look
turn to+glance at+chin
sigh+chin out

stand/bend o.to+threat

24) sidle+move away

t. hair/approach

25) get/sidle+ward-off/suc
(round)

runt

'Uhm'

sing

^t
shrug+tap+jump

head forw+/^c
knēel
^t

tap+shrug+jump

^c
stand+/^astretch arms to+/^c

^a link ^c knēel+shrūg
^t

tap+jump

(1) ^{t'}
shrug+tap+jump' 'sing

^a
2 turn to+head forwards+/'

(3) shrug+jump

^{a'} -'
4) thrēat+head tilt+lean back+tap+st
jump

^{c'} ^c
5) stānd+look up at+link+knēel+shrūg
jump

^{a'} -' ^{c'}
6) thrēat+still+look away+stānd+mov

- grunt point'(ask)+b.over 1) get+give+side+lead+h.flut
to get shake+slope+lead+h.flutter
shake+slope 'gru
- 'Fini? drop 2) kneel+(clean floor)
- get+approach+(clean) 3) throw(away)+h. flutter+sha
slope
- look at+throw+still 4) fold+touch floor
- look at+tap floor 5) slope+shake+hand flutter'
- 'Eh? approach+(clean)' 6) fold+hunch+shake+look down
- approach+(clean) 7) stand+move back+look down
- approach+ " 8) look down+shake+move back+
down at
- approach+ " 9) hand flutter+shake+look dc
- gesture(take out string) 10) move back+h flutter+fur
+still+look at+hand flutt
+drop+kneel
- approach 11) look down at+fumble+look
+look down+shake+hunch
- trow(away) 12) still+look at obj.
- approach+flap hands 13) hunch+shake

- put down⁻ 28) stand^{c'}/h.^{-'} tilt
- rock^{a τ} 29) lean back+chin^{τ'} out+open mouth
fixate^{l'}
- put down⁻ 30) stand^{c'}/side^{-'}+move away
- pull/link^{a / g} 31) link/play^{a'} face^{τ'}+look around+lc
up+lean back+open mouth+droop
- link/rock/hold^{a / τ} 32) smooth face^{τ'}+open mouth+hang c
smile+rock/link^{l'} at^{l'} (...)
- caress^a (33) stand^{c'}/jerk^{-'}(backwards)^{l'}+side+
move away

- 'On descend? 'hold (child)+ 1) look around(window)+look down
 " look at'
- 'approch+hair' (2) stand+link+pull+lead
- 'Qu'est ce que touch chair'+get (3) give+trytake (ch.)+move round+
- tu fais avec
 la chaise?
 'tu veux monter back step' look away
 sur la table? move (round)+ 4) tryclimb up+climb+stand
- 'So allez help'+akimbo+look at
 cas-y est est
 non: look away (5) side rock+look away (window)
- fold+look at+ (6) still+cloth+look down+look around
- look away h.flutter+show+look away+still+
 look ar.+look down
- look at+face (7) turn against+look down+cloth+
 look d.+head tilt+look away (win
 fumble
- fold+approach+n.away (8) look at+still
- approach (9) look down+turn against+look around
- look away (wind.) (10) look at+approach+hit (her head)
- 'Poum! look at' (11) look at+tap(her head)+h.tilt
- "", " look at+tap(own hand)' (12) look d.at+arm up+still
- show+look at+tap+ (13) tap (her hand)+look around+back
- 'sing smile' still+look at+head tilt
- show+tap+look d. (14) tap+still+tap+look down
- move+tap (15) turn to+tap+look around+look at
 still

- ^a approach/^g move chair (16) look around+move away+look
 look d.+look away (wind.)
 'Qu'est-ce que tu veux?' threat' (17) glance^{l'} at+look around
 ' " 'back step+look (18) glance^{l'} at+fumble+look aw.(w
 at+smile+look at^m head tilt+still+look at cam
 caméra still+back step+still+look
 fumble
 'Eh? look at' (19) look away+^{t'} throw+^{a'} lead+^{t'} rock+^{s'} fold+^{f'} face
 'Tu veux que je la va chercher?' get+^g approach+^a give (20) get'+^{t'} throw+rock+h.^{p'} flutter+f
 'Comme il est content.' look at' (21) approach+lead+^{t'} rock+h.^{p'} flutter
^{f'} face
 get+^g give (22) ^{a'} get+^{t'} throw+rock+h.^{p'} flutter+clo
 'On va chercher le pain?' look at' (23) bend o.to+push+lead+^{t'} rock+h.
^{f'} smile+face
 'Il est content.' look at'+^g show (24) ^{a'} get+^{t'} throw+rock+^{f'} cloth
 'Tu veux que je la va chercher?' bend o.to' (25) lead+crouch'+^g hold+still
 get+^g approach+show+ (26) ^{t'} rock+h.^{p'} flutter+smile'+^{l'} look
^{f'} cloth+turn against+look d.+
 smile+approach h.^{p'} flutter+still+turn+look at
^{g'} tryget+get+^{t'} throw+still+^{g'} get+
^{g'} still+get+^{t'} throw+still+rock+^{l'} look
^{g'} get+^{t'} throw+rock+h.^{p'} flutter+tu
^{a'} look at+h.^{p'} flutter+bend o.to-
 (interrupt her flap hands)
 'Qu'est-ce que tu ne veux pas?' sidle+threat (28) turn against+look down'+look

			look d.+try ^a jump+turn to+lead
'Eh?	palms ^a up'	29)	look d.+hold ^{a' g'} finger/look ⁻ away
'sing	'threat ^a +smile/	30)	h.flutter ^{o'} /h.tilt ⁻ /look d. ^{a'} +approach
	shake ^t hands		smile
	hold ^a +move	(31)	bend o. ^{a'} to+lean on/ ^{c'} stand/look ⁻ away (wind.)+tap ^{t'} (wind.)
	hair ^f /touch ^a /	(32)	turn against ⁻ /get ^{g'} /throw ^{t'} /get ^{g'} /throw ^{t'} get ^{g'} /throw ^{t'} /h.flutter ^{o'}
	tap ^t (wind.)		still
	(talk to)/look ^l at	33)	
	approach ^a	(34)	turn against ⁻ /tap ^{t'} (wind.)
	tap ^t (wind.)+talk to+	35)	look ^l at/tap ^{t'} /side ⁻
	approach ^a hand		

'Tiens ici !	flap h+palms up'	13)	glance at+tryhit+flee
'Boum !	approach'	(14)	throw+get+throw+rock+h.fl
'sing			ter+lead'+look up
	get+smile	15)	get+tongue out+turn+throw
			h. flutter
	get+trygive+drop	16)	get+turn+throw+rock+h.flu
			flap hands
	give	17)	get+turn+throw+rock+cloth
			flutter
	rock	(18)	turn to+rock
	rock	(19)	lead+chin out'+laugh
sing	get+show'+rock	20)	turn+laugh+get+turn+throw
			rock& flee +h.flutter+app
	get+show+rock	21)	look at+side+cover face+
			+hunch+turn to
'Tu ne veux pas	rock'	22)	rock+laugh+cover face+hun
avoir cela?			approach
Oup!	bend o. to+give'	23)	get+throw+turn+rock+h.flu
			turn to
	get+rock+give	(24)	rock+h.flutter+get
	look at	(25)	turn+throw+rock+flee+h.fl
			turn to+laugh+rock+approa
	get+back+step+show	26)	arm up+get+throw+turn+roc
+give			cloth+h. flutter

^a show 27 ^{τ'} turn to+rock+h.flutter+approach
look d.

^τ rock (28) ^{τ'} rock+look d(at her feet)+laugh
touch (the obj. shown)+cover

^a show/+^τ rock (29) ⁻ back step+^{l'} look d.+^{τ'} rock+h.flut
^{s'} face+look d.+laugh

'On ferme
les yeux?

^a bend o. to'+^τ rock 30 ^{τ'} rock+h.flutter+^{l'} laugh+look at

SEQUENCE 11

TEMPS 3'51"

DAMIEN (8,9 ans)

Damien ! ^a approach+^{l'} cloth (1) ^{g'} get+⁻ sidle+^{τ'} spin
est fini! ^{l'} look at (2) ⁻ move round+^{f'} mouth
^{l'} look at (3) ^{g'} get+^{s'} hug+⁻ back step
^g get+^a approach+show (4) ^{s'} back ⁻ step+^{l'} look at
est ça! ⁻ back step' (5) ^{s'} move round'+^{g'} get+put down
^g get (6) ^{s'} glance at+^{l'} get+put d.
^a show (7) ^{s'} get'+^{g'} sidle+⁻ spin+^{τ'} turn to
^a give (8) ^{a'} get'+^{s'} hug
^g get+^a give (9) ^{s'} get'+^{l'} look at+^{τ'} rock
^g get+^a give (10) ^{s'} get'+^{g'} sidle+⁻ move away+fumble
mouth+^{l'} look around+put d.
^a approach+^{l'} shake+^τ tap (11) ^{τ'} shake+^{l'} look at+^{s'} hug+^{τ'} tap+^{a'} stre
arm to

tu viens tout
d'en avoir

L'eau?
viens"

a-ta

crunt

"

- shake (12) s' a' g' / τ' p' take+shake+tap'
- tap (13) τ' p' / s' shake+tap+flinch'
- threat+shake+tap (14) l' at/move back/hug+shake+tap+flinch
- approach+shake (15) s' / -' sidle
- approach+tap (16) τ' / s' shake+tap+flinch
- kneel+shake (17) s' / g' / - -' / look at+shout+still+h.tilt+sidle+put+look fumble
- shake+tap (18) s' / τ' p' shake+tap'
- stand+look at (19) s' / l' glance at+raise+open mouth
- approach (20) s' / - -' / τ' p' move a.+shake+tap
- shake+tap (21) a' turn to+look at+play face+stap+flinch
- approach (22) τ' p' / l' / s' shake+look at+flinch
- approach+still (23) l' / τ' look at+open mouth+tap+look at+smile+look at+still+flinch smile+shake
- shake+tap (24) s' / τ' p' shake+tap
- approach+trytouch (25) s' / a' / - touch+withdraw+smile+avoid+si
- shake+tap+approach+tryt. (26) τ' p' / - / s' / shake+tap'+sidle+flinch+shake tap+look d. at+move+smile

bend o. to 27) ^{s'} withdraw+^{g'}get+^{l'}glance at'+^{g'} shake+^{τ'p'}tap

approach+^ashake+^τtap(28) ^{τ'p'}shake+^{s'}tap+^{s'}flinch+^{-'}avoid+^{a'}shake+^{a'}sidle+hunch+touch

approach+^atrytouch 29) ^{s'}back step+^{-'}sidle+move around+^{f'}neck+^{l'}look at+^{l'}move back+^{a'}sidle

ir un
ier approach+^ashow+^τflip'(30) ^{s'}shake+^{τ'p'}tap+^{-'}move away

ne veux pas? drop ^{-'}paper '(31) look up+^{g'}get+^{τ'p'}shake+^{s'}tap+^{s'}flinch

touch ^fhair+^{g'}get+^τtap+ 32) ^{s'}back step
^afollow

b.camion! 'approach (33) ^{-'}sidle+move around+^{g'}get+^{s'}sidle'+^{τ'p'}+move away+put+shake+tap+turn to+^{s'}hug+^{a'}approach

l'as, ton camion.' 'give' 34) ^{s'}get'+^{g'a'}back step+^{-'}still+look at

on camion trygive'+^afollow 35) ^{s'}sidle+^{-'}move away' 'To

n camion 'follow (36) ^{s'}put+^τtryshake+tap'

ns, oui approach+^aput+^{-'}avoid+ (37) ^{s'}take+^{a'g'}sidle'
est beau ^sfold

look ^lat 38) ^{s'}spin+^{τ'}look at'+^{l'}look d+spin'

fumble ^τ 39) ^{g'}take+^{-'}sidle+tryshake+put+^{τ'p'}shal
tap+^{s'}flinch! 'g

flap h+^{-'}sidle+^fcloth+^{l'}move 40) ^{-'}move away+^{s'}hug+^{τ'p'}shake+tap
away

- look at (1) shake+tap+flinch+turn+look
around+open mouth+neck
- sidle+back step+hair (2) approach+kneel+put d.+twist+
spin+flinch
- kneel+fumble (3) look d.+hunch+smile+look at+sp
+flinch
- stretch arm to+tap (4) look d.+spin+open mouth+tap.
shake+tap
- trytake (5) get+hug+shake+stand+move aw
- stand+look at (6) shake+tap+flinch
- approach+hair (7) hug+get+shake
- bend o to+tap (8) shake+glace at+flinch/+sidl
- voiture! 'approach+flat gesture (9) get+spin+move away 'Une
fumble 'grun
- approach+tap (10) shake
- e l'eau? sit+look (11) sidle+shake
- at
- l'eau? 'look at (12) get+show(cup)+h.tilt+throw (De
+look at cup+move around+spin
get+fumble+tap

- Encore? look at+hair' (1) stand on table+cloth+look at
look at cam.
- Eh? look at' (2) look at+approach
- look at (3) sidle+glance away+step forward
bend o.to+touch(her shoulder
+neck+h.tilt+(self-clasp)
- caress (4) evade+take(her hand)+look at
face+smile
- caress (5) back step+fold+neck+h.tilt
(self-clasp)+still
- Encore? approach' (6) bend o.to+jerk+h.flutter
- stretch arm to+palms up (7) link+trylead
- caress (8) chin+sidle+evade
- stretch arm to (9) jerk+h.flutter+bend o to+approach+smile
- Encore? look up to'+turn+look up (10) touch (her shoulder)+look at
still+cloth+lead
- turn To+hold (11) lean on+still
- move away (12) hug+smile
- " (13) jump+laugh
- laugh+rock+glance at (14) lean back+h.tilt+face+self-laugh

a-ta

^τ/_l rock+glance at

^l/_τ glance at+rock

^τ/_l rock+glance at

⁻ put down

⁻ move away+^mlook at cam+
^τhair

15) ^{a'} smile+hug+^{τ'}jump'+^{m'}look at c

(16) ^{a'} lean back+^{τ'}jump

17) ^{τ'} settle+^{τ'}jump'+^{a'}hug+lean
⁻back

18) ⁻ climb down+^{c'}stand

19) ⁻ sidle+^{c'}stand on table+^mlook,
cam+^{τ'}cloth+^{τ'}to-to-fro rock+^laround+^{l'}cloth+smile+rock+cl
Hod'

- lean on+look d.at (1) fumble+h.tilt+lean on+ca:
drop+hand^{s'} on chest+hunch
- unt bend o to+flat^a gestu-(2) look^{s'} at+carry+drop+carry^{l'}
re
- approach^a (3) h. tilt+drop+look^{l'} d. at+sn
- hang^a (4) get^{s'/T'}
- withdraw (5) carry+sidle+drop^{s'/T'}
- hang+approach^a (6) fumble (sand)^{s'/T'}
- move'+threat^a+stretch (7) look^{l'} at+cloth+sidle+lean^{l'}
phane arm+rub+get^{s'} (sand)
- withdraw+sidle+rub (8) carry+drop^{T'}
- rub (9) look at+fumble^{l'}
- approach arm^{a T} (10) cloth+carry+drop+lean on+
look at+h. tilt+carry+drc^{l'}
h.tilt+laugh+look at+fumb
- look at+smile+^{l'}fumble^T (11) lean forwards+push+laugh+t^{a'}
(obj. away)+cloth+laugh
- touch+laugh+evade^{a T} (12) lean forwards+trytake (ha^{a'}
h. tilt+cloth^{l'}
- fumble+touch+smile^{T a} (13) lean forwards+throw at+cl^{a'}
push+h tilt+lean on+look
at+smile

U ne veux
as?

^τ fumble+^lsmile +look
at

14) lean forw+^{a'}look at+smile+
push+throw at+h tilt+clo
^{τ'} fumble 'No!

SEQUENCE 15

TEMPS 59"

FRANCOIS II (6,8 ans)

e maison
briques
i
y en a
aucoup ici
ne-m. de
...)-écholal.

bend ^ao.to' (1
look at+^lhair+^f
still+^cstand+still' (2

^{c'} kneel+^{g'}get+^{-'}sidle 'shou
^{τ'} throw+^{f'}cloth+^{s'}look d+laugh Un
genitalia+^{a'}turn to+^{g'}get+turn+ so
laugh+llok d+throw+cloth+gen+ br
turn to+get+smile+run+throw+
cloth+turn to

l y en
encore!

'approach+^akneel+^ctry-
help (3

^{c'} kneel+^{g'}get+^{-'}sidle+laugh+run+h.fl
^{τ'} ter+^{f'}throw+^{a'}cloth+^{τ'}turn to+run
^{a'g'} get+^{-'}turn+run+lean on+^{τ'}throw+^{f'}clo
turn to+run

^g get+^agive 4

^g get+^agive 5

^{a'g'} get+^{-'}turn+run+^{m'}glance at cam.+^{-'}dr
^{f'} cloth+^{a'}turn to+run

^g get+^agive 6

^{a'g'} get+^{τ'}smile+^{f'}throw+^{f'}cloth+run

^g get+^agive 7

^{a'g'} get+^{-'}turn+^{τ'}throw

'Tians!

^c stand+^gget+^ashow+^agive+
^f cloth 8
9

^{f'} turn to+^{a'}cloth+^{g'}approach+^{g'}get/
^{-'} turn+^{τ'}throw

- look at ^lpaper (s. side) ⁻ 1 look at paper+fixed eyes+ smooth face+hand flutter+ look at paper
- ^lgive paper look at ^Tpaper+touch p+ 2 look at ^{l'}sister's side+fixe eyes
- look at pensils+touch p
- touch ^Tpencils 3 hand flutter+clench o. hand
- ^gtake pencil+ward-off+ 4 tryget ^{g'}pencil+h. flutter+fu
- lean b.+show ^mpencil+ draw+compare 2 p.+draw on
- talk to side of the table+smooth f
- draw ^T 5 h. flutter ^{h'}on paper+look ^{l'}a
- " " 6 h. flutter ^{h'}pencil+l. aroun
- ward-off+draw ^aon sister's p. 7 tryget ^{a'}her pencil
- +smile+sit

- hand on ^fknees+look at s.'s 1 move hands+clench (p
- side side p
- point+arm over ^msister's 2 touch ^{T'}hamster p
- h.
- frown+fold ^s 3 arm back+clench h+bend ov

smile+l. at hamster	4	fold ^{s'} /smile at pseudo hamster- b.o.(h)+smooth face
move+evade	5	touch h.+pushh.+smooth face
settle ^{f'} /point ^{l'} /cloth ^{f'} +l. at th+smile+settle	6	fold ^{s'} /press ^{f'} chest+smooth face
point ^{l'} +smooth face+h. tilt+l. at th.+h.on mouth	7	touch pseudo-a+fumble ^{f'} /get ^{g'} p +l. at pseudo-h+smile
settle+smile/move ^a back ⁻ / stand up+smooth face+l. at hamster+still:try/flick h+ flee+move back	8	l.d at sister's side/look at a.+smile
approach	9	l. at p.-a.+smile/caress ^{f'} face look around+smile+look at p-a over +smooth face+h.flutter ^{f'}

SEQUENCE 18

TEMPS 1'5"

SOEUR/JULIE (3 ans,

(put dom. in front of sister)	1	look down+fixed eyes+shake he (pi
look at	2	avoid contact with the th.he (tr
look at	3	look down+fixed eyes+grimace lips out
look at	4	l. down+get bowl (giv
try ^a get domino	5	get ^{g'} dom+move lips/show ^{m'} to the +move lips+look at dom.+smile fumble/show to the sister+mov

- ^a help 6 drop one dom.
- ^l look at 7 pick dom. + move lips + smile (smell c
 smile + l. down at the th. (smell dom.
- ^τ play with d. + get + 8 look sideways (at sister)
^m l. at the + smile + show
 to the th + talk to +
 grimace + l. down + play
 with
- ^τ (play) + pick ^g bowl 9 bend over to + look at dom + still + sm
 look at ^{l'} sister's side + head up + fix
 eyes + shake head + dom. in front of t
 eyes + h. flutter ^{l'} dom + shake head

SEQUENCE 19

TEMPS 20"

SOEUR/JULIE' (4a, 2)

- ^τ (play) 1 tap on puzzle + look at sister's
 move back one hand
- ^l look at sister's puzzle 2 h. tilt + l. down + clench opposite
 + open mouth (right) + clench left h. finger +
 glance at own puzzle + look ^{l'} side
 at sister's + starr + desclench le
 finger + clench right hand
- ^τ h. tilt + look at own puz- 3 h. tilt + look at sister's side + d
 zle + play clenched right h + h. tilt + look at s
 ter's side (starring)
- ^l look at sister's side 4 (play)
- ^τ (play) 5 h. flutter (on puzzle)

- ^athreat+^msmile+look at th. 1 ^{s'}ward-off+^{-'}chin+evade
^Ttouch sister
- ^sslope+⁻sidle 2 ^{a'}turn to+^{T'}trytouch
- ^afollow+^Ttouch her back 3 ^{s'}ward-off+^{-'}evade+run away
- ^apress ^gshoulders+^Tcaress 4 ^{e'}crouch+^{g'}get
- ^a(tap on back)+^Tstill+^mlook at th. 5 ^{e'}stand+^{-'}run to corner+^{a'}turn sidle
- ^aapproach+^sfold+^Ttrytouch 6 look at object+^{s'}still+^{-'}chin+^{-'}sidle
- ^Tfollow+^Ttouch back+smile 7 flee+^{-'}smile+open mouth
- ^arun after 8 run to the corner
- ^ahand on shoulder 9 look at wall+^{a'}still+^{-'}turn to+^{a'}look sidle.
- ^acaress(face)+^Topen mouth+^m1. at th. + ^TTouch s. + follow 10 ^{s'}flinch+^{-'}try ward-off
- ^m1. at ^gembrace+^{s'}follow 11 open mouth+^{s'}chin+^{-'}sidle+^{-'}fold
- ^ahand on back+^T1 at sister 12 fixed eyes+smile
- ^sslope 13 ^{a'}touch her breast+^{T'}smile+^{-'}look aw
- ^Ttrycatch her hand+^aturn to 14 ^{-'}avoid+^{s'}slope+^{-'}smile+^{-'}1. away+flee open m.
- ^Thold hand+^afollow 15 avoid+^{-'}turn+fixed eyes
- ^Ttouch back+^afollow+^{-'}starring+open mouth+^{-'}smile+press back 16 ^{s'}chin+(arms rigid)+^{-'}run to the cor

press neck+o.mouth	17	try ward-off
look at ^a hit ^t her back+	18	crouch+stand
arms flailing+back step+		
hand ^f on back+l.at ^m therap.+		
smile+step forw.+arms f+move		
back+h on back+l.at sister+		
back step		
run to the corner	19	threat+fold+smooth eyes+
		+follow
look at ^l smile+run away	20	try threat+fold
run around sister	21	h.on breast+smile+follow+fi
		eyes+shake head+turn+l.down

SEQUENCE 21

TEMPS 35"

SOEUR/JULIE (5 an

look at cam.+smile	1	look at sister+grimace+cover
		droop+smile
lean back+hang on s.'s	2	head tilt+droop+look d.+smile
arms+look at cam.		l. at cam.
talk to smile	3	approach head+droop+smile
look at s.'s face	4	hunch/h.tilt+look down
look at cam.+approach	5	smile+look at cam.+app.head+r
hand+smile+look at cam.		head on sister's shoulder
talk to	6	h.tilt+look down
bend o.to+talk to	7	h.tilt
threat+talk to+smile	8	look at cam.+starring eyes+op
bend o. to+look at	9	droop+chin+look at cam.+open
		h.tilt

13"

press cloth around neck+look
down+chin+fixed eyes+shake head+
look up+look at cam.+fumble
cloth+look sideways+fixed eyes+
shake head+look down+trytake
cloth+put back+press cloth+
chin+look down+fixed eyes+take
out cloth+look at something+ ← (Th.approach.
fixed eyes+open mouth+smile+
fumble+smile+shake head+chin

13"

- look at somebody+starring eyes
slightly opened+head up+chin ou
smile+open mouth+grimace+shake
chin+smile+hand up+chin+hand d
look down+look down+h.tilt+loo
smile+look down

B I B L I O G R A P H I E

=====

- Anthony, J., An experimental approach to the psychopathology of childhood:Autism, in Brit. J. med. Psychol., 1958, 31, 211-225.
- Benda, C.E., Developmental disorders of mentation and cerebral palsies. Grune & Stratton, Inc., New York, 1952.
- Benda, C.E., Childhood schizophrenia, autism and Heller's disease in P.W. Bowman & H.V. Mautner (Eds.), Mental retardation. Proceedings of the first international conference on mental retardation. Grune & Stratton, Inc., 1960, 469-1
- Bettelheim, B., La Forteresse Vide. Gallimard (Ed.), Paris, 1957.
- Blurton Jones (Ed.), Ethological Studies of Child Behaviour, Cambridge University Press, London, 1972.
- Brannigan, C.R., Ethological analysis of behaviour as an aid to therapy. Paper given at British Psychological Society Conference, Southampton, 1970, in Bull. B.P.S. 23, 79, 1
- Brannigan & Humphreys, Human non-verbal behaviour, a means of communication, In: Blurton Jones (Ed.), op.cit., p.37-
- Currie & Brannigan, Behaviour analysis and modification with a autistic child. In: Blurton Jones (Ed.), op.cit., p.7
- Chance, M.R.A., An interpretation of some agonistic postures. The role of "Cut-off" acts and postures, in Symposium on Zoological Society of London, 1962, 8, 71-89.
- Creak, M., (Chairman), The schizophrenic syndrome in childhood. Pre report of a working party, in Brit. med. J., 2, 889-890.
- Darwin, C.R., The expression of the emotions in man and animals Murray, London, 1872.
- de Lannoy, J., Nature et fonction de l'attachement (Discussion la conception de Bowlby), in Revue de Psychologie et Sciences de l'Education, 1974, 16, 251-268.
- de Lannoy & Feyereisen, P., Une analyse d'"activités de déplacement" chez l'homme, in J. de Psychol. norm. et patho 1973, 3, 289-235.
- Demaret, A., Une nouvelle approche des Troubles Mentaux: La méthode Ethologique, in Revue Médicale de Liège, 1974, 29, 395-397.

- De Waelhens, A., *La Psychose*. Nauwelaerts, Louvain-Paris, 1972.
- Eisenberg & Kanner, L., *Early Infantile Autism, 1943-1955*, in *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1956, 26, 556-566.
- Ekman, P. & Friesen, W.V., *Non-verbal leakage and clues to deception in Psychiatry*, 1969, 32, 88-106, (b).
- Ekstein, R., Bryant, K., & Friedman, S.W., *Childhood Schizophrenia allied conditions*. In: Bellak, L., & Benedict, P. K. (Eds.) *Schizophrenia*, Logos Press, New York, 1958, p. 555-693.
- Ekman, P., Soreson, E.R. & Friesen, W.V., *Pan-cultural elements in facial displays of emotion*, in *Science*, 164, 86-88.
- Feyereisen, P., *Les "activités de déplacement" et la théorie de comportements irrelevantes chez l'animal et chez l'homme* in *Bull. de Psychologie*, 1972-73, 26, 831-836.
- Grant, E.D., *An ethological description of non-verbal behaviour during interviews*, in *Brit. J. med. Psychology*, 1968, 41, 177-184.
- Hall, E.T., *The hidden dimension*. Garden City, Doubleday: New York
- Harlow, H.F., *Love Created, Love Destroyed, Love Regained*, in *Modèle Animaux du Comportement Humain*, 198, *Colloques Internationaux du C.N.R.S.*, Paris, 1972, 13-59.
- Humphreys, D.A., *Ethology and linguistic communication*, in *Technique and Society*, 6, 27-33.
- Hutt, S.J. & Hutt, C., *Direct Observation and Measurement of Behaviour*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illi., 1970
- Kamp, L.N.J., *Autistic Syndrome in one of a Pair of Monozygotic Twins*, in *Psychiat. Neurol. Neurochir.*, 1964, 67, 143-150.
- Kanner, L., *Early Infantile Autism*, in *The Nervous Child*, 1943, 2, 217-250.
- Kanner, L., *Childhood Psychosis, Initial Studies and new Insights*. Winston, V.H. & Sons, Washington D. C., 1973.
- Keeler, W.R., *In Discussion*, in *Psychiat. Reports of Amer. Psychiatric Ass.*, 1957, 7, 66-88.
- Leach, G.M., *A comparison of the social behaviour of some normal and problem children*. In: Blurton Jones (Ed.), *op.cit.* p. 249-281.
- Lorenz, K., *Le compagnon dans l'environnement propre de l'oiseau. Le congénère comme élément décisif du déclenchement des comportements sociaux*, 1935, p. 173-188. In: *Essais sur le comportement animal et humain*, Seuil, Paris, 1970, p. 9-188.

- Mahler, M.S., On Child Psychosis and Schizophrenia, autistic and symbiotic infantile Psychosis, in *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1951, 7, 286-305.
- Mahler, M.S., On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation, Vol. I - Infantile Psychosis. In: *Internat. Univ. Press, New York*, 1970, p. 8.
- May, J.M. & May, M.A., The treatment and education of the atypical autistic child in a residential school situation, *Amer. J. Ment. Defic.*, 1969, 64, 435-443.
- McGrew, W.C., Aspects of social development in nursery school children with emphasis on introduction to the group. In: *Blurton Jones (Ed.), op. cit.*, p. 129-165.
- Mednick, S.A., A learning theory approach to research in schizophrenia, in *Psychol. Bull.*, 1958, 55, 316-327.
- Morgan, B.J.T., Simpson, M.J.A., Jeannette P. Hanby & Joan Hall-Craggs, Visualising interaction and sequential development in animal behaviour: Theory and application of cluster analysis methods, in *Behaviour*, 1976, 56, 1-2, 1-43.
- Morris, D., Typical Intensity and its relation to the problem of ritualisation, 1957. In: *Patterns of Reproductive Behaviour, Collected Papers, Jonathan Cape (Ed.)*, London, 1970, p. 187-197.
- Morris, D., The Rigidification of Behaviour, 1966, in *op. cit.*, p. 512-516.
- O'Gorman, G., The nature of Childhood Autism, *Butterworths, London*, 1970, p. 6-14.
- Pieron, H., *Vocabulaire de la Psychologie, P.U.F., Paris*, 1968.
- Prick, J.J.G., *Infantile Autistic Behaviour and experience*, Rotterdam University Press, Rotterdam, 1971, p. 6, 44.
- Rimland, B., *Infantile Autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behaviour*, Appleton Century Crofts, New York, 1974, p. 1-146, 67-76.
- Ritvo & Provence, Form perception and imitation in some autistic children: Diagnostic findings and their contextual interpretation, in *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1953, 8, 155-161.
- Ruwet, J.C., *Ethologie: biologie du comportement*, Charles Dessau (Ed.), Bruxelles, 1969.

- Schäppi, R., Une meilleure compréhension de la masturbation grâce à l'Ethologie?, in *Médecine et Hygiène*, 1971, 1749-1753.
- Sommer, R., *Personal Space, the behavioural basis of design*, Prentice-Hall (incorp.), Englewood Cliffs, New Jersey, 1969.
- Tinbergen, E.A. & Tinbergen, N., *Early Childhood Autism: An etiological approach*. Paul Parey in Berlin und Hamburg Berlin, 1972.
- van Krevelen, D.A., *Early infantile autism*, in *Z. f. Kinderpsychiatrie*, 1952, 19, 91-97. (a).
- Vieira, A.B., *De l'évolution de la schizophrénie considérée comme un conflit territorial*, in *Acta Psychiat. Belg.*, 1974, 79.
- Walter, W.G., *The living brain*. Norton, New York, 1953; in *Brit. J. Psychol.*, 1965, 22, 1.
- Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1951.

=====