

DIMITRIS SARRIS

«APPROCHE ÉPISTÉMOLOGIQUE DE LA PSYCHOSE
INFANTILE: UNE CONTRIBUTION CLINIQUE DANS LE
CADRE DE L'ÉDUCATION SPÉCIALE ET DE LA
PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT»

Résumé

Dans cet article on fait une approche clinique et psychopathologique de la construction de la psychose infantile selon des principaux auteurs. Selon Kanner, la psychose infantile se caractérise par l'isolement et l'immobilité de l'enfant devant la réalité. Selon Freud, dans la psychose, il s'agit de défaire l'idée incompatible et cela va mener à un éloignement de la réalité. M. Klein, à partir de deux textes fondamentaux, développe les concepts de positions selon lesquelles se situent les points de fixation de la psychose chez l'enfant: la position schizoparanoïaque et la position dépressive. D. Meltzer, fidèle au courant kleinien articule sa recherche avec les travaux de W. Bion et E. Bick. Il suppose même la capacité du fœtus de chercher l'objet pour évacuer divers types de détresse grâce à sa fonction contenante. M. Malher reprend l'élaboration d'A. Freud postulant une genèse de l'humain à partir du narcissisme primitif mais elle distingue des sous-phases et en propose essentiellement trois pour rendre compte du développement de l'enfant.

F. Tusrin parle de sensualité et de sensations, considérant, à la différence de Meltzer et Klein, qu'il n'y a pas de relations objectales à la croissance

Mots clés: Psychose infantile, éducation spéciale, psychopathologie de l'enfant

1. Kanner: une première description clinique de la psychose.

Kanner (1943) retient deux symptômes fondamentaux:

L'isolement et l'immobilité. L'enfant autiste dans une solitude extrême, sans rire ni pleurer, avec une indifférence aux sollicitations d'autrui, un regard vide, difficile à accracher. Il paraît se suffire à lui-même, enfermé dans un autosenualité auto induite. Il peut rester immobile livré à ses stéréotypes ou manipulant d'une façon étrange et sophistiquée certains objets.

Si l'on tente de forcer le contact, il réagit comme à une intrusion absolument intolérable sous la forme soit d'agitation avec recrudescence des stéréotypes, attitude auto et hétéroagressive, soit d'une recherche d'un contact fusionnel. Il n'aperçoit pas l'autrui comme total et différencié; son intérêt porte sur une partie de l'adulte (cheveux, bouche...) ou celle-ci est utilisée comme un instrument: Ainsi, la main du soignant va lui servir à réaliser une action (ouvrir une porte, attraper un objet).

Concernant l'immutabilité, l'enfant psychotique-autiste au besoin impérieux (Ajuruiaguerra, 1991; Sarris & Wallet, 2002) d'avoir son environnement inchangé, de maintenir des repères stables. Le changement déclenche l'angoisse qui est ressentie comme une menace d'anéantissement total dans une chute sans fin (Berger, 1979).

D'autres caractéristiques, selon Kanner, de cette pathologie peuvent être citées: **les stéréotypies et les rituels**; ce sont des mouvements répétitifs, rythmés, dans lesquels l'enfant paraît s'absorber. Stéréotypies du corps: avancer sur la pointe des pieds, tourner sur soi-même; stéréotypies gestuelles de la main: remuer les doigts devant le visage en regardant à travers.

Les troubles affectifs: l'enfant peut manifester des oscillations rapides d'humeur (alternance de phases de tristesse, d'agitation mortice; des crises de rire, proche du rire discordant de l'adulte, sans lien apparent avec la situation.

Les troubles du langage: le langage peut être absent; l'enfant est silencieux ou n'émet que des sons répétitifs, cri aigu ou un système faisant intervenir le corps, les mimiques; on note aussi des mots isolés, tantôt déformés mais hors contexte ou insaisissables par autrui.

2. L'approche de S. Freud

Freud dans son travail sur la psychose esquisse les bases différentielles entre la psychose et la névrose. La différence essentielle en est le mécanisme par lequel les symptômes et la répression sont formés.

Dans la psychose, il s'agit de défaire l'idée incompatible et cela va mener à un éloignement de la réalité. Avec «l'interprétation des rêves», Freud (1965) montre que les psychoses sont liées au fonctionnement primaire de l'appareil psychique et au mécanisme de formation des rêves. Dans la psychose, de même que dans les rêves, le fonctionnement primaire et infantin du psychisme règne. L'individu cherche dans les premières expériences satisfaisantes des perceptions identiques à celles qu'il vit maintenant sans accorder d'importance à l'objet du besoin.

Freud (1973, 1978, 1984, 1988) formule avec l'aide du concept du narcissisme, que ce paranoïaque se trouve fixé à une étape intermédiaire entre l'auto-érotisme primitif et l'amour objectal, qu'il qualifie d'étape narcissique. Dans cette étape, le sujet cherche dans l'autre des objets d'amour qui ont quelque chose en commun avec ce qu'il laisse de lui-même. Dans les délires du psychotique, on peut trouver des contradictions qui peuvent expliquer son mécanisme:

- la négation
- la projection
- la rationalisation.

La projection est considérée par Freud comme le mécanisme de base pour le paranoïaque. Il complète cette théorie avec la discrimination de la différence entre la repliement libidinal défensif que font le névrotique et le psychotique. Dans la psychose, la charge libidinale abandonne l'objet et va devenir narcissique.

Freud, dans son oeuvre, fait un pas en avant dans la compréhension des processus intimes de la psychose. Pendant que le névrotique maintient la charge inconsciente de la représentation, le psychotique perd la charge inconsciente de cette représentation. A partir de cette découverte, il comprend la raison de l'incapacité de transfert du psychotique. Celui-ci montre, dans le langage même, le contenu du processus primaire incapable de censurer ou de réprimer; dans la schizophrénie, les mots sont soumis au même processus qui, à partir des pensées latentes du rêve, produit les images du rêve et que nous avons appelé **le processus psychique primaire**.

Dans le même ouvrage, Freud affirme que **la différence fondamentale** entre névrose et psychose est que, dans la première, le conflit s'installe entre le moi et le ça et que dans la deuxième, le conflit s'installe entre le moi et la réalité externe intolérable. **Le psychotique s'éloigne de la réalité pour ne pas supporter une absence**, un manque au niveau de la perception de la réalité qui est dans ses propres désirs.

3. L'approche de M. Klein.

M. Klein (1966, 1968, 1972, 1973, 1978) à partir de deux textes fondamentaux développe les concepts de **positions** selon lesquelles se situent les points de fixation de la psychose chez l'enfant: la position schizoparanoïaque et la position dépressive. Elle met en évidence, pour expliquer ses hypothèses, **trois aspects** qui s'expriment différemment selon la position schizoïde ou dépressive.

L'angoisse de type persécuteur ou dépressif, la défense de type division, négation, idéalisation, projection, introjection ou encore de type maniaque obsessionnel, réparateur et enfin la relation d'objet de type partiel ou total.

La position schizoparanoïaque.

Le bébé, dès ses premiers jours, présente des angoisses vécues comme un danger par le moi, lequel développe des mécanismes de défense pour contrôler ces mêmes angoisses. Selon M. Klein, c'est dans cette période que vont se trouver des fixations induisant les perturbations psychotiques.

En outre de celle-ci, les premières relations d'objet se passent avec sa mère, plus précisément avec son sein. Cette relation, dans un premier temps, est vue **par l'enfant comme clivée**, c'est-à-dire que l'enfant est incapable de regarder d'autres expériences.

Lorsqu'il vit une expérience, il annule toute autre. Comme le premier objet est le sein de la mère, ce bébé va le dissocier en un sein bon (gratifiant) et en un mauvais sein (frustrant).

Par ailleurs, c'est dans cette première relation que des projections et des introjections des situations externes sont faites, en interaction les unes avec les autres. Ces processus participent à la formation de la personnalité de l'enfant.

Quand le bébé se trouve dans des états de frustration et d'angoisse, ses pulsions destructrices sont renforcées et dirigées vers le sein de la mère ou vers l'intérieur de son corps.

Le bébé sent qu'il incorpore le sein, moi divisé en morceaux. Il perçoit aussi que le bon sein gratifiant, lui, est entier. Dans ce cas, l'introjection de bon objet est important pour maintenir la cohésion du moi. Au contraire, l'introjection du mauvais objet accompagné du sadisme laisse le moi en danger. L'angoisse de type persécutrice que le bébé sent, et qui est prédominante dans la position schizoparanoïaque, se caractérise tout simplement par un danger du moi. M. Klein rappelle que tous ces vécus appartiennent à la vie fantasmatique du bébé.

Le bébé, contre ces angoisses, crée des mécanismes de défense. **L'idéalisation** est faite avec les objets qui vont être opposés aux mauvais objets. Les objets frustrants restent à côté des objets idéalisés et quelquefois leur existence peut être niée. La négation de la réalité psychique est possible quand il y a aussi des sentiments d'omnipotence caractéristique du psychisme infantin. **Dans le processus de clivage** de l'objet, les sentiments d'amour sont liés au sein gratifiant, pendant que les sentiments de haine et d'angoisse persécutrices sont liés au sein frustrant. C'est le mécanisme d'identification projective qui est le plus violent. Le bébé assimile des objets à des parties de son moi. Ces objets passent par la dissociation, et ensuite ils sont projetés vers l'extérieur. Ce mécanisme est accompagné des fantasmes de pénétration, d'intrusion et de contrôle omniprésent des objets.

La deuxième position décrite par Klein, dite **dépressive**, a comme fonction de faire l'établissement de l'alliance entre les bonnes parties de l'objet et les bonnes parties du sujet. Cela permet la construction d'un bon objet interne assez fort. Si celui-ci n'est pas suffisamment fort, le sujet sera atteint d'une maladie mentale. C'est l'échec de la position dépressive qui n'a pas pu être «pénétrée» par l'enfant. La situation de perte d'objet est importante pour le développement de l'enfant, puisqu'elle signifie aussi le passage de relation d'objet de type partiel vers la relation totale. Ce dernier se caractérise par une reconnaissance du bon et du mauvais objet dans la même relation. Il y a un gain de perception et une diminution de l'omnipotence.

C'est le moment où le bébé commence normalement de percevoir sa mère comme une personne distincte de lui, et pas seulement comme une personne qui satisfait ses besoins de survivance. Dans cette position, l'angoisse dépressive prédomine et le danger ne menace pas le moi, mais l'objet. La perte d'objet et sa menace sont ressentis par l'enfant comme une perte totale. A ce moment, l'enfant acquit la capacité d'aimer et la mère va être recherchée par lui pour soulager

ses peurs. L'enfant introjecte la mère pour se protéger contre ses dangers persécuteurs.

Le surgissement des nouvelles défenses et parmi elles, la défense maniaque, à la fonction d'éliminer les souffrances psychiques. Si l'utilisation de ce mode de défense est exagérée, l'enfant a des difficultés pour élaborer la position dépressive.

4. L'approche de Meltzer.

D. Meltzer (1975), fidèle au courant kleinien, articule sa recherche avec les travaux de W. Bion et E. Bick. Il suppose même la capacité du fœtus de chercher l'objet pour évacuer divers types de détresse grâce à sa fonction contenant. Meltzer a le souci de garder le bon ordre psychanalytique et propose d'explorer l'état mental autistique sous les rubriques économique, structurale, dynamique et génétique.

Il estime que la caractéristique première de la structure autistique est le **démantèlement** de l'appareil mental. Il s'agit d'un processus se produisant selon un procédé passif consistant à laisser les sens variés, spéciaux et généraux, externes et internes, s'attacher à l'objet le plus stimulant de l'instant. Dans cette situation, il n'y a pas de consensualité car un objet n'est pas appréhendé sous tous ses aspects, mais selon son caractère le plus attractif.

Meltzer tente de donner une **topologie de l'espace** psychique en isolant les dimensions de l'espace psychique qui se déploient dans le temps et se déclinent en quatre niveaux:

1. **L'uni - dimensionnalité:** 'A l'origine, et dans l'autisme proprement dit, l'expérience est réduite à un monde unidimensionnel. Le self y est un centre fixé qui établit une relation linéaire vers des objets situés dans une direction et à une distance données, objets conçus potentiellement attirants ou repoussants. C'est un monde sans activité mentale où les événements ne sont pas utilisables pour la mémoire ou la pensée.

2. **La bi - dimensionnalité:** La constitution de l'objet y est inséparable de ses qualités sensuelles qui sont perçues à la surface. La conception du self y correspond et se limite également à une surface: L'objet et self sont tout en surface sans espace interne. Ce self de surface permet de développer des perceptions et d'apprécier des qualités de surface des objets mais il ne peut pas constituer en pensée des objets ou des événements différents de ceux qui sont expérimentés. Il y a donc une limitation de la pensée et de l'imagination due à l'absence d'un espace

interne à l'intérieur du psychisme. Meltzer rejoint ici E. Bick lorsqu'elle décrit l'identification adhésive pour définir un monde de relations qui s'établit avec la surface de l'objet avant même que l'objet ne soit conçu comme ayant un intérieur. **L'identification adhésive serait donc le monde d'identification lié à la bi-dimensionnalité et caractériserait l'autisme.**

3. **La tri-dimensionnalité**: le processus de clivage et d'identification projective décrits par M. Klein dans la position paranoïde-schizoïde, sont indispensables pour entrer dans la tri-dimensionnalité.

L'objet est alors perçu comme contenant tridimensionnel avec ses ouvertures et ses fermetures, modèle sur lequel le self se constitue.

4. **La quadri-dimensionnalité**: C'est seulement une fois établie la lutte contre le narcissisme et réduite l'omnipotence avec laquelle l'intrusion et le contrôle sont imposés aux bons objets dans les mondes intérieurs que la conception d'un monde à quatre dimensions peut commencer.

Pour expliquer l'état mental autistique, D. Meltzer met en relation **plusieurs modalités**:

— Il parle de la dépression de la mère; pendant cette période post-partum, le contact qu'elle fait avec son bébé est sérieusement altéré, faisant preuve d'une grande "distraction".

— Les enfants autistes sont décrits comme des enfants d'une grande intelligence avec une particulière sensibilité à l'état émotionnel des autres et une disposition à ressentir massivement la souffrance dépressive...; ces enfants sont très sensuels dans leur amour et portés à répéter indéfiniment, en suspendant le temps, la joie et le triomphe de la sensation.

L'enfant émotionnellement disposé à ressentir la souffrance dépressive de sa mère, met en jeu une **technique de démantèlement du self** pendant des périodes de plus en plus longues d'activités mentales. Il suspend alors son attention et laisse son organisation mentale tomber passivement en morceaux.

L'enfant incline à expérimenter une absolue possession d'un objet impossible à posséder, riche de qualité en surface, mais dépourvu de substance, un objet mince comme une feuille de papier, reflet de son intérieur délimité. Cela produit un échec primaire de la fonction contenante de l'objet externe et par conséquent, de la formation du concept du self en tant que contenant.

L'intensité de la perception sensorielle perturbe la fonction mentale et rend par là-même difficile la formation d'un objet maternel consensuel et cohérent, à savoir le sein.

5. L'approche de Mahler.

M. Mahler (1973) reprend l'élaboration d'A. Freud postulant une genèse de l'humain à partir du narcissisme primitif mais elle distingue des sous - phases et en propose essentiellement trois pour rendre compte du développement de l'enfant.

Primo: l'autisme normal correspond à la première phase du développement, dès les premières semaines de la vie. Pendant cette période, l'enfant semble être dans un état de désorientation hallucinatoire primaire; alors la satisfaction des besoins relève de sa propre sphère autistique toute puissante. 'A cette phase, l'objet n'est pas perçu.

Secundo: la symbiose normale correspond à la deuxième phase du développement de l'enfant, à partir du deuxième mois, elle est caractérisée par une vague conscience de l'objet de satisfaction des besoins par la mère. Le trait essentiel de la symbiose est une fusion psychosomatique toute puissante hallucinatoire ou délirante de la représentation de la mère et en particulier, l'illusion délirante d'une frontière commune à deux individus réellement et physiquement distincts.

Dans cette phase, il y a un état d'indifférenciation et de fusion avec la mère, c'est au sein de cette dépendance que s'opère la différenciation structurale qui conduit à l'organisation adaptative de l'individu: **le Moi**. Ainsi, vers le 3ème mois, l'objet est perçu comme objet partiel non spécifique, «assouvisseur» et annonciateur d'une différenciation du moi et de l'objet.

Tertio: La phase de séparation - individuation.

- L'individuation correspond à l'expansion des fonctions autonomes du Moi.
- La séparation veut dire que le self est différencié de l'objet symbiotique, donc la mère.

A cette phase, l'expression **permanence de l'objet** indique que l'image maternelle est devenue **intra - psychiquement** disponible à l'enfant.

La théorie de Mahler repose sur l'hypothèse que les divers types de **psychoses infantiles** peuvent être compris, comme des distorsions pathologiques de phases normales du développement du Moi. Elle considère que le **nourrisson psychotique** ne réussit pas, au tout début de sa vie, à percevoir sa mère et qu'il ne peut pas, par conséquent, s'en servir pour maintenir son homéostasie. Elle parle de plusieurs déviations **précoces du développement:**

— Déficience de la signalisation réciproque entre le nourrisson et sa mère à la phase symbiotique. L'enfant, encore très immature à la naissance, dépend des apports maternels: pour accéder à la symbiose (la conscience confuse de l'objet) il faut que l'enfant puisse reconnaître que la satisfaction de ses besoins provient d'un objet.

C'est justement là que l'enfant psychotique échoue, car il ne parvient pas à percevoir et investir sa mère comme un pôle d'orientation vers l'extérieur: le non - soi. Ainsi, l'enfant ne peut évoluer vers une communication verbale réciproque.

— Déficience du moi dans la psychose infantile et distorsion du sentiment d'identité marquent une autre déviation du développement. Chez le bébé, deux facteurs sont sources de ce déficit: les stimuli intéro et proprioceptifs sont tellement envahissants, que la structuration du Moi ne peut s'effectuer.

La mère ne peut être utilisée comme une barrière protectrice contre les stimuli internes - externes de l'environnement. Le nourrisson n'a donc pas de sens des limites entre le monde intérieur et le monde extérieur.

Par conséquent, la faculté perceptive du Moi ne peut s'accroître ce qui se caractérise par l'impossibilité au Moi de s'intégrer.

La troisième déviation qui se met en place est celle du défaut de **structuration du moi - corps**. C'est grâce à la conjugaison des perceptions par contact (kinesthésiques) et des perceptions à distance (visuelles) que le Moi - corps se structure. L'intégration de ces deux types de perception permet l'assurance d'un schéma corporel stable (Lauras-Petit, 1987; Nicolaidis, 1980).

Chez le bébé psychotique, ces deux types de perception ne peuvent s'intégrer, car l'une domine à l'autre. Il ne peut donc pas considérer son corps comme faisant partie à la fois du monde extérieur et du monde intérieur. Par là à même, la distinction entre le self et le non-self ne peut s'établir, le schéma corporel ne peut s'instaurer et le développement du Moi ne peut donc s'élaborer (Verdier, 1992; Schmidt-Kitsikis & Ajuriaguerra, 1973; Sarris, 2003; Alexandridis, 1984).

La conception théorique de Malher est liée à la question de la **causalité**. Elle présente une conception essentiellement déficitaire de la psychose dans laquelle la genèse du Moi a un rôle central.

Le trouble central dans la psychose infantile est une déficience dans l'utilisation intra - psychique par l'enfant du partenaire maternant d'où il résulte une incapacité à internaliser la représentation de l'objet maternant pour une polarisation.

Elle différencie dans sa théorie la psychose **autistique** de la **psychose symbiotique**.

— **Le syndrome psychotique** symbiotique révèle des signes de la différenciation et de perception de l'objet partiel. L'enfant aurait donc évolué dans son développement jusqu'à la phase symbiotique.

Par la suite, le processus d'individuation - séparation aurait échoué parce qu'il est éprouvé par l'enfant comme une rupture de **l'illusion fusionnelle**. Ce type de psychose se caractérise par une régression ou une fixation au stade symbolique et la représentation mentale de la mère est fusionnée à celle du self dans un délire de toute puissance manique.

Elle nous indique que pour comprendre la symptomatologie clinique du syndrome de psychose symbiotique, il faut avoir présent à l'esprit le rythme accéléré de la croissance de l'appareil du Moi dans les deuxième et troisième années. Dans les cas des psychoses symbiotiques, il n'y a pas de possibilité de séparation progressive: le bébé, pour des raisons intrinsèques ou d'environnement, ne peut effectuer une séparation progressive, le Moi ne peut alors se différencier de celui de sa mère et il n'arrive pas à dépasser le stade symbiotique du développement normal.

— **L'autisme infantile** est une fixation ou une régression à la première phase de la vie extra - utérine, la phase autistique normale. Cette symptomatologie serait due à l'impossibilité pour le nourrisson d'utiliser sa mère pour s'orienter dans les mondes extérieur et intérieur. Les modalités fondamentales lui demeurent des lois intelligibles et il doit créer des modalités substitutives d'orientation, de manière à affronter les stimuli internes et externes.

Les traits cliniques retenus par Mahler pour un diagnostic de l'autisme infantile sont:

1. Une préservation de l'uniformité;
2. Une préoccupation stéréotypée pour quelques objets inanimés;
3. Une intolérance absolue à tout changement dans un environnement inanimé;
4. Une expression faciale intelligente en dépit du fait que son regard ne se fixe pas, mais semble plutôt traverser.

Mahler s'interroge sur la fonction de l'autisme dont elle fait un mécanisme de défense contre un danger, continué à la fois par la complexité du stimuli externe et des excitations venues du sensorium. L'enfant ne peut alors utiliser le pôle d'orientation émotionnelle, la mère, qui est devenue comme telle, fonctionnellement inexistante.

6. L'approche de Tustin: La phase d'auto - sensualité et d'indifférenciation.

F. Tustin (1986) parle de sensualité et de sensations, considérant, à la différence de Meltzer et Klein, qu'il n'y a pas de relations objectives à la croissance.

Elle parle d'une phase d'autosensualité et d'indifférenciation qu'elle nomme **autisme primaire normal**.

Bien qu'elle ne renie pas un point de vue organique, elle considère que le problème central de la psychose naît de la séparation avec la mère. Pendant la période d'autisme normal, l'enfant règne dans une autosensualité où les objets extérieurs sont perçus sur un mode corporel, comme des sensations - objets.

Peu à peu, la conscience de la mère **non - soi** se fait, et, grâce aux activités et à la coopération établies entre l'enfant et la mère, le bébé commence à supporter que sa mère réelle puisse être séparée de lui.

Ce lien nourricier peut être perturbé; soit parce que l'enfant réclame une attention sensuelle telle, que la mère ne peut y faire face, empêchant par là même les liens de se tisser, soit parce que l'enfant connaît avec sa mère une satisfaction trop grande, ce qui produit dans ce cas, un enchevêtrement et une confusion l'un avec l'autre. Le bébé donc est dans un état d'hypersensibilité tel, qu'il ne peut faire face à la séparation avec la mère sans la vivre comme un traumatisme.

Le nourrisson est confronté, par conséquent, à une réalité trop dure, opposée au plaisir mou et sensuel. Mais devant une telle expérience, les enfants psychotiques souffrants de non-intégration, n'ont pas été capables d'intégrer l'expérience de la dureté à celle de la mollesse pour que naissent de toutes nouvelles sensations d'élasticité, de résistance et qu'ainsi l'adaptation et l'ajustement puissent commencer à fonctionner.

L'enfant ne peut donc s'adapter au monde **non - soi** et essayer par des moyens de contrôle ou de brouillage de la mère **non - soi** de tout organiser pour retrouver un état **d'autosensualité réconfortant** mais pathologique.

Conclusion.

La conception des auteurs anglo - saxons concernant la psychose et l'autisme est liée à leur théorie du développement de l'enfant. (Sarris et al, 2000). Ces auteurs représentent deux courants de la psychanalyse post - freudienne, courants qui se sont séparés sur plusieurs points et

notamment sur la conception de la genèse de l'humain. Anna Freud postulait, en effet, un narcissisme primaire, alors que M. Klein soutenait que le moi possédait dès le départ, la capacité d'établir des relations d'objet.

Pour M. Malher, cela semble plus simple de concevoir l'autisme, puisque fidèle à A. Freud, elle reprend la première phase du narcissisme primaire dont elle va proposer des sous-stades et notamment un premier stade d'autisme primaire. L'autisme pathologique sera alors une régression avec distorsion à cette phase du développement normal. F. Tustin est plus embarrassée, car l'autisme l'a conduit à ne pas pouvoir penser comme M. Klein l'avait proposé, qu'une relation d'objet est possible d'emblée; Elle semble trancher en rejoignant M. Malher lorsqu'elle envisage une première phase d'identification nommée auto-sensuelle; la psychose serait alors conçue comme un arrêt à cette phase précoce du développement.

D. Meltzer reste fidèle à la théorie de la relation d'objet et fait appel à d'autres mécanismes que ceux décrits par M. Klein pour expliquer la psychose et rejoint d'autres disciplines kleinliennes pour parler d'identification adhésive dans l'autisme.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. (1991). *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*. Masson: Paris.
- Alexandridis, A. (1987). *Étude du concept de la psychose symbolique chez l'enfant*. Thessalonique: Xatzinikoli.
- Berger, J. (1966/1979). *Psychanalyse du cadre psychanalytique*. In R. Kaës (Ed.), *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod.
- Freud, S. (1900/1984). *L'interprétation des rêves*. Paris: Puf.
- Freud, S. (1905/1974). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1905/1978). *L'inquiétante étrangeté*. In S. Freud, *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard.
- Freud, S. (1911/1984). *Résultats, idées, problèmes*. Paris: Puf.
- Freud, S. (1918/1984). *Cinq Psychanalyses*. Paris: Puf.
- Freud, S. (1951). *Inhibition symptôme, angoisse*. Paris: Puf.
- Freud, S. (1965). *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot.

- Freud, S. (1973). *Psychose, névrose, perversion*. Paris: Puf.
- Freud, S. (1988). A partir de l'histoire d'une névrose infantile. In *oeuvres complètes*, vol. XIII. Paris: Puf.
- Kanner, R. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-224.
- Klein, M. (1966). *Développements de la psychanalyse*. Paris: Puf.
- Klein, M. (1968). *Envie et gratitude*. Paris: Gallimard.
- Klein, M. (1972). *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.
- Klein, M. (1973). *Psychanalyse d'un enfant*. Paris: Tsou.
- Klein, M. (1978). *Psychanalyse des enfants*. Paris: Puf.
- Lauras - Petit, A. (1987). Enveloppes corporelles et enveloppes psychiques. *Perspectives Psychiatriques*, 26, 9IV, 263-268.
- Mahler, M. (1973). *Psychose infantile: symbiose humaine et individualisation*. Paris: Payot.
- Meltzer, D. (1975). *Explorations dans le monde d'autisme*. Paris: Payot.
- Nicolaidis, N., & Anzieu, D. (1980). *Psychanalyse et culture grecque*. Paris: Les Belles Lettres.
- Rigaud, C. (2001). *L'animal d'angoisse*. Paris: Eres.
- Sarris, D. (2003). L'apport thérapeutique d'un atelier conte dans le traitement des enfants dysharmoniques de 5-10 ans. *Revue Européenne du Handicap Mental*, no 26, 39-60.
- Sarris, D., & Wallet, J.W. (2002). Dysharmonie cognitive d'évolution et conte-mythe. Etude de cas d'une thérapie des enfants de 5-12 ans à travers les Ateliers d'Expression. *Cahiers de Psychopédagogie Curative et Interculturelle*, 1, 80-96.
- Sarris, D., Gibello, B., & Stavrou, L. (2000). L'image du corps chez l'enfant psychotique au travers de l'épreuve projective de Rorschach. *Cahiers de Psychopédagogie Curative et Interculturelle*, 1, 46-55.
- Schmidt-Kitsikis, E., & Ajuriaguerra J. de. (1973). Aspects opératoires en psychopathologie infantile. *Revue de NeuroPsychiatrie Infantile*, 21, 1-2, 7-21.
- Tustin, F. (1972/1986). *Autisme et Psychose de l'enfant*. Paris: Seuil.
- Verdier - Gibello, M.L. (1992). Les apprentissages scolaires dans le traitement des enfants psychotiques, fonctions et limites. In M. Soulé & B. Golse (Ed.), *Le traitement des psychoses de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Centurion.