

Précis de psychothérapie psychanalytique  
de l'enfant autiste, psychotique et borderline



Jacqueline Girard-Frésard  
Francisco Palacio Espasa  
Anne Spillmann

Précis de psychothérapie  
psychanalytique  
de l'enfant autiste,  
psychotique et borderline

« LA VIE DE L'ENFANT »

The logo for Érès editions, featuring the word 'érès' in a lowercase, sans-serif font with a grey dot over the 'e', and the word 'éditions' in a smaller font inside the 'e'.

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2017

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-5600-9

Première édition © Éditions érès 2017

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.  
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	7
LES ENTITÉS CLINIQUES, DÉFINITIONS .....	11
Psychanalyse ou psychothérapie ? .....	11
Qu'entendons-nous lorsque nous parlons d'autisme ? .....	12
La psychose infantile .....	15
L'organisation borderline .....	17
<i>Les borderline dépressivo-anaclitiques</i> .....	18
<i>Les borderline paranoïdes</i> .....	20
<i>Nora</i> .....	21
LES DIFFICULTÉS DES LIENS PARENTS-ENFANT .....	23
L'enfant autiste : les réponses parentales .....	24
<i>François</i> .....	26
L'enfant psychotique : la parentalité mise à mal .....	28
<i>Antoine</i> .....	28
Contenir l'enfant borderline .....	30
<i>Marie</i> .....	30
LA SPÉCIFICITÉ DU CADRE AVEC L'ENFANT .....	33
Le travail thérapeutique avec l'enfant .....	35
<i>La boîte</i> .....	36
Le cadre de l'enfant autiste : un lieu répétitif et immuable .....	36
<i>François</i> .....	37

Pour l'enfant psychotique : parer l'excitation.....	39
<i>Julian</i> .....	39
Le cadre de l'enfant borderline .....	41
<i>Jes</i> .....	41
LES FORMES DE TRANSFERT ET DE CONTRE-TRANSFERT.....	43
Le corporel dans le transfert et contre-transfert avec l'enfant autiste.....	45
<i>Fred</i> .....	48
<i>Le corps de l'analyste</i> .....	49
<i>François</i> .....	52
L'agir dans les processus transférentiels avec l'enfant psychotique.....	53
<i>Lara</i> .....	55
<i>Karim</i> .....	57
Le verbal dans le transfert-contre-transfert chez les enfants psychotiques et borderline .....	61
<i>Max</i> .....	62
La place du symbolique.....	63
LES MODALITÉS D'INTERVENTION ET D'INTERPRÉTATION.....	67
Avec l'enfant autiste, l'intervention comme mode privilégié ....	68
<i>Vignettes cliniques</i> .....	69
Avec l'enfant psychotique.....	70
<i>Karim</i> .....	71
Un registre interprétatif double avec l'enfant borderline .....	72
<i>Nina</i> .....	73
<i>Karim</i> .....	75
<i>L'interprétation de l'envie</i> .....	75
<i>Kilim</i> .....	76
LES DIVERS PROCESSUS THÉRAPEUTIQUES ADAPTÉS À LA PATHOLOGIE DE L'ENFANT.....	79
Le travail thérapeutique avec un enfant autiste .....	79
<i>Karim</i> .....	81
<i>Un transfert sur le corps</i> .....	83
<i>Le transfert autistique : un premier transfert, concret, violent, ébauche         d'une première relation primitive</i> .....	87
<i>Le transfert psychotique</i> .....	89

<i>La passion pour la saga Star Wars ou l'enrichissement fantasmatique</i> .....	91
<i>Les premiers rêves</i> .....	91
Le processus thérapeutique avec un enfant psychotique .....	93
<i>Juliana</i> .....	95
<i>De la confusion à la naissance du tiers</i> .....	100
<i>De la négation au transfert négatif</i> .....	103
<i>La coexistence de l'amour et de la haine, la relation pacifiée</i> .....	104
Avec l'enfant borderline, vers un fonctionnement plus névrotique .....	106
<i>Martin</i> .....	107
<i>Transfert narcissique, attaques et persécutions</i> .....	108
<i>Transfert narcissique plus élaboré</i> .....	111
<i>À la recherche d'un objet contenant</i> .....	112
<i>Vers un transfert névrotique</i> .....	115
CONCLUSION.....	119
BIBLIOGRAPHIE.....	129

## INTRODUCTION

Tentant d'élaborer nos idées psychanalytiques actuelles sur les psychothérapies et psychanalyses d'enfants, il nous est apparu que ce champ méritait une réflexion sur la technique psychothérapeutique et psychanalytique des différentes pathologies de l'autisme, de la psychose et des enfants borderline.

Les éléments de base de ce champ théorico-technique n'ayant pas encore été développés, le but de ce livre est de toucher un public de professionnels de la petite enfance mais aussi toutes les personnes intéressées par le travail réalisé par les nombreux psychothérapeutes et psychanalystes d'enfants. Nous gardons en mémoire ce que la psychanalyse des adultes doit à la psychanalyse des enfants. Une bonne connaissance de la psychose infantile n'aiderait-elle pas à rencontrer l'adulte psychotique, voire l'adulte névrotique ? De même, la connaissance des troubles de la personnalité borderline chez l'enfant ne nous guiderait-elle pas dans une meilleure compréhension des troubles de ce type chez l'adulte ? Le vécu en séance avec l'enfant nous met au cœur du jeu de transfert-contre-transfert infantile, alors que chez l'adulte ce jeu prend des voies moins directes, plus secondarisées.

Actuellement, le diagnostic des troubles de la petite enfance se déploie à l'intérieur des troubles du spectre autistique. La



différence entre psychose et autisme est effacée. Nous nous attacherons, au contraire, dans cet ouvrage, à définir plus précisément les différents fonctionnements de l'autisme, de la psychose symbiotique, de la psychose désorganisée, de la psychose déficitaire et des borderline au fonctionnement désorganisé paranoïde (O. Kernberg) et des borderline de type dépression anaclitique (J. Bergeret).

Le travail clinique avec ces enfants nous a donné envie de mettre en lumière dans le cadre d'institutions genevoises la spécificité de chaque fonctionnement psychopathologique et son évolution dans le cadre d'une prise en charge psychanalytique ou psychothérapeutique.

Nous insistons sur le fait que nous envisageons la psychothérapie psychanalytique comme une approche possible parmi d'autres, voire complémentaire, de l'enfant et de ses troubles. Notre approche vise à développer et à soutenir le développement psychoaffectif de l'enfant dans sa vie quotidienne. Aujourd'hui, nous savons qu'il est également important d'offrir une aide pédaogo-éducative à ces enfants et à leur famille, ce que les thérapies comportementales proposent. Nous espérons dans l'avenir pouvoir collaborer ensemble dans un but commun : prendre l'enfant en compte dans sa globalité. Nous savons, depuis le siècle passé, que l'enfant, dès sa naissance, a un psychisme. Cette idée, déjà ébauchée par Freud dans « Pulsions et destins des pulsions » (1915), et développée par M. Klein et l'école postkleinienne, est actuellement étayée par les recherches sur le bébé (D. Stern). Nous pouvons résumer très succinctement ici l'apport de ces trente dernières années de recherches : le bébé présente dès la vie intra-utérine un ensemble de compétences qui lui permettent des échanges corporels affectifs et interactifs visant à s'attacher à une personne, ou à un nombre restreint de personnes, afin d'assurer sa survie. Un tel « attachement » et les échanges avec ces personnes permettent la perception et l'incorporation de ces

expériences (rôle et fonction des « neurones miroirs ») qui favorisent le développement harmonieux du bébé et facilitent son autonomie en fonction de son âge. Ces liens, l'investissement de la perception des personnes significatives et l'incorporation des expériences avec elles, sont à la base de la vie mentale et du développement psychique normal. Ces aspects sont malheureusement très perturbés dans l'autisme et les diverses psychoses infantiles.

Nous allons essayer de préciser quels sont les éléments caractéristiques de chaque fonctionnement, de type autistique, psychotique et borderline. Nous essayerons ensuite d'élaborer ces éléments essentiels pour une technique de travail avec chacune de ces entités cliniques chez l'enfant.

La psychanalyse peut permettre de rétablir des liens plus riches, plus subtils dans leur spécificité entre l'enfant et son monde interne, entre l'enfant et son entourage, quelle que soit sa psychopathologie. Nous faisons l'hypothèse qu'en rétablissant ces liens, la vie mentale s'enrichit, les défenses s'atténuent et s'assouplissent, le fonctionnement du sujet devient plus adéquat. En changeant, le sujet transforme aussi son environnement.



# LES ENTITÉS CLINIQUES, DÉFINITIONS

## PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHÉRAPIE ?

Les différences entre psychanalyse et psychothérapie ont suscité un très large débat qui n'est toujours pas clarifié. En Suisse, le setting psychanalytique traditionnel réclame un nombre d'au moins trois séances par semaine, alors que la psychothérapie peut se faire au rythme de deux fois par semaine ou moins. Depuis quelques années, selon de nombreux auteurs, un setting analytique mené par un psychanalyste peut se dérouler une, voire deux, fois par semaine, mais le processus analytique sera différent de celui à trois ou quatre séances par semaine avec le même sujet.

Dans l'idéal, la psychothérapie au rythme d'une fois par semaine vise des enfants dont l'organisation psychopathologique serait de type névrotique ou paradépressif, ce qui permet, malgré une fréquence réduite, d'engager un processus thérapeutique. En effet, la capacité d'expression symbolique de ces enfants favorise le déploiement de leurs conflits et leur progressive élaboration dans la relation transférentielle.

L'élément différentiel d'un travail analytique se situe au niveau de l'attitude du thérapeute dans la relation transfert-contre-transfert et de l'analyse du matériel inconscient (rêves, fantasmes, actes manqués, lapsus, etc.).

La psychothérapie cherche plus directement la résolution du symptôme, alors que l'analyse cherche l'intégration de la personnalité du sujet, et plus particulièrement l'intégration des éléments inconscients. L'attitude analytique est une récolte non sélective de tous les indices transférentiels, sans viser des modifications symptomatiques à court terme. On peut également souligner que, dans l'analyse, l'interprétation du transfert est plus systématique. Le nombre de séances, plus élevé, favorise le travail du contre-transfert.

Pour les structures psychotiques infantiles ou borderline qui nous occupent dans cet ouvrage, cette distinction devient un peu académique, car selon la gravité de la pathologie de ces enfants, le traitement va souvent de pair avec une fréquence plus soutenue.

## QU'ENTENDONS-NOUS LORSQUE NOUS PARLONS D'AUTISME ?

Commençons par dire que la vision psychanalytique aujourd'hui sur l'autisme n'est plus celle des années 1960 où l'on présentait l'autisme comme une conséquence d'une grave perturbation de la relation aux parents. La psychanalyse ne cherche pas à répondre à la question de l'étiologie. Les recherches actuelles montrent une origine plurifactorielle (génétique, neurologique, constitutionnelle, environnementale). En parlant d'enfants autistes, nous aimerions développer et soutenir l'idée qu'il existe un fonctionnement autistique, à savoir une vie psychique même très rudimentaire. Il s'agit essentiellement d'une difficulté à lire les stimulations perceptives et, par conséquent, les relations et les liens avec les personnes soignantes, notamment les parents et autres personnes significatives de l'entourage. Ces difficultés aboutissent à un trouble grave de l'attachement. L'incompréhension du monde extérieur génère une angoisse telle qu'elle peut aboutir à une forme de refus de la perception.

La clinique avec ces enfants permet d'observer leur façon bien spécifique de fonctionner (G. Haag, J. Hochmann, F. Tustin, D. Meltzer, A. Alvarez, B. Golse). L'autisme s'avérerait être un fonctionnement pathologique qui ne permet pas à l'enfant de se développer harmonieusement. Or, pour nous psychanalystes, le développement ne peut se réaliser qu'au travers de la relation, et c'est précisément là que le bât blesse ! Le fonctionnement autistique ne permet pas le développement adéquat de cette nécessaire relation de l'enfant à son environnement, et de l'environnement à l'enfant. Le développement psychique ne se fait pas ou se fait de façon rudimentaire et atrophique. Pour avoir une relation avec son environnement, il faut pouvoir le percevoir comme étant extérieur à soi. Aujourd'hui, l'hypothèse privilégiée est que « l'enfant ne parvient pas à établir une polysensorialité synchrone, il ne parvient pas à articuler, à comodaliser les différents flux sensoriels en provenance d'un objet, animé ou inanimé, et que, de ce fait, il échoue à le ressentir comme extérieur à lui-même » (Golse, 2013).

L'autisme serait alors comme un traumatisme pour l'enfant lui-même et pour son entourage. Ainsi la psychanalyse propose de mettre l'enfant au sein d'une relation suffisamment dense (d'où le nombre élevé des séances) pour accéder à un monde dans lequel le fantasme pourrait advenir, prendre racine et trouver une voie d'expression. Ce développement des fantasmes signe pour nous une vie interne plus riche. Comme d'autres auteurs l'ont formulé avant nous (D. Houzel, J. Hochmann), une des particularités de la pensée de l'autiste semble liée à sa concrétude, ce qui désormais amène certains auteurs à parler de handicap. L'imaginaire peut sembler inexistant, dévitalisé. Selon nous, l'enfant autiste ne parvient pas à vitaliser le lien libidinal, ce qui ne lui permet pas de se laisser surprendre par l'inattendu. L'inattendu est à chaque fois vécu comme une intrusion traumatique. L'affect émergent du lien, étant donné

qu'il n'a pas les moyens de le traiter, est avant tout un affect d'angoisse catastrophique. En somme, l'autiste se défend de l'angoisse catastrophique par le refus et la dénégation de la perception. Il en découle un non-investissement des personnes significatives. Les objets inanimés semblent plus investis parce qu'ils ne présentent pas la menace de l'inattendu. Les activités stéréotypées se développent car elles font barrage à l'inattendu. Le langage chez l'enfant autiste suit un développement aléatoire et peut, dans certains cas, ne pas apparaître. Certains enfants autistes, plutôt déficitaires, ne parlent pas. Ils déploient des stéréotypies, des mouvements anarchiques de retrait, d'agitation ou de sautilllement. Notre hypothèse serait que ce type de mouvement leur donnerait le sentiment perceptif d'être et d'agir sur le monde. Ces derniers, souvent déficitaires, montrent des troubles du comportement gravissimes. D'autres développent le langage en passant par des voies écholaliques, stéréotypées, parlant en chantant, etc.

Nous pouvons aussi imaginer que l'autisme, en soi, fait barrage à l'investissement de la perception des stimuli venant du corps. Notre travail sera alors d'aller chercher et trouver l'enfant par le biais du corps, dans la perspective, pour nous vitale, d'un tissage relationnel. Cela dans l'idée de l'aider à « se différencier intracorporellement, à vivre son corps comme suffisamment étanche (sphinctérisation de l'image du corps) et, finalement, à accepter de substituer des flux relationnels aux flux sensoriels emprisonnants » (Houzel, 1987).

Alors que la désorganisation d'un enfant névrotique l'amène à régresser vers des défenses plus primaires, la désorganisation d'un enfant psychotique peut l'amener à développer des défenses autistiques. La désorganisation d'un enfant autiste, elle, ressemble à un vécu agonistique dont l'ultime défense est le retrait total des investissements.

Laissé à son évolution spontanée, l'autisme a tendance à se maintenir en tant que tel, ou à évoluer vers un fonctionnement déficitaire souvent dû à un grave retard mental. Soulignons donc l'importance de l'approche psychothérapeutique ou psychanalytique qui, sans prétention causale aucune, s'attache à favoriser l'intégration des différentes expériences relationnelles que l'enfant est amené à faire dans son parcours de vie.

## LA PSYCHOSE INFANTILE

Les classifications ont transformé le terme de psychose infantile en celui de trouble envahissant du développement non spécifié. La classification française intègre, dans les troubles envahissants du développement, l'autisme, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, les enfants atteints d'un trouble désintégréatif de l'enfance et le trouble envahissant du développement non spécifié. Aujourd'hui, ces classifications sont rassemblées sous le terme de trouble du spectre autistique.

Nous avons pris l'option de parler de psychose infantile d'une manière indépendante. Cette manière de voir se veut sensible aux retards graves du développement, à savoir du langage, de la cognition, de la motricité, de l'organisation spatio-temporelle, etc. Néanmoins, soulignons que l'élément fondamental de la psychose infantile est caractérisé par le trouble grave de la relation. Ainsi pour nous, au-devant de la scène se trouve le trouble grave de la relation et de la communication, qui certes s'accompagne d'un trouble du développement mais, à la différence de l'autisme, sans retrait massif de l'investissement de l'environnement.

Les interventions psychothérapeutiques précoces, soit avant 5-6 ans, peuvent désamorcer ces troubles de la relation et permettre à 50 % des enfants psychotiques d'arriver à l'âge adulte en menant une vie autonome, sociale et affective. Une étude menée à Genève (Manzano, Palacio Espasa, 1983) a



montré qu'environ 30-35 % des enfants psychotiques ne sont que partiellement assistés, et seuls 15-20 % demeurent très assistés, voire institutionnalisés. Une autre étude genevoise, effectuée avec de jeunes enfants pris en charge en centre de jour et accompagnés de traitements psychothérapeutiques ou psychanalytiques, a montré une récupération du QI de 40-50 points (Knaeur, Palacio Espasa, 2010).

Le fonctionnement déficitaire de certaines psychoses se caractérise par des difficultés massives d'incorporation de l'expérience psychique qui empêchent les représentations mentales et les liens entre elles. La fonction symbolique, par conséquent, ne peut pas se développer (M. Klein). L'apparente adaptation à l'environnement de certains enfants déficitaires masque leurs difficultés d'investissement du travail psychique. Ce manque d'investissement permet difficilement l'accès aux connaissances, à la curiosité épistémophilique, ce qui dépeint un tableau d'une certaine pauvreté cognitive. Cela a été décrit par Bion comme une attaque de l'appareil à penser les pensées. Comme pour l'autisme, nos connaissances actuelles nous amènent à reconnaître également l'hypothèse de la limitation développementale comme provenant d'un trouble génétique.

D'autres psychoses se caractérisent par un fonctionnement symbiotique. Nous comprenons ce fonctionnement symbiotique comme le fantasme d'une unité duelle, à savoir la fusion de l'image de soi avec celle des objets idéalisés, décrite par M. Mahler. Dans les évolutions favorables de l'autisme apparaît un hyper-investissement de la relation de type symbiotique avec certaines personnes qui prodiguent des soins à l'enfant. Ce mouvement peut être compris comme un pas en avant qui peut se poursuivre. Nous avons observé que ce fonctionnement symbiotique pouvait se déployer à partir des formes les plus déficitaires jusqu'au fonctionnement borderline et revêtir

divers degrés de gravité. Cela pourrait expliquer le retrait du diagnostic de psychose symbiotique des classifications actuelles.

Dans les formes plus organisées, comme dans le fonctionnement borderline, les fantasmes symbiotiques se manifestent par des clivages nets, caractéristiques du fonctionnement schizoparanoïde. Les fantasmes de fusion avec les objets idéalisés alternent avec les fantasmes de fusion avec les objets persécuteurs. Ces fantasmes sont à la base des différents fonctionnements narcissiques. Ceux-ci empruntent une expression maniaque au service d'une fonction antidépressive, dans le but d'éviter la séparation et/ou pour se protéger contre des angoisses d'abandon. Ces angoisses peuvent apparaître comme étant destructrices ou persécutrices (Manzano, Palacio Espasa, 2005).

Le fonctionnement désorganisé se caractérise par la tendance à employer la fragmentation, faute de pouvoir faire recours au clivage organisé du schizoparanoïde. Ce mécanisme de défense chargé de destructivité est employé face à des angoisses dépressives très sévères de type catastrophique ou à de très intenses angoisses persécutrices. Dans les classifications dynamiques comme celles présidées par R. Misès, ce type de fonctionnement psychotique infantile a été qualifié de schizophréniforme par similarité avec les psychoses schizophréniques de l'adulte. Lorsque prédomine la fragmentation, l'établissement de l'identité de l'enfant est gravement perturbé.

En résumé, nous observons dans les psychoses infantiles tout un éventail de gravité depuis les cas comportant des traits autistiques et/ou déficitaires jusqu'aux troubles borderline où la fragmentation alterne avec le clivage.

## L'ORGANISATION BORDERLINE

M. Mahler est l'une des premières psychanalystes à avoir utilisé le terme de borderline chez l'enfant. Elle situe cette structure psychopathologique comme étant à la limite de la psychose

infantile. La définition la plus largement reconnue est celle de R. Ekstein et I. Wallerstein (1956) qui décrivent une alternance de fonctionnement entre un mode psychotique et un mode névrotique. S. Lebovici, et par la suite, R. Diatkine décrivent une forme d'irruption du processus primaire dans le cours d'une vie psychique et mentale organisée selon le processus secondaire. W.R. Bion, quant à lui, parle de noyaux psychotiques qui se réveillent.

Pour nous, le fonctionnement borderline découle d'une problématique dépressive très conflictuelle. Le fonctionnement dépressif permet à certains moments une organisation névrotique, qui, à d'autres moments, échoue quand l'angoisse devient catastrophique. Nous observons alors l'utilisation de défenses archaïques de type psychotique (Palacio Espasa, Dufour, 1995).

L'organisation borderline est caractérisée par le déséquilibre entre les nombreux fantasmes agressifs entraînant des fantasmes dépressifs de mort et de destructions catastrophiques des objets, et la pauvreté des fantasmes libidinaux. Ce déséquilibre pulsionnel est à la base du sentiment d'être incapable de préserver des liens avec des objets internes relativement indemnes.

Nous allons maintenant décrire deux modalités d'organisation en fonction du degré de sévérité de la conflictualité dépressive.

### *Les borderline dépressivo-anaclitiques*

Ceux que nous appelons les borderline dépressivo-anaclitiques suivent les descriptions des états limites de Bergeret. Pour ces derniers, la conflictualité dépressive, active dans la névrose, est difficile à contenir. Il y a menace de débordement. L'expérience de séparation, d'individuation, que l'enfant doit faire avec ses objets libidinaux pour évoluer vers une position d'indépendance, est une expérience psychique de perte. L'enfant

doit pouvoir renoncer à l'illusion que ses parents et le monde externe lui appartiennent en plein. Ce renoncement passe par un sentiment de perte qui prend la couleur d'une forme dépressive. Cette forme dépressive, chez les enfants borderline, est vécue de manière intensifiée par la présence de la pulsion agressive encore peu modulée par la pulsion libidinale. Ainsi l'angoisse, de par les fantasmes agressifs de mort et d'attaques destructrices, ne peut s'élaborer du côté d'une angoisse de perte et de castration, mais file du côté d'une angoisse d'abandon et/ou de persécution. L'intensité de ces angoisses soulève des défenses dites maniaco-mélancoliques et/ou masochiques.

L'enfant tente de se protéger de ce vécu psychique soit par une agitation motrice et psychique, soit par un sentiment de toute-puissance qui entraîne une très faible tolérance à la frustration. Le but de ces défenses vise à nier l'inévitable perte des objets libidinaux, à nier aussi la situation de dépendance de l'enfant à son environnement, ainsi que la blessure de se sentir petit par rapport au monde des adultes. Cette poussée maniaque engendre un fort sentiment de culpabilité ; pour s'en défendre l'enfant s'identifie aux objets perdus ou attaqués. Il peut éprouver alors une grande tristesse accompagnée d'importantes idées de dévalorisation. Un rien l'effondre, son humeur très labile le fait passer de l'impuissance à la toute-puissance, de l'euphorie à la dépression.

Notons également que ces défenses peuvent s'accompagner d'une composante masochique contre la culpabilité engendrée par les fantasmes destructeurs dont nous avons parlé. Pour ces enfants, les troubles du comportement appellent une réponse punitive qui vient soulager la charge de culpabilité. Tous ces comportements entraînent une dépendance des enfants à l'égard de leur environnement proche, d'où la composante anaclitique décrite par J. Bergeret.

- HAAG, G. 1985. « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 35, n° 2-3, p. 107-114.
- HAAG, G. 1992. « L'expérience sensorielle, fondement de l'affect et de la pensée », *L'expérience sensorielle de l'enfance, Cahiers du COR*.
- HAAG, G. 2004. « Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique », *Revue française de psychanalyse*, vol. LXVIII, n° 4, p. 1133-1151.
- HOCHMANN, J. 2009. *Histoire de l'autisme*, Paris, Odile Jacob.
- HOUZEL, D. 1987. « Le concept d'enveloppe psychique », dans *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- HOUZEL, D. 2002. *L'aube de la vie psychique. Études psychanalytiques*, Paris, ESF, coll. « La vie de l'enfant ».
- HOUZEL, D. 2011. « Le moment présent et la psychanalyse de l'enfant », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 1, vol. 1, Paris, Puf.
- KERNBERG, O. 1975. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson.
- KLEIN, M. 1932. *La psychanalyse des enfants*, Paris, Puf, 1959.
- KLEIN, M. 1940. « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968.
- KLEIN, M. 1946. « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », dans *Développements de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1966.
- KNAUER, D. ; PALACIO ESPASA, F. 2010. *La destinée des bébés peut-elle changer ?*, Paris, Puf.
- LEBOVICI, S. ; DIATKINE, R. 1963. « Essai d'approche de la notion de prépsychose en psychiatrie infantile », *Bulletin psychologique*, n° 17, p. 20-23.
- MAHLER, M.S. ; PINE, F. ; BERGMANN, A. 1975. *The Psychological Birth of the Human Infant*, New York, Basic Books.
- MAIELLO, S. 2011. « Le corps inhabité de l'enfant autiste », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, nouvelle série, n° 2, vol. 1, Paris, Puf.
- MANZANO, J. ; PALACIO ESPASA, F. 1983. *Étude sur la psychose infantile*, Lyon, SIMEP.
- MANZANO, J. ; PALACIO ESPASA, F. 2005. *La dimension narcissique de la personnalité*, Paris, Puf.
- MANZANO, J. ; PALACIO ESPASA, F. ; ZILKHA, N. 1999. *Les scénarios narcissiques de la parentalité. Clinique de la consultation thérapeutique*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge ».

- MELTZER, D. et coll. 1980. *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot.
- MIJOLLA, A. de. 2002. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann-Lévy.
- MILNER, M. 1950. *L'inconscient et la peinture*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge », 1976.
- MILNER, M. 1979. « Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole », *Revue française de psychanalyse*, n° 5-6.
- MISÈS, R. 1990. *Les pathologies limites de l'enfant*, Paris, Puf.
- PALACIO ESPASA, F. 1993. *La pratique psychothérapique avec l'enfant*, Paris, Bayard, coll. « Païdos ».
- PALACIO ESPASA, F. 2003. *Dépression de vie, dépression de mort*, Toulouse, érès.
- PALACIO ESPASA, F. ; DUFOUR, R. 1995. *Diagnostic structurel chez l'enfant*, Paris, Masson.
- Psychanalyse et autisme*, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, nouvelle série 2011, n° 2, vol. 1, Paris, Puf.
- QUINODOZ, D. 2002. *Des mots qui touchent*, Paris, Puf.
- RODRIGUÉ, E. 1955. « The analysis of a three-year old mute schizophrenic », dans M. Klein, P. Heimann, R.E. Money-Kyrle, *New Directions in Psychoanalysis*, Londres, Tavistock, p. 140-179.
- SEGAL, H. 1979. *Melanie Klein : développement d'une pensée*, Paris, Puf, 1982.
- SEGAL, H. ; O'SHAUGHNESSY, E. 1987. « Le transfert en psychanalyse d'enfants », *Journal de psychanalyse de l'enfant*.
- STERN, D.N. 1985. *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*, Paris, Puf, 1989.
- TREVARTHEN, C. ; ATKEN, K.Y. 2003. « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir*, vol. 15, n° 4.
- TUSTIN, F. 1972. *Autisme et psychose de l'enfant*, Paris, Le Seuil, 1977.
- TUSTIN, F. 1989. *Le trou noir de la psyché*, Paris, Le Seuil.
- TUSTIN, F. 1992. *Autisme et protection*, Paris, Le Seuil.
- WINNICOTT, D.W. 1958. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT, D.W. 1971. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.