

## Penser le corps chez l'enfant autiste « Étude clinique »

### Thinking the body in autistic children: "Case study"

BEHTANE Abdelkader<sup>1</sup> Université Guelma, [abehtc2i@gmail.com](mailto:abehtc2i@gmail.com)

DJABALI Noureddine, Batna1, [djabali@gmail.com](mailto:djabali@gmail.com)

Reçu le 2018-10-03

accepté le 2019-02-11

#### Résumé

Notre recherche s'orientera autour de la problématique de la représentation corporelle et psychique chez un enfant autiste. Après avoir effectué une revue de la littérature concernant les liens entre corps et psyché chez des personnes présentant un trouble du spectre autistique (TSA), nous présenterons une étude d'un cas au travers l'étude du Test du Schéma Corporel et l'utilisation de la technique des packs. Les résultats montrent que l'autiste a une intelligence considérable et une perception de lui-même. Le test du schéma corporel couplé au jeu est un bon moyen de connaître son corps. Quant à la technique des packs, que nous avons légèrement modifiée, elle permet à notre cas de se calmer et d'être à notre écoute.

**Mots clés :** Corps, Psychisme, Autisme, Intelligence, Communication,

#### Abstract

The research will focus on the issue of body and psychic representation in an autistic child. After conducting a review of the body-psyche literature in individuals with autism spectrum disorder (ASD), we will present a case study through the study of the Body Diagram Test and the use of the packs technique. The results show that the autistic has a considerable intelligence and a perception of himself. The body diagram test coupled with the game is a good way to know your body. As for the technique of the packs, which we have slightly modified, it allows our case to calm down and to listen to us.

**Keywords:** Body, Psychism, Autism, Intelligence, Communication,

---

<sup>1</sup> - BEHTANE Abdelkader Université 8 mai 1945, Guelma, [abehtc2i@gmail.com](mailto:abehtc2i@gmail.com)

## INTRODUCTION

Le corps et la psyché se construisent ensemble à l'intérieur de l'utérus maternel, autour de mécanismes très complexes. Tous deux forment le socle de ce qui constitue l'identité. La différence notable entre ces deux concepts est que le corps est visible alors que la psyché est intime. En effet, c'est le corps qui renfermerait la psyché.

Comment se construit la relation entre le corps et le psychisme? Il semble que ce lien soit extrêmement complexe. De plus, il reste difficile de savoir qui des deux apparaît en premier. Se poser la question revient un peu à se demander qui de la poule ou de l'œuf est venu en premier : c'est une question insoluble. Avec l'avènement des neurosciences, ces deux concepts ne sont plus différenciés l'un de l'autre. Au contraire, les auteurs tendent à les mettre en parallèle pour mieux appréhender les dysfonctionnements éventuels.

Dans la plupart des travaux sur l'autisme, on observe encore que la majorité des auteurs (Gillis, 2004; Grollier, 2014; Maiello, 2011) font une distinction entre corps et psyché. En effet, tous affirment que l'autiste est là et en même temps n'est pas là. Il est présent corporellement mais semble absent psychologiquement. Autrement dit, il serait dans un autre monde, une autre dimension (Sakellariou, 2015).

Longtemps considéré comme une maladie, l'autisme interroge le proverbe : « un esprit sain dans un corps sain ». En effet, les personnes atteintes de TSA ont longtemps été considérées comme « folles » du fait, qu'en apparence, elles ne semblaient avoir aucun esprit. Puisque leurs comportements étaient considérés comme étranges (Bettelheim, 1967).

Selon l'apport psychanalytique, on se demande que se passe-t-il dans la psyché quand le corps est malade ? Or, on essaye de penser le corps de l'autiste, ayant des déficiences génétiques et pas seulement la mauvaise relation mère-enfant, et ses remaniements. Donc, selon cette dualité corps-psyché, les différents troubles comportementaux caractéristiques des personnes atteintes de TSA comprennent des manifestations d'un dysfonctionnement du psychisme. Que serait-il ?

## I. DEFINITION DE L'AUTISME

L'autisme est un trouble développemental débutant avant l'âge de 3 ans. Il touche simultanément les interactions sociales, la communication, à la fois verbale et non verbale, le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints.

### 1. LA THEORIE DE L'ESPRIT FACE A L'AUTISME

Winnicott (1949) pense que l'esprit ou la psyché fait partie intégrante du corps. Il décrit le psychisme comme un sentiment de continuité d'être caractérisé par des sensations et des fonctions. Pour se construire, le psychisme a besoin d'un environnement sain et adaptable. Cependant, un environnement trop instable forcera l'individu à réagir au détriment de sa propre sécurité interne. Autrement dit, il faut un environnement sain pour que l'esprit soit sain. Il faut non seulement que la mère entende son bébé mais aussi qu'elle lui réponde.

La théorie de l'esprit est liée à l'autre : il faut prendre en compte ses désirs, ses émotions, ses intentions pour mieux le comprendre et interagir avec lui. Elle se construit autour de la phase individualisation/dépendance. Durant tout le développement de son enfant, la mère ne doit pas uniquement s'adapter au niveau physique, elle doit aussi l'inscrire au niveau psychologique, c'est-à-dire l'aider à accéder au signifiant du langage (Benhaïm, 2009, p. 56.) La théorie de l'esprit désigne la capacité à octroyer des états mentaux à soi-même et aux autres, et à interpréter le comportement d'autrui (Duval et al., 2011.)

La majorité des auteurs pensent que les personnes atteintes de TSA ne sont pas des sujets en tant que tels puisqu'ils n'ont pas accès au langage et à l'autre (Sakellariou, 2015, p. 19). En fait les personnes atteintes de TSA n'auraient pas accès au psychisme d'autrui. Du coup, ils n'auraient aucune possibilité d'interagir et de comprendre autrui. (Larban Vera, 2016)

### 2. LES TROUBLES DU LANGAGE

L'autisme se caractérise par des troubles relationnels et langagiers (Mareau & Vanek Dreyfus, 2007, p. 66). Le trouble du langage peut prendre de multiples formes. Cela va du langage inexistant dans les formes les plus graves à des formes très évolués de

langage. Mais on retrouve toujours un point commun : le langage ne semble pas avoir de valeur communicative.

Le langage peut comporter les anomalies suivantes : des écholalies immédiates : l'enfant répète en écho ce qu'il entend, des écholalies différées : répétitions inlassables d'une phrase sortie de son contexte, des créations de mot (néologisme) ou d'expression, le rythme, l'intonation et le volume peuvent ne pas correspondre à ce que l'on attend habituellement. Le langage des personnes autistes se caractérise par des troubles de l'expression et de la compréhension. Certains auteurs montrent que les personnes autistes ont des difficultés pour s'exprimer (Tardif & Gepner, 2007, p. 69) .

### 3. TABLEAU ET SIGNE CLINIQUE

Kanner (1943) : Précocité des troubles (autisme infantile précoce), isolement social ou retrait, besoin d'immuabilité, comportements répétitifs et compulsifs (écholalie, stéréotypies verbales), langage atypique et quelques talents spectaculaires malgré un développement retardé (îlots d'aptitudes comme l'extraordinaire faculté de mémorisation)

Triade classique : altérations des interactions sociales réciproques, anomalies de la communication verbale (langage) et perturbations des autres systèmes d'expression (mimiques, regards, gestes...), caractère restreint et répétitif des comportements, des activités et des pôles d'intérêt (pauvreté du jeu et de l'imagination dans les activités qui sont souvent stéréotypées, ritualisées).

Signes associés : perturbations sensorielles ou « réactions sensorielles paradoxales » (réaction à la douleur, sons, contact tactile...), retard mental et déficits cognitifs, troubles du comportement (crises, colères, automutilations...)

L'autisme ou les troubles du spectre autistique renvoie à des symptômes très divers.

Ce terme a été utilisé pour la première fois pour décrire le symptôme de perte de contact avec la réalité des schizophrènes. (Tardif & Gepner, 2007, p. 9). Golse (2010) montre que les enfants atteints de TSA ne prendraient pas en compte l'intériorité de l'autre.

#### 4. L'APPORT DES NEUROSCIENCES

Pendant longtemps, les mères étaient considérées comme responsables du syndrome de TSA. (Bettelheim, 1967). Ce n'est que récemment que les chercheurs en neurosciences ont démontré l'implication de la génétique dans les symptômes autistiques. Ainsi, l'IRM a permis de mettre en évidence des anomalies au niveau cérébral. Egalement, certains chercheurs pensent que l'autisme serait dû à une anomalie des chromosomes 7, 15 et 17 (Glaude & Lemièrè, 2014; Thum, 2013, p. 21) .

Les neuroscientifiques montrent qu'il y aurait un dysfonctionnement au niveau du cerveau et plus spécifiquement au niveau du cortex cérébral. D'ailleurs des chercheurs du CNRS ont montré une différence de profondeur dans l'aire de Broca (région impliquée dans le développement de la communication et du langage) chez les enfants atteints de TSA (Brun et al., 2016).

#### 5. DEFINITION DU DSM – V-

Selon le DSM-V- (APA, 2016, pp. 24-26) l'autisme se trouve dans les troubles neuro-développementaux, qui se caractérise par de nombreux déficits :

- La communication (verbale et non verbale), de l'interaction sociale, de l'émotivité, et de la compréhension.
- Les caractères restreints et répétitifs des comportements (mouvement stéréotypés, intolérances aux changements, intérêts restreints et fixes, et hyper ou hypo sensibilité (douleur, températures, sonorité,...).
- Capacités limitées apparentes au début de développement.
- L'importance des symptômes au niveau scolaire, professionnel,...etc.
- Si déficience intellectuelle et TSA sont fréquemment associés. Comorbidité serait significative.

Contrairement au DSM-IV-, le DSM-V- distingue entre les sujets TSA et ceux qui ont seulement un trouble de la communication sociale, Il montre trois niveaux de sévérité de spectre de l'autisme selon la qualité de la communication et la nature des comportements (restreints et/ou répétitifs).

## II. QUELQUES ECHELLES D'ÉVALUATION DE L'AUTISME

L'Autism Diagnostic Interview (ADI) est la méthode la plus utilisée en recherche pour établir ou confirmer un diagnostic d'autisme. Il s'agit d'un entretien semi-structuré qui permet de recueillir des informations sur la symptomatologie actuelle, mais aussi sur la période cruciale des quatre/cinq ans durant laquelle les signes de l'autisme sont les plus marqués. Cet entretien couvre des périodes du développement allant des premières années de vie jusqu'à l'âge adulte. L'un des éléments important de la technique est l'aspect rétrospectif qui est exploré grâce à des stratégies d'entretien susceptibles de faciliter le rappel. Les trois domaines principalement explorés sont : le langage et la communication, le développement social et le développement du jeu.

L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS) : appréciation sur le degré de sévérité de l'autisme à partir de l'observation des comportements. À partir des scores obtenus aux items des 15 domaines spécifiés (relations sociales, imitation, communication verbale et non verbale, réponses auditives, utilisation des objets, réponses émotionnelles...), on obtient une mesure de l'intensité du syndrome (non autistique, légèrement à moyennement autistique, sévèrement autistique) selon la fréquence de certains comportements plus ou moins anormaux pour l'âge du sujet.

L'échelle des comportements autistiques (ECA) : permet d'obtenir un « portrait comportemental » à partir d'une observation minutieuse de différents comportements recueillis au quotidien dans diverses situations et côtés selon une échelle d'intensité. On peut alors évaluer les anomalies des grandes fonctions (socialisation, adaptation, attention, perception...) décomposées en items comportementaux (recherche d'isolement, autoagressivité, attention difficile à fixer, regard inadéquat...)

Le Profil Psychoéducatif (PEP-R) : permet de visualiser le développement des fonctions mentales dans sept domaines : l'imitation, la perception, la motricité fine et globale, la coordination oculo-manuelle, les performances cognitives, les cognitions verbales et langagières. Il permet aussi de situer les degrés de pathologie ou d'anomalie du comportement dans les aires du langage, des affects et

des relations sociales, des intérêts pour les jeux et les activités, et des modalités sensorielles.

Une grille de repérage, construite autour de la construction du moi, a été mise en place par Haag et al., (1995).

### III. CONSTRUCTION DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

Winnicott (1970) montre que la mère aurait un rôle primordial dans le fonctionnement psychopathologique de l'individu. Par sa présence, ses soins, son amour, et son attention, elle permettrait ou non le bon développement psychique de l'enfant. Dans ce sens, Winnicott insiste sur la distinction entre l'image de la bonne mère et celle de la mauvaise mère. La bonne mère étant celle qui permettrait à son enfant de bien se développer psychiquement. La mauvaise mère (déprimée), en revanche, étant celle qui n'aurait pas permis la formation du narcissisme de son enfant, et d'assurer sa fonction de pare-excitation. Parce qu'elle serait trop absente ou trop présente pour son enfant. Du coup, une mère qui œuvrerait dans le trop ou dans le vide, laisse son enfant les représenter.

La notion de fonctionnement psychique se définit par une certaine logique comportementale et psychique, avec une évolution par rapport à un environnement donné. Ce fonctionnement serait en perpétuel changement et s'effectuerait lors de la rencontre entre un contexte et un individu. C'est-à-dire, l'enfant se construirait en fonction des différentes interactions avec son environnement proche. Ces différentes interactions se fixeraient dans sa mémoire et lui permettrait de s'adapter en fonction des situations. Ce seraient ces modèles relationnels élaborés durant ces premières années de vie qui façonneraient la personnalité de l'individu. (Bloch & Al., 1997; Laplanche & Pontalis, 1967)

### IV. INDIVIDUATION ET STRUCTURE DE L'IDENTITE

Freud (1905) a été parmi les premiers auteurs à décrire la structure de la personnalité. Il (1932) utilise la métaphore du cristal pour décrire comment se forme cette structure et surtout pour montrer sa fragilité.

Jung (1920) définit l'individuation comme un mécanisme par lequel l'individu se différencierait de l'autre. Cette identification se

mettrait en place durant les premiers mois de la vie et s'achèverait lorsque le moi serait complètement constitué. Ce mécanisme se baserait sur une imitation de l'autre. Du coup, elle pourrait engendrer des sentiments de vide. Ainsi, les enfants ayant subi des carences pourraient régresser. Autrement dit, le moi issu de ce processus pourrait se construire sur une certaine fragilité psychique. Il y aurait donc un lien entre imitation infantile, individuation, développement du moi et mécanisme donnant du sens à l'environnement.

Bergeret (1974) note que la structure se bâtit sur les éléments psychologiques qui constituent la personnalité. Une fois assemblés, ces éléments forment un socle fixe. Cette structure se construit lors des interactions avec les parents.

Au cours de son développement, l'individu prend petit à petit compte de lui-même et des autres. Par ses identifications, il va pouvoir se construire sa propre identité. (Mareau & Vanek Dreyfus, 2007, p. 97)

Certains auteurs pensent que les bébés percevraient immédiatement leur corps. Ce qui ne serait pas le cas chez les autistes. D'ailleurs, ils avancent que le bébé parviendrait à percevoir l'autre en tant qu'objet (Golse, 2010)

## V. REPRESENTATION CORPORELLE : LA PENSEE FACE AU CORPS

En se mettant dans une position passive face à l'environnement, Kant (1781) permet de mieux appréhender le processus autistique. Pour Freud (1895), le corps est considéré comme un réservoir de sensations. C'est par le corps que se mettrait en place la psyché. Établir un lien entre psyché et corps revient à interroger la manière d'être et la possibilité de s'affirmer en tant que sujet, c'est-à-dire son identité. Freud (1919) pense qu'il faut un accord entre corps et psyché, sinon il y aura clivage. Autrement dit, une partie deviendrait étrangère au sujet. Plus tard, Freud (1923) montre que le moi est corporel avant d'être psychique. C'est le corps qui sert de limite dans la relation entre le moi et l'environnement.

Pour Piaget (1947) et Ajuriaguerra (1970), le schéma corporel se construit autour des interactions entre mère et enfant. Il se développe autour de quatre stades : le corps subi, le corps vécu, le corps perçu et



le corps représenté. Une étape, selon Lacan (1949) est considérée importante dans la représentation du corps, à savoir le stade du miroir. Voire, pour qu'il y ait corps, il faut qu'il y ait regard. Wallon (1954) montre que le schéma corporel se construit essentiellement à partir du regard de l'autre.

La représentation de soi désigne la manière dont l'individu se perçoit lui-même, c'est-à-dire comment il se représente et se pense (Perron, 1964). Schilder (1968) introduit le concept d'image du corps pour parler de la représentation consciente et inconsciente que les individus ont de leur propre corps. Il ne fait aucune différence entre image du corps et schéma corporel : les deux sont reliés. Dolto (1984) a introduit la notion d'image inconsciente du corps. Cette notion caractérise la symbolisation inconsciente que l'individu se fait de lui-même. Elle fait une distinction entre schéma corporel (représentation consciente) et image corporelle (inconsciente). Cette image inconsciente du corps se construit par le langage. De ce fait, les personnes n'ayant pas accès au langage ne peuvent y avoir accès.

Anzieu (1985) parle de moi peau pour décrire la représentation du moi et par extension du corps. Lorsqu'il vient au monde, l'enfant n'a plus que sa peau qui lui sert de limite entre lui et le monde. Selon Rochat (1993), le bébé aurait une connaissance de soi. Cependant, il ne serait pas capable de le reconnaître. Il s'agit seulement d'une sensation. Cette forme de représentation de soi se construit autour des interactions avec l'environnement. Petit à petit, l'individu s'approprie son corps puis son psychisme. Les représentations deviennent de plus en plus complexes.

En neuropsychologie, l'image du corps se représente à partir des symptômes. Ainsi, il y aurait une différence de sensibilité corporelle selon la structure de la personnalité. Par exemple, une personne autiste ressentira plus ou moins la douleur qu'une personne « normale » (Brioul, 1995, p. 125).

La question du corps renvoie à celle de son image. La capacité à se représenter son corps et à se reconnaître grâce au regard de l'autre est nécessaire à la construction de l'image de soi (Resnik, 2007, p. 135).

L'image du corps est la représentation inconsciente du corps alors que le schéma corporel définit sa représentation réelle. Elle sert de fondement à la construction de l'identité de chacun. C'est à partir du stade du miroir que l'individu peut se construire une image de son corps (Mareau & Vanek Dreyfus, 2007, p. 95). Le corps propre désigne le corps vu par le sujet lui-même. Cette construction du soi revêt quatre aspects : le soi différencié (conscience de sa différence), le soi coordonné (actions), le soi agent (liens), le soi projeté (anticipation). (Claudon, Dall'Asta, Lighezzolo-Alnot, & Scarpa, 2008, pp. 128-129). Certains auteurs montrent que l'image de soi se construit d'abord par rapport à l'autre. En effet, c'est par l'autre que nous existons (Miller, 2008, p. 98).

Le corps est une matière visible et vivante qui possède ses propres mouvements et son propre langage qui permet de faire signifiant. La psyché, ou encore le psychique, est invisible. Il s'agit d'un réservoir d'émotions et de représentations. Donc penser le lien entre corps et psyché revient à penser l'identité et l'intimité de l'homme. C'est le corps qui fait le lien avec le monde : sans le corps, la psyché ne pourrait surgir. Également, sans la psyché le corps ne pourrait advenir aussi. Néanmoins, c'est par la psyché que le corps peut se représenter (Joly, 2009, p. 178) . La connaissance du corps se construirait à partir des différentes sensations corporelles. Ainsi, par nos différents sens, nous pouvons tester les limites de notre corps (Jeannerod, 2010). Lorsqu'il est dans le ventre de sa mère, l'enfant doit très probablement se percevoir comme un fluide. Puis, à un moment donné, lorsque le corps de la mère ne peut plus s'agrandir et qu'il comment à se rétracter, le bébé prend conscience de ses contours. Il semble que c'est au moment de la naissance que viendrait la peur d'être projeté dans le vide et que l'enfant peut avoir besoin de se construire une sorte de carapace qui le protège tout en l'empêchant de se percevoir (Maiello, 2011, p. 112) .

Le schéma corporel se définit comme la représentation consciente et inconsciente du corps et de ses mouvements (Bernard-Tanguy & Reniers, 2013, pp. 93-94; Larousse, 1998). Il n'y aurait pas de corps sans psychisme, ni de psychisme sans corps. Les deux entités sont liées dans le développement individuel (Claudon et al., 2013). Selon Ben Rejeb (2016), le mal-être de la maman (guerre, trauma,

dépression,..) ou son bien-être (joie,..) impactent le fœtus. Pour cela, il insiste sur l'étude de la périnatalité, d'où l'importance pour connaître les premières fragilités et les failles de la personnalité et de l'identité de l'enfant.

La conscience de soi et celle du corps semblent étroitement lié au stade du miroir. En effet, la plupart des auteurs s'accordent pour dire qu'un enfant a conscience de lui-même et de son corps lorsqu'il se reconnaît dans le miroir.

## VI. LES PERSONNES SOUFFRANT DE TSA

Dans sa description de l'autisme, Kanner (1943) observe que les enfants présentant ce trouble sont comme dans un monde parallèle. Dans son roman autobiographique, Temple Grandin (1986) relate ses difficultés de percevoir son corps. Elle raconte notamment comment elle a construit une certaine représentation de son corps grâce à une machine pour animaux. En observant des personnes autistes, nous observons bien ce rapport particulier au corps. Tout se passe comme si ces personnes n'en avaient pas. Ou plutôt elles n'ont pas de limites et les cherchent en se cognant.

L'autisme interroge le rapport entre corps et psyché : il est la manifestation corporelle de troubles psychiques. Il s'agit d'une remise en cause entre le dedans et le dehors. La psyché aussi peut souffrir des atteintes corporelles : le corps handicapé entraîne dépression, angoisse, et atteinte narcissique (Joly, 2009, p. 182). Pour Brémaud (2011, p. 653), l'autiste ne parviendrait pas à percevoir les limites : il faut donc qu'il s'en crée. C'est-à-dire, l'autiste aurait du mal à se penser comme étant séparé de l'autre.

En fait, dans l'autisme, il y aurait un problème dans la perception du corps. Les autistes ne semblent pas avoir expérimenté la présence corporelle. Cependant, ils utilisent leur corps pour communiquer leurs sensations (Maiello, 2011, p. 109). La personne autiste a du mal à se représenter son corps en tant que représentation organique (Grollier, 2014, p. 19). Nous constatons que la majorité des auteurs témoignent que les personnes souffrant de TSA ont un rapport particulier à leur corps. Et que la psyché peut faire atteinte au corps.

## VII. EXEMPLES DE PSYCHOTHERAPIES

Plusieurs thérapies sont conçues pour améliorer la relation corps-psyché chez l'autiste. Notamment, cette relation ambiguë et déstabilisante, pour lui et pour sa famille, trouve en psychologie quelques repères de réinstauration. Donc, agir sur le plan psychique et corporel chez l'autiste pourrait être médiatisé par plusieurs moyens (Tardif & Gepner, 2007, pp. 110-115).

La psychothérapie individuelle : pour les personnes d'assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition. Elle pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs angoisses et les aider à gérer le stress.

Les thérapies familiales systémiques : pour que la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches pour parler des interactions familiales.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux (automutilations, agressivité).

La thérapie institutionnelle : prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur et un espace transitionnel. La personne est généralement prise en charge dans des séances individuelles, mais aussi de groupe.

Picture Exchange Communication System (PECS) : il apprend à l'enfant à choisir un interlocuteur et à faire des demandes avec un support d'images et un travail sur les processus amenant au développement de la pensée, en procédant par différentes phases.

L'Applied Behavioral Analysis (ABA) consiste en une analyse du comportement. Il s'agit de guider l'enfant en détaillant une action étape par étape.

L'approche Traitment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH) insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'individualisation des programmes, sur la collaboration des parents, sur l'approche positive de l'enfant (ne pas le mettre en échec, partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les

réussites et les renforcements qui en résultent), sur l'approche globale de l'enfant.

Le programme Makaton : support d'aide à la communication avec un lexique modulable adapté aux besoins de l'enfant et enseigné à l'aide de signes (ceux de la langue des signes française) et de symboles (pictogrammes), accompagnés par la parole.

La méthode des 3 i est basée uniquement sur le jeu : intensif, interactif et individuel. Cette méthode vise essentiellement la socialisation et la prise de conscience de soi et de l'autre.

Il existe aussi des techniques basées sur l'assemblage : l'enfant regroupe les objets selon les formes ou les couleurs. Cette technique est utile pour développer l'intelligence.

Pour tenter de redonner un corps aux autistes, la technique des packs semble porter ses fruits. En effet, elle permettrait aux personnes autistes d'être plus apaisées et d'entrer plus facilement en relation (Gillis, 2004, p. 35).

Haag (2006, p. 319) propose notamment de faire de petites pauses dans la thérapie afin que l'individu puisse se reconnecter avec son corps. C'est ce qu'elle appelle la « récupération de la première peau ».

Nous pensons que les activités sportives individuelles (course, gymnastique, etc.) ou en équipe (football, handball, etc.) peuvent être intéressantes pour des personnes atteintes de TSA. Dans la prolongation de la méthode des 3 i, nous remarquons l'importance du jeu, notamment le jeu de société. En effet, le jeu de société apprend non seulement les règles à suivre, mais aussi à interagir avec l'autre.

## VIII. PRESENTATION DU TEST DU SCHEMA CORPOREL

Le test du schéma corporel se présente sous la forme d'un bonhomme à reconstruire. Il comprend deux niveaux : le premier de face pour les enfants âgés de trois à huit ans, une épreuve de profil pour ceux de plus de huit ans. Le but est de reconstruire le personnage dans le bon ordre. Ce test prend en compte trois phases de la construction du corps : la projection, la construction et la reproduction de l'image corporelle (Daurat-Hmeljak, Piolino, Bejanin, Eustache, & Desgranges, 2011; Daurat-Hmeljak, Stambak, & Berges, 1966).

Nous couplons l'emploi du test du schéma corporel par un jeu consistant à montrer différentes parties du corps à l'exemple de la chanson enfantine « Jean petit qui danse » ou encore « Alouette, gentille alouette ».

## IX. LA TECHNIQUE DES PACKS

La technique des packs repose sur un emmaillotage de la personne dans des draps humides et tièdes. Le but étant de momentanément arrêter les stéréotypies. Cette technique a montré son efficacité auprès d'autistes sévères. Un cadre très stricte entoure cette pratique qui ne peut être mise en place à la légère puisqu'elle peut entraîner une angoisse d'étouffement (Delion, 2012).

L'objectif final de cette technique est que les individus puissent avoir une conscience de leur corps (Dufour-Cochelin, 2001). Dans notre cas, nous avons fait très attention en utilisant une couverture plutôt que des draps. Ensuite, nous n'avons pas serré trop fort l'enfant afin qu'il puisse respirer à son aise.

## X. ÉTUDE DE CAS

### 1. PRESENTATION ET MOTIFS DE CONSULTATION

Notre cas s'appelle « A », c'est un petit garçon de 3 ans. Il est le seul garçon d'une fratrie de trois enfants. « A » ne va pas encore à l'école. Sa maman découvre qu'il ne ressemble pas à sa sœur aînée en termes de communicabilité. Selon elle, c'est un enfant tornade, qui bouge tout sans un laps de temps de repos. Il ne verbalise que rarement.

### 2. ANAMNESE

Présentant des troubles autistiques, surtout de communication verbale et du regard, de positionnement dans l'espace (cognement, coucher par terre, insensibilité). Donc, enfant caractériel, il se cogne la tête aux murs, par terre, se jette sur le sol. Ses parents travaillent tous les deux dans la fonction publique.

La maman raconte qu'il est devenu agressif et jaloux surtout après la naissance de sa petite sœur. Lorsqu'elle se cache, il mord et griffe sa petite sœur, ce qu'il ne fait pas en sa présence ou celle du père. Pendant l'allaitement de sa petite sœur, il s'approche de sa maman sans

jeter un regard ni sur elle, ni sur sa sœur. Quant à son papa, le même comportement se réplique.

Un autre facteur clair voyant, c'est le mode d'éducation complètement différent entre la maman et le papa. Ce dernier ne visualise pas l'interdit, n'apprenant pas le « non » à ses enfants, contrairement à leur maman.

Pendant les vacances et les weekends, ils se déplacent chez les grands-parents qui vivent à la campagne. Là, « A » communique surtout avec les animaux (chat, chien, poules, vache, brebis) ; il est joyeux et a le sourire jusqu'aux oreilles. Chez ses grands-parents, « A » devient une autre personne. On ne le laisse pas tout seul, il est toujours sous surveillance, car on craint qu'il erre dans la nature et se perde.

À ce sujet, sa mère raconte que, lors d'une fête, « A » a réussi à échapper à sa vigilance bien qu'elle le tenait par la main. Sans qu'elle le sache, « A » est sorti et personne ne l'a aperçu. Lorsque ses parents se sont rendus compte de son absence, le temps s'est arrêté et la fête est devenue un cauchemar. Ils ont pensé à un rapt. Après de longues heures de recherches, ce n'est qu'au coucher du soleil qu'ils l'ont retrouvé chez un voisin habitant à environ vingt minutes de marche (pour un adulte). « A » avait pris un itinéraire dangereux car non défriché, il ne réalisait pas ce qu'il faisait (ni danger, ni peur).

### 3. SEMIOLOGIE

Le niveau langagier de « A » est très faible, il est difficile de comprendre ce qu'il dit. Au niveau du comportement, il est très caractériel : il n'écoute pas, il crie, il semble être complètement dans son monde. Au niveau social, il a du mal à s'intégrer dans un groupe. Cependant, il lui arrive parfois de venir vers nous ou de réclamer notre présence lorsqu'il se sent seul.

Nous avons l'impression qu'il n'a pas vraiment conscience de son environnement et son corps. En effet, il aime rester sur le sol même lorsqu'il fait froid.

### 4. ASPECT RELATIONNEL

Lors de notre première rencontre, il ne parle pas, fuit le regard, et quand il n'obtient pas ce qu'il revendique, il se cogne la tête contre

les murs ou le sol. Notamment, lorsqu'on lui quémande de rester tranquille ou de ne pas faire de bêtises.

Les premières séances se passent mal, « A » est agité : il tourne en rond, il saute depuis son siège, il ne connaît ni le risque, ni la peur, il crie (de joie). Quand il s'énerve, il se cogne la tête. Il aime souvent dormir sur le sol, même lorsqu'il fait froid.

À son retour chez ses parents, nous avons donné des procédures à suivre. Par exemple, nous avons demandé aux parents de ne pas lui laisser la chance de se cogner et de l'encourager lorsqu'il fait de bonne chose (parvenir à tenir en place lorsqu'il mange).

Malheureusement, après quelques jours chez ses parents, il a rechuté voire il a régressé. Comme un conditionnement entre sa fratrie, pendant l'absence de ses parents la journée, c'est sa sœur ainée âgée de six ans qui prend le relais. C'est d'ailleurs elle qui les gardait, lui et sa petite sœur, jusqu'à ce que ses parents déménagent et qu'elle aille à l'école.

La socialisation de « A » est quasiment inexistante : il ne communique pas avec des tiers, mis à part ses sœurs. Il reste centré sur lui-même. Nous faisons le constat qu'il est moyennement autiste du fait de son retard de langage et de ses troubles comportementaux. Nous proposons donc aux parents de l'inscrire dans une crèche maintenant que sa grande sœur va à l'école.

Au départ, les puéricultrices remarquent que « A » préfère rester seul dans son coin. Ce n'est qu'après trois mois que « A » commence à s'intégrer et jouer moyennement avec les autres enfants. Et depuis son séjour en crèche « A » commence à émettre certains mots comme « Aller », « Papa », « Maman ». Cependant, il ne parvient pas encore à former des phrases.

Nous retrouvons « A » quelques mois plus tard pour quelques séances supplémentaires. Les séances à la crèche et chez l'orthophoniste ont porté leur fruit : « A » a fait d'énormes progrès et commence à prononcer des phrases. Toutefois, il reste difficile de le comprendre. De même, il continue ses automutilations (se frapper, se cogner) lorsqu'il est énervé ou fatigué. Nous parvenons à le calmer de différentes manières : changement d'activité, proposition du pack, massage et respiration. Également, « A » a besoin d'être rassuré, il



demande constamment si telle ou telle chose (ordinateur, téléphone, vêtements) est bien à nous. Nous répondons avec calme à ses demandes.

Nous sommes en désaccord avec l'approche de Bettelheim selon laquelle la mère serait responsable des troubles autistiques. En effet, « A » est aimé de sa mère et il l'aime en retour. Malheureusement, elle se retrouve souvent dans des situations de contraintes, notamment au niveau du travail ou lorsqu'elle s'occupe de sa plus jeune fille. Pendant ce temps, « A » se retrouve dans une situation de vide maternelle : il a besoin d'elle mais elle ne répond pas, il la réclame, il pense à elle. Par exemple, lorsque le téléphone sonne, il décroche en pensant que c'est elle qui nous appelle. Le téléphone devient un peu comme le double de sa maman : c'est l'objet qui le relie à elle.

## 5. DEROULEMENT DES SEANCES

Pour notre étude de cas, nous avons choisi le Test de Schéma Corporel (Daurat-Hmeljak et al., 2011; Daurat-Hmeljak et al., 1966). Parce qu'il permet de voir comment les enfants perçoivent leur intégration dans le jeu, leur intelligence surtout d'association et leur interprétation du corps. Également, nous avons adapté la technique des Packs (en utilisant une petite couverture au lieu des draps humides), pour le contenir et lui faire sentir de l'affection.

Lorsque nous l'entourons avec la couverture, « A » se calme après quelques minutes. D'ailleurs, nous avons instauré un petit rituel. Durant les premières minutes de la séance, nous laissons « A » vaquer à ses occupations (la principale étant de faire rouler un camion d'avant en arrière), nous l'observons tout en jouant avec lui. Puis, nous l'entourons avec la couverture. Au départ, il n'accepte pas la couverture, il murmure, il se débat. Nous le laissons un moment tranquille puis nous retentons l'expérience en lui faisant d'abord toucher la couverture. « A » a l'air d'apprécier la douceur de la laine. Nous l'invitons à la poser contre sa joue. Suite à cela, nous parvenons à l'entourer et à le calmer.

Ensuite, nous lui présentons l'épreuve du schéma corporel, composé d'une épreuve de face et d'une épreuve de profil. Par rapport à son âge et sa situation d'autisme, nous nous sommes basés que sur les

épreuves de face sur lesquels il va composer que les formes de visage. Ses premiers assemblages ne sont pas très concluants, il compose juste pour composer des formes indistinctes. Ce n'est qu'à la cinquième journée qu'une forme ressemblant au visage à émerger.

Également, au fil des séances, nous observons un réel changement d'attitude : « A » n'est presque plus agité. Après un séjour de deux mois chez le psychologue (son oncle), il a cessé de s'allonger par terre. En revanche, lorsque quelque chose ne lui plaît pas, il continue de se cogner la tête.

## 6. ASPECT PSYCHOLOGIQUE

« A » utilise différents mécanismes de défense :

- Identification objectale
- Aveuglement : il fait comme s'il ne voyait pas
- Régression : surtout depuis l'arrivée de sa petite sœur, il réclame sa mère et pleure lorsqu'elle ne s'occupe pas de lui.
- Rationalisation ; par exemple, il cache des objets, des jouets d'autrui dans des endroits improbables et il y revient le temps qu'il veut.
- Déplacement de la maman absente à l'objet (exemple du téléphone qui prend la place de la mère)
- Repli sur soi : il aime être seul

Nous pensons que « A » souffre d'une angoisse de perte d'objet puisqu'il a sans cesse besoin d'être rassuré, il réclame notre présence.

En même temps, « A » est jaloux : il veut s'accaparer tout ce qui nous est lié. En cela, il montre un aspect œdipien puisqu'il s'est attaché à la femme du psychologue.

## 7. DEMANDE LATENTE

Parfois, lorsque « A » se retrouve seul, il vient vers nous en nous montrant ses jouets. Tout se passe comme s'il voulait jouer avec nous, voire on se demande s'il ne préfère pas le monde des adultes à son monde enfantin. En effet, comme nous l'avons déjà signalé, il ne va pas forcément vers les autres enfants, mis à part ses sœurs. En outre, au

moment du repas, il cherche l'autorité. Il n'obéit pas sa maman, mais il y est contraint par son père.

## 8. TRAITEMENT ET ORIENTATION

Au niveau médical, il prend des compléments en fer et des vitamines, mais il ne prend pas des médicaments. Egalement, des examens ont montré une légère déformation au niveau du crâne.

Au niveau psychologique, il faut continuer le suivi avec l'orthophoniste et les séances avec le psychologue pour l'aider dans l'accès au langage.

## DISCUSSION

L'agitation et le comportement caractériel de « A » (cognement, dormir par terre), comme états psychiques et moteurs ne lui permettraient pas de se localiser dans l'espace. Pour les résultats de l'épreuve du schéma corporel, on note que « A » ne parvient pas à évoquer tous les différentes parties du corps. Toutefois, il est parvenu à reproduire et construire les jambes, mains, bras, cheveux, la bouche et le nez. Sachant que ces résultats ont été obtenus après la quatrième séance avec l'aide du psychologue. Il a un problème dans la perception du corps. Cela est confirmé par Brémaud (2011, p. 653).

« A » n'arrivait pas vraiment à développer un schéma du corps, faute de sa mauvaise communicabilité. Selon Lacan (1949), pour qu'il y ait corps, il faut qu'il y ait regard.

Dans son climat familial et intra-subjectif, cela pourrait compliquer l'apprentissage de la communication corporelle et verbale. Cependant, à l'instar de Maiello (2011, p. 109), nous observons qu'il utilise son corps pour communiquer ses sensations. Il a du mal à se penser comme étant séparé de l'autre. D'ailleurs, afin de connaître l'autre, il faudrait connaître soi-même. Et connaître cette dernière dépendrait de la connaissance du corps.

D'autres auteurs insistent sur la relation entre corps et psyché et sur l'effet de l'un sur l'autre (Claudon et al., 2008, p. 606; Freud, 1895; Joly, 2009, p. 178).

Lorsque nous le retrouvons, nous observons que « A » a beaucoup changé : il parvient à communiquer mais a conservé ses problèmes comportementaux (cris, cognement, dormir par terre).

Vu le temps passé à côté de l'enfant, les activités sportives, les techniques que nous employons pour le calmer semblent être efficaces puisque « A » parvient à gérer ses émotions justement après coup. Comme si, c'est l'objet qui lui manque pour atténuer ses symptômes. Il cherche l'interaction avec le monde par le biais de ses sœurs d'une manière affective. Il est dans la communication simple. Parce qu'il partage aussi ses jeux.

Le travail avec le cas « A » n'aboutit pas à des résultats paroxystiques. Parce qu'il est travail de diagnostique plus qu'un travail de prise en charge thérapeutique.

Malgré la difficulté du travail avec le diagnostic de l'autiste, nous signalons que son fonctionnement psychique est loin d'être dans « la folie infantile », en plus nous éprouvons la qualité du choix des outils de travail pour un bon diagnostic de la dualité corps-psyché chez un autiste.

Cette approche psychanalytique nous a permis de comprendre le bon fonctionnement de la relation corps-psyché chez enfant qui a des tendances au TSA, notamment en dépendant aux jeux, à l'entourage et à l'éducation et à l'accompagnement. Un fonctionnement très fragile sur le plan surmoïque. Parce qu'il ne présente pas une représentation de soi stable. Ceci dit cette fragilité serait dû à des phénomènes d'une nature très spécifiques. Probablement d'une autre nature (biologique, neurologique, ...etc.).

## CONCLUSION

Nous observons que la majorité des auteurs font une difficulté de distinction entre corps et psyché chez l'autiste. En effet, tous affirment que l'autiste est là et en même temps pas là. Il est présent corporellement mais semble absent psychiquement.

Concernant notre cas, il apparaît au premier abord que « A » n'est pas présent du moins psychiquement, et on ne parle même pas d'une représentation de soi. Cependant, petit à petit, nous parvenons à entrer en contact avec lui, notamment lors de ses jeux et de la séance de construction. Ainsi, tout se passe comme s'il nous avait intégré dans son monde. Nous voyons que « A » est moyennement autiste, par rapport à son intelligence élevé, voire on peut le classer dans le tableau clinique « Asperger ». À moins qu'il lui manque encore d'un suivi psychologique pour adapter son corps et sa psyché.

Malgré tout, « A » a la chance d'être bien entouré, ce qui n'est pas forcément le cas de toutes les personnes atteintes de TSA. Par conséquent, nous pensons que l'entourage aussi joue un rôle très important dans la perception du corps chez une personne ayant des troubles autistiques. En effet, ce seraient souvent les familles qui nous orientent vers les techniques les mieux adaptées pour leurs enfants.

Il semble nécessaire de repenser les théories sur l'autisme car les personnes atteintes de TSA peuvent, contrairement à ce que la plupart des auteurs démontrent, évoluer dans le temps. Pour ce faire, il suffit qu'elles soient bien accompagnées d'une manière précoce non seulement au niveau psychologique mais aussi au niveau pédagogique, neurologique, et pour les situations sévères au niveau génétique, neurophysiologique et médicale.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi peau*. Paris: Dunod.
- APA. (2016). *Mini DSM-5: critères diagnostiques* (M.-A. Crocq & J. D. Guelfi, Trans.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Ben rejeb, R. (2016). *Mémoires du corps*. Lyon: Césura.
- Benhaïm, M. (2009). Winnicott, l'Autre et la théorie de l'esprit. *Psychologie CLinique*, 2(28), 53-60.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.
- Bernard-Tanguy, L., & Reniers, D. (2013). *Mini manuel de psychologie clinique*. Paris: Dunod.
- Bettelheim, B. (1967). *La forteresse vide : l'autisme infantile et la naissance du soi*. Paris: Folio.
- Bloch, H., & AL. (1997). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Brémaud, N. (2011). Autisme : de bords à corps. *L'Information Psychiatrique*, 87(8), 649-656.
- Brioul, M. (1995). *Training autogène : pratique et perspectives. Une psychothérapie de relaxation*. Paris: Ellébore.
- Brun, L., Auzias, G., Viellard, M., Villeneuve, N., Girard, N., Poinso, F., . . .
- Denuelle, C. (2016). L'autisme se cache-t-il dans un pli du cerveau ? *Biological Psychiatry: Cognitive Neurosciences and Neuroimaging*.
- Claudon, P., Dall'asta, A., Lighezzolo-Alnot, J., & Scarpa, O. (2008). Étude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité : le corps propre comme partage émotionnel. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 51(1), 125-152.
- Claudon, P., Floquet, B., Muguet, V., Recouvreur, B., Maire, S., Dekkoum, S., & Body Lawson, F. (2013). Une méthode d'étude de cas clinique en pédopsychiatrie : analyse de l'expression de soi et du « corps propre » chez un enfant autiste de 7 ans à travers quinze dessins du bonhomme. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2(22), 603-647.
- Daurat-Hmeljak, C., Piolino, P., Bejanin, A., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de Neuropsychologie*, 3(1), 41-51.
- Daurat-Hmeljak, C., Stambak, M., & Berges, J. (1966). Une épreuve de schéma corporel. *Revue de la Psychologie Appliquée*, 16(3), 141-185.
- Delion, P. (2012). *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*. Toulouse: Érès.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil.

- Dufour-Cochelin, V. (2001). Le traitement d'une position autistique par la méthode des enveloppes humides thérapeutiques (les packs). *La Psychiatrie de l'Enfant*, 44(2), 531-556.
- Duval, C., PIOLINO, P., BEJAMIN, A., LAISNEY, M., EUSTACHE, F., & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels évaluation et effets de l'âge. *Revue de Neuropsychologie*, 3(1), 41-51.
- Freud, S. (1895). *La naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça* (S. Jankélévitch, Trans.). Paris: Payot.
- Freud, S. (1932). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- GILLIS, A. (2004). Le corps avant-moi. *Autisme et théorie du corps sujet*. *La Lettre de l'Enfance et de l'Adolescence*, 5(58), 33-40.
- Glaude, V., & LEMIÈRE, C. (2014). Autisme : la prise en charge psychanalytique mise à mal par les découvertes neuroscientifiques. *ASPH*(1-5).
- Golse, B. (2010). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. *Enfances & Psy*, 1(46), 30-42.
- Grandin, T. (1986). *Ma vie d'autiste*. Paris: Odile Jacob.
- Grollier, M. (2014). Le corps de l'autiste. *Bulletin de Psychologie*, 1(529), 11-22.
- Haag, G. (2006). Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. *Contraste*, 2(25), 313-325.
- Haag, G., Torjman, S., Duprat, A., Cukierman, A., Druon, C., Jardin, F., & Urwand, S. (1995). Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 38(2), 495-527.
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de Neuropsychologie*, 2(3), 185-194.
- Joly, F. (2009). Corps et psyché. In F. Marty (Ed.), *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (pp. 175-194). Paris: Dunod.
- Jung, C. G. (1920). *Les types psychologiques*. Paris: Georg.
- Kanner, L. (1943). Les troubles autistiques du contact affectif. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38(1-2), 64-68.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme fondateur de la fonction Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Paris: PUF.
- Laplanche, J., & PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Larban Vera, J. (2016). L'autisme et la théorie de l'esprit *Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle* (pp. 145-146). Toulouse: Érès.
- Larousse, P. (1998). *Dictionnaire*. Paris: Larousse.

- Maiello, S. (2011). Le corps inhabité de l'enfant autiste. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 1(2), 109-139.
- Mareau, C., & Vanek Dreyfus, A. (2007). *L'indispensable de la psychologie*. Levallois Perret: Studyrama.
- Miller, J. A. (2008). L'image du corps en psychanalyse. *La Cause Freudienne*, 1(68), 94-104.
- Perron, R. (1964). La genèse de la représentation de soi. Les orientations actuelles de la recherche. *Enfance*(4-5), 357-376.
- Piaget, J. (1947). *La Psychologie de l'enfant*. Paris: Armand Colin.
- Resnik, S. (2007). Corps et existence. Réflexions cliniques sur l'autisme et la psychose. In P. Delton (Ed.), *Corps, psychose et institution* (pp. 133-142). Toulouse: Érès.
- Rochat, P. (1993). La connaissance de soi chez le bébé. *Psychologie Française*, 38(1), 41-51.
- Sakellariou, D. (2015). Y-a-t-il un sujet qui habite le corps dans l'autisme ? *Psychanalyse*, 2(33), 19-36.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris: Gallimard.
- Tardif, C., & Gepner, B. (2007). *L'autisme*. Paris: Armand Colin.
- Thum, S. (2013). La théorie de l'esprit dans le cas de l'autisme : quelle construction et quelle intervention ? , Université de Fribourg.
- Wallon, H. (1954). *Les Origines du caractère chez l'enfant : les préludes du sentiment de personnalité*. Paris: PUF.
- Winnicott, D. W. (1949). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Paris: Payot.