

L'autisme infantile : articulation entre neurosciences et psychanalyse

Lallem Lounés
Université Constantine 2

Introduction

L'autisme et autres troubles envahissants du développement sont une famille de troubles psychopathologiques, qui sont reconnus et spécifiés en tant que tels seulement depuis une quarantaine d'années et restent encore trop souvent méconnus ou tardivement diagnostiqués.

Le terme d'autisme a vu le jour en 1911. Un psychiatre suisse, Eugène Bleuler a ainsi nommé le symptôme de retrait social qu'il attribuait comme une des principales caractéristiques de la schizophrénie.

C'est en 1943 qu'un pédopsychiatre américain, Leo Kanner, reprendra le terme, afin de définir, dans le cadre d'un article, un trouble qu'il avait observé auprès de 11 enfants, qui se caractérisait par la présence de 7 éléments : la solitude, des obsessions pour des routines, une mémoire extraordinaire, l'écholalie, la sensibilité aux stimuli, une gamme d'intérêts limités, une intelligence normale.

Parallèlement et indépendamment des travaux de Kanner, en 1944, un médecin autrichien, Hans Asperger publiera une description d'un groupe de 4 enfants présentant ce qu'il appelle « une psychopathologie autistique ». Un certain nombre d'éléments du fonctionnement de ces enfants peut s'apparenter à ceux du groupe de Kanner (le retrait social, les stéréotypies au niveau du langage et du mouvement, une résistance aux changements et un intérêt particulier pour certains objets ou sujets).

L'autisme sera, jusque dans les années 70, un trouble expliqué par le courant psychanalytique, notamment par Bruno Bettelheim (1972), comme symptôme d'une relation mère-enfant, où la mère serait froide et dénuée d'amour, amenant l'enfant à développer un autisme, afin de se protéger de cet environnement menaçant.

Cependant, avec le développement du champ de recherche en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'avec l'influence des théories cognitivo-comportementales venues d'Amérique, les théories psychanalytiques vont être remises en cause.

Dans les années 80, vont alors se mettre en place des protocoles de recherches et de diagnostics spécifiques à l'autisme (Berthoz, Andres, Barthélémy, Massion, Rogé, 2005) et il est, enfin internationalement reconnu, que l'autisme n'est pas une pathologie réactionnelle, mais un désordre neurobiologique dont les causes, bien qu'encore non totalement définies, seraient d'origine génétiques et métaboliques (Rogé, Barthélémy, Magerotte, 2008).

Les questions soulevées par l'hétérogénéité de la population des personnes atteintes d'autisme et par la diversité des formes cliniques, ont abouti à une nouvelle terminologie, qui ne limite plus le repérage des troubles au niveau du tableau typique de l'autisme, mais qui l'inscrit dans ce qu'on appelle, désormais, le spectre des désordres autistiques (Volkmar, Klin, 2005 ; Rogé, Barthélémy, Magerotte, 2008).

L'autisme infantile : état des lieux en Algérie

Le sujet de l'autisme est extrêmement vaste et a considérablement évolué. C'est, en fait, un problème de santé publique, dans lequel sont englobés un grand nombre de cas, pourtant très

différents les uns des autres. Si bien qu'en Algérie, l'autisme est un handicap sous-estimé, mais qui s'étend, de manière alarmante, loin des préoccupations des pouvoirs publics.

Le manque de structures médicales adaptées et de personnel qualifié complique sérieusement la tâche. Ils sont des centaines de parents à la recherche d'une prise en charge, mais en vain, un drame familial que l'on peut pourtant soulager, si le diagnostic est posé précocement.

Ce fut le combat du docteur Lotfi Benhabib, pionnier en pédopsychiatrie, soucieux de la prise en charge de l'autisme, mais qui s'est exilé en France, aux années 90, qui fit, à l'époque, de ce secteur, sa lutte quotidienne.

L'état autistique : exemple de points de vue

Jusqu'à Tustin dans les années 1980, on parle d'autisme infantile. Elle émet l'hypothèse d'une position autistique normale, sur laquelle elle reviendra en 1990. Avec ses recherches sur « les défenses autistiques chez les névrosés » (1989), et les théories de Bion sur la personnalité, elle introduit, dès 1986, l'état autistique.

La notion d'État implique une transitionnalité et une réversibilité du syndrome, un arrangement particulier de la psychologie du sujet, à un moment donné. Un état, qui affecterait le sujet dans sa manière d'être.

Meltzer (1980) écrit un chapitre sur la psychologie des états autistiques et de l'état mental post-autistique. Il parle de « personnalité et d'existence de normalité » en même temps que d'une pathologie autistique (Meltzer, 1980).

L'état autistique en lui-même « est un état d'urgence », anti-processuel. La non intégration de la différenciation interne et externe des espaces corporels et psychiques, la déqualification de l'affect, les dérives de la sensation, participent à la polysémie des facteurs concourant à cet état » (Soulé, Labovici, 2000).

Ce terme correspond à un changement du sujet, à un moment donné, qui peut être transformé, pour revenir à l'état initial ou pas, comme l'état posttraumatique.

Une position autistique ?

Klein (1882-1964) apporte, avec le concept de positions schizo-paranoïde et dépressive, dans le développement du bébé, une première contribution à la psychopathologie infanto-juvénile (1930). Elle définit des positions psychiques, qui existeraient dans le développement normal du bébé. Elle favorise le terme de « position » à celui de « phase », car il correspond à un ensemble « d'anxiétés et de défenses » (Klein, 1957), qui peuvent resurgir à l'âge adulte ou dans l'enfance.

La notion de position est intéressante car elle permet la prise en compte des processus psychiques, dans une dynamique évolutive. Les mécanismes de défense utilisés par le bébé peuvent, toujours présents, se manifester à l'âge adulte ou émerger, lorsque le sujet est dans un état de crise. Elle considère que la position est une manifestation contre les Objets, passage transitionnel entre les objets partiels vers l'Objet unifié (Klein, 1938).

Mahler (1957) introduit la notion de « position autistique normale » du nourrisson, caractérisée par une hallucination négative de la réalité. Le terme de position renvoie à une manière d'être en Soi et d'être avec les autres, à un certain moment de la vie psychique.

Le concept de position psychique permet une évolution de la psychopathologie clinique. Elle implique une relation d'objet différente, d'une position à une autre et un type d'angoisse et de défenses, distincts.

Les caractéristiques de l'état, d'être au monde à différentes étapes de la vie, pouvant se renouveler, impliquent la notion d'évolution et de non réduction du sujet, à une étiquette diagnostique immuable (Segal, 1969).

Notre compréhension du terme « enfant dans une position autistique », serait, selon nous, une formulation appropriée à un agencement, une description, qui offrirait, éventuellement, une localisation.

En effet, elle infère une possible transformation de la relation d'objet, au travers d'un changement de position psychique de l'enfant, dans sa manière d'être, au monde.

Convergences ou divergences neuro-psychanalytiques ?

Avancée de la neuro-imagerie cérébrale

Actuellement, le sillon temporal supérieur (STS) fait, aujourd'hui, l'objet d'un intérêt physiopathologique particulier, à la fois du point de vue de la clinique et du point de vue de la neuro-imagerie, car cette zone cérébrale serait effectivement impliquée dans un certain nombre de fonctions spécifiques, qui semblent en difficulté, dans de nombreux cas d'autisme :

- la reconnaissance de la voix humaine, au niveau du sillon temporal supérieur du LTS, comme l'ont montré Gervais, Brunelle, Boddaert¹.
- la perception des mouvements, au niveau de la zone occipitale du LTS.
- le décodage des émotions faciales, au niveau du gyrus fusiforme du LTS (Robel *et al.*, 2004²).

Avec la mise en évidence récente de l'action de résonance des neurones miroirs sur les primates non-humains entre eux, avec l'électrophysiologie, il a été extrapolé que l'homme aussi était constitué d'un tel système à partir, cette fois-ci, de l'électroencéphalogramme (Rizzolatti *et al.*, 2001, 2004).

En revanche, aucune expérimentation physiologique sur l'homme, n'a pu se faire, pour des raisons éthiques, puisque cette recherche, s'effectuant à partir d'électrodes apposées dans le cerveau des primates (électrophysiologie), la théorie des neurones miroirs reste spéculative pour l'homme.

Ramachandran (2000) traite aussi la question pour l'homme, à partir d'EEG et d'autres technologies plus précises comme l'IRM en 1997, dans l'autisme. Centelles (2009) met en évidence le rôle du fonctionnement des neurones miroirs, dans la construction des représentations sociales et de l'activité, chez l'enfant autiste.

Ces résultats nous renseignent, en qualité de professionnels de la santé mentale d'enfants et ils permettent une certaine divergence entre les données des neurosciences et celles de la psychanalyse fortement réfutée dans le monde actuellement, en matière d'autisme infantile, avec l'émergence, désormais possible, d'une vision relativement contraire de cette pathologie si complexe.

Enfin, le STS semble donc, être l'un des lieux importants de l'agencement cérébral de la co-modalité perceptive, d'où son importance centrale soit comme lieu de dysfonctionnement primaire, soit comme maillon intermédiaire du fonctionnement autistique.

¹Gervais, H. *et al.*, (2004), Abnormal cortical voice processing in autism, *Nature Neuroscience*. 7. 8. 801-802.

²Robel, L. *et al.*, (2004), Discrimination of face identities and expressions in children with autism : same or different ? *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13. 4. 227-233.

Contexte institutionnel de pratique

Dans la clinique du Centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux³ de Ain bessem⁴ (CPPEHM), nous pratiquons de nombreux bilans psychologiques d'enfants âgés de 03 à 18 ans, essentiellement à la demande d'enseignants, de médecins ou parfois de services hospitaliers spécialisés (pédiatrie, pédopsychiatrie, psychiatrie, exemple, EHS Drid Hocine, Alger, EPSP de Bouira...) ou de Centres d'Information et d'Orientation Scolaire.

Le choix d'orientation de ces institutions vers un CPPEHM, est souvent lié à la recherche d'une approche globale, sans contrainte de sectorisation, ainsi qu'à la possibilité offerte d'un suivi thérapeutique, aussi bien de l'enfant, que de sa famille, à travers le développement des thérapies familiales.

La demande des consultants est donc souvent indirecte, les initiatives personnelles des familles restent minoritaires dans la démarche de consultations. Bien qu'on note une évolution depuis quelques années, les familles s'autorisent, de plus en plus, à venir directement au CPPEHM.

Dans la plupart des CPPEHM, toute nouvelle consultation d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, fait l'objet d'un bilan psychologique. Mais, la particularité d'un bilan en CPPEHM est, sans doute, liée à la pluridisciplinarité de l'approche du bilan et à l'association du pédagogique.

En effet, le bilan psychologique doit être considéré comme un maillon d'une chaîne, qui comprend la possibilité d'un entretien social, d'un bilan psychomoteur, d'un bilan psychiatrique, d'un bilan orthophonique et même d'un bilan pédagogique.

C'est pourquoi, nous verrons, par le biais d'une illustration clinique, l'émergence, désormais possible, d'une vision relativement contraire, de cette complexe pathologie, dans l'élaboration de ce qu'on appelle, actuellement, le bilan pluridisciplinaire, loin de toute interprétation totalitaire voire réductionniste.

Description de notre démarche d'investigation

Mettre en revue l'ensemble de ces éléments cliniques :

Diagnostic de l'autisme :

- entretiens avec les parents,
- observation de l'enfant,
- interaction avec l'enfant,
- jugement clinique,
- échelles de diagnostic.

Évaluation de l'autisme

- langage expressif et réceptif,
- évaluation cognitive,
- évaluation des comportements adaptatifs,

³Psychologue clinicien en Centre Psychopédagogique pour Enfants Handicapés Mentaux, depuis quelques années, auprès des adolescents et des adultes, incluant aussi, leurs familles, dans le programme de prise en charge institutionnelle.

⁴ Ain Bessem est une Commune ayant, depuis 1974, le statut de Daira. Elle est située à l'Ouest du Chef-lieu de Bouira.

- évaluation sensori-motrice,
- évaluation neuro-psychologique.

Tests biologiques

- tests métaboliques,
- tests génétiques,
- EEG,
- Imagerie.

Illustration clinique

L'enfant Diaà Eddine, âgé de 06 ans et 07 mois, a été reçu en consultation le 09/12/2013, pour trouble de comportement. Il fut accompagné par ses parents, inquiets et soucieux de l'état de leur enfant, sollicitant un bilan psychologique.

La mère est âgée de 36 ans et est infirmière de profession ; le père est âgé de 42 ans est professeur de sport au collège.

Diaà Eddine est l'aîné d'une fratrie de 03 enfants, ses frères sont âgés respectivement de 03 ans et de 11 mois. La famille réside à Ain Bessem à Bouira, la naissance du petit Diaà Eddine, eut lieu après un an de mariage ; il est issu d'un mariage non consanguin ; les parents étaient heureux face à l'attente d'un bébé de sexe masculin.

La grossesse s'est bien déroulée, malgré la présentation de coliques néphrétiques à 05 mois de gestation.

Le nouveau-né arrive au monde à terme avec un poids de 2.940 kg, par voie basse, sans souffrance néonatale, ayant pour score d'Apgar 9/10. Les premiers mois de son développement ne sont pas connotés par un trouble oro-alimentaire ni du sommeil. L'alimentation fut naturelle pendant 09 mois, puis au biberon jusqu'à 02 ans.

Étant bébé, Diaà Eddine aurait un regard présent, dans ses interactions.

Âge du 1^{er} sourire, de la tenue de la tête : non précisés par la maman.

Il aurait fait sa 1^{ère} dent à 06 mois, se serait assis à 09 mois et aurait marché à 12 mois.

Ses 1^{er} mots ont été prononcés vers 18 mois (mama, papa ...). Cependant, très vite, on relève une régression corrélée par la perte de ses prérequis, remplacés par la main de l'autre, pour exprimer un éventuel besoin, sans s'appuyer sur l'indexation.

Ce n'est qu'à 05 ans, qu'il prononcera sa première phrase, il ne parlera qu'en cas de besoin, en utilisant des mots-phrases, à son âge la parole et/ou le langage font défaut.

La fonction sphinctérienne et la notion du danger sont acquis.

Élément révélateur au cours de l'anamnèse : l'angoisse du 08^{ème} mois, le sourire du 3^{ème} mois et l'acquisition du pronom « Je » et de la négation « Non », n'ont pas été observés durant son processus de maturation.

Selon les parents, un important changement avait été relevé chez Diaà Eddine, à l'âge de 02 ans : les parents constatent que leur enfant pleure sans raison, n'est rassuré que lorsqu'il est dans leurs bras. Une importante sensibilité aux bruits mécaniques, s'installe en isolation ; il n'est captivé que par l'écran de la TV (intérêt excessif pour Touyouur El Djenna et les publicités). Il manipule le ballon de manière répétitive.

Jouer avec les enfants de son âge ou bien faire semblant, n'est pas une priorité pour lui. Aussi, indifférent à l'absence de la maman, il présentait des insomnies avec agitation, ainsi que des

stéréotypies gestuelles au moment des repas, n'explorant le monde, que par l'oralité (il manipule toutes choses/objets, par un passage dans la bouche).

Un bilan neuropédiatrique ne montre pas de troubles chromosomiques, de signes malformatifs, de problèmes métaboliques ni de latéralisation neurologique.

Son niveau de développement mental se situe entre 02 ans et 02 ans et demi, sa motricité équivaut à celle d'un enfant de 03 ans et demi. Le diagnostic d'autisme est posé par un pédopsychiatre de l'EHS Drid Hocine, Alger, dès l'âge de 02 ans et demi.

Diaà Eddine suit des classes spéciales. Il bénéficie d'orthophonie, de psychomotricité et d'un suivi psychopédagogique. Sa mère consulte nombre de guérisseurs et elle fait appel à des médecines parallèles⁵.

Cependant, plusieurs électroencéphalogrammes mettent en évidence des décharges généralisées de pointes-ondes. Diaà Eddine répond très bien au Valproate. Cette probable épilepsie atonique s'améliore nettement avec médication, selon ses médecins traitant, neurologue et pédopsychiatre. En revanche, les tests métaboliques et les tests génétiques, ne renvoient à aucune comorbidité associée à son autisme, après exploration.

Description du cadre de la rencontre

Au cours de notre rencontre avec Diaà Eddine, il nous apparaît comme un petit garçon de bonne corpulence, en rapport avec son âge, il est habile sur le plan psychomoteur, présent tout au long de la séance, à travers son regard insistant et son air paniqué.

Sa présentation contrastait avec son langage peu élaboré et ses qualités de communication et de compréhension, non adaptés à son âge.

Je fus interpellé par le comportement bruyant de l'enfant : très instable et agité, il n'a pas cessé de pleurer tout au long de la rencontre, inconsolable par les parents, l'entretien a été laborieux. Face à un cadre non familial pour le petit Diaà Eddine, il est amené à faire appel à des défenses archaïques.

Instable et agité, il se lance dans tous les sens, aucun objet/jouet se trouvant dans le bureau et à sa portée, ne l'intéresse. Comme pour nous provoquer ou nous dissuader, il s'oppose à toutes nos propositions d'entrer en contact, son impulsivité et sa transgression à ce moment-là de la rencontre, ont été difficiles à contenir. Difficultés régulièrement vécues par ses parents, raison, qui rend son adaptation en CPPEHM⁶ pénible.

Intolérant aux frustrations et aux interdits, Diaà Eddine est très vite envahi par une angoisse, qui l'empêche de s'adapter et de cohabiter avec certaines situations de la vie quotidienne. Ceci est exprimé brutalement, sous forme d'accès de colère violente, d'agitation et de pleurs incessants. Les facteurs déclenchants sont variés : refus, séparation, changement inhabituel, sentiment d'insécurité. Une situation, qui rend encore plus complexe ses apprentissages.

En fait, chez cet enfant de 06 ans et 07 mois, nous relevons une difficulté importante de se représenter et de dénommer les objets, il n'est guère en mesure d'évoquer mentalement l'objet en sa présence et en son absence. La fonction symbolique n'est pas au RDV (langage :

⁵ De diverses représentations entourent la maladie en milieu social algérien, des concepts spécifiques et des interprétations magiques sont attribués à des maladies. Le savoir populaire semble utile, dans la prise en charge du malade. Dans ce sens, Zerdoumi (1970), a bien mentionné le fait que, dans le Maghreb, il existe deux médecines juxtaposées, l'une est scientifique, l'autre est traditionnelle.

⁶ En référence au Centre Psychopédagogique pour Enfants Handicapés Mentaux où est scolarisé Diaà Eddine.

compréhension et expression orale/compréhension et expression écrites, dessin et tracé, jeu ... un ensemble très réduit), faisant défaut, avec toute imitation ludique. D'autre part, il existe un retard dans les acquisitions telles que : couleurs, formes, lettres, chiffres.

Synthèse

Lors de notre rencontre respective d'01 heure 30 minutes et grâce aux observations et aux informations recueillis auprès du petit Diaà Eddine et de ses parents l'hypothèse diagnostique soutenue concorde avec celle d'un trouble envahissant du développement (autisme infantile selon la CIM 10⁷). En voici les critères retenus :

- Une altération des capacités de communication ;
- Une altération des interactions sociales ;
- Un aspect restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.
- Évident à partir de 30 - 36 mois, les premiers symptômes apparaissent, parfois, après un intervalle libre de 12-18 mois ; mais, le plus souvent, des signes précurseurs peuvent attirer l'attention, dès les 12 premiers mois.

En plus des critères cités plus haut, on a relevé des signes cliniques chez Diaà Eddine, corrélatifs, durant les 02 premières années comme suit :

Durant le 1^{er} semestre :

Le sourire du 3^{ème} mois n'a pas été observé.

Durant le 2^{ème} semestre :

- Peu d'émissions vocales,
- Absence d'imitation,
- Indifférence, lors de la séparation avec la personne s'occupant de lui, habituellement la maman.

Durent la deuxième année :

- Absence de pointage/indexation,
- Apparition tardive du 1^{er} mot,
- Inutilisation du pronom « je »,
- Stéréotypie gestuelle,
- Instabilité motrice,
- Insomnie avec agitation,
- Absence de la négation « non »,
- Intolérance aux frustrations,
- Contact oculaire évasif,
- Interactions vocalises, mimiques restreintes,
- Absence de jeux symboliques,

⁷ Le taux de prévalence oscille entre 0,7/10 000 et 13,9/10 000, avec une moyenne à 5/10 000 (Fombonne, 1995). Cette variation dépend, à l'évidence, des critères diagnostiques. La sex-ratio moyenne de 03 garçons pour une fille, tend à s'égaliser en cas de déficience mentale associée. Seul un quart environ des autistes a un quotient intellectuel dans la zone de la normale (QI > = 70), les deux tiers d'entre eux, se situant dans les zones de débilité modérée ou sévère (QI < 50). Si le modèle de l'autiste « intelligent » n'est pas faux, il ne représente, cependant, pas la majorité des situations cliniques.

- épilepsie atonique,

L'ensemble de ces symptômes, est associé à important isolement du petit Diaà Eddine, durant son quotidien.

Cependant, l'utilisation de le C.H.A.T, de façon spontanée, durant cet entretien, nous amène à réfléchir à l'existence d'une forme d'autisme infantile, diagnostiquée déjà dès l'âge de 2ans et demi.

C'est un autisme important, avec apparition précoce, corrélée à une évolution critique. Le pointage protodéclaratif, le jeu de faire semblant et l'attention conjointe font défaut : 03 ordres de constats comportementaux, qui renvoient aux précurseurs de la théorie de l'esprit.

Conclusion

Faire le diagnostic phénoménologique d'autisme, en l'occurrence, décrire le comportement, le langage, les capacités cognitives, l'affect, etc. sont essentiels, même si la pathologie autistique, de l'avis de tous, psychopathologues comme neuroscientifiques, apparaît aujourd'hui comme fondamentalement complexe et composite (H. Piana *et al.*).

Isoler le sillon temporal supérieur, pour en faire le lieu d'un mécanisme intermédiaire important du déterminisme de l'autisme, à travers un dysfonctionnement de type neurodéveloppemental, tel qu'évoqué précédemment ou même le lieu de l'inscription cérébrale d'éventuels désordres interactifs interdisant au sillon temporal supérieur de se structurer de manière convenable, comporte, à l'évidence, une certaine dimension pour avancer des arguments neuroscientifiques pertinents.

Cela n'est toutefois, à notre sens, pas suffisant, car on doit toujours, cliniquement, rechercher une comorbidité : l'autisme de cet enfant est-il associé à un autre syndrome ? De manière très concrète, l'épilepsie est un objectif de choix, puisqu'on sait que les 3/4 de ces patients, ont des EEG anormaux et qu'une grande majorité des crises répondent à des anticomitiaux. Ces derniers sont parmi les médicaments à visée centrale, les mieux supportés, chez les personnes intellectuellement déficientes.

Cela ne change malheureusement pas le handicap de base. Mais toujours est-il, qu'il faut être pragmatique et qu'une concertation, entre les professionnels, reste de la plus haute importance, que ce soit pour essayer de comprendre les tenants et aboutissants d'un syndrome autistique, ses comorbidités, l'action du traitement pharmacologique, mais aussi les compétences du sujet, la richesse de sa personnalité et ses potentialités adaptatives.

L'insertion de Diaà Eddine en milieu institutionnel spécialisé, lui a permis d'exprimer ses angoisses et ses pulsions, par le biais d'activités manuelles, au lieu de détruire du matériel, ceci, dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale et d'une prise en charge psychopédagogique, à long terme, datant de décembre 2014.

Les enseignements de cette illustration clinique sont d'un grand intérêt pour l'établissement et/ou la confirmation des principes universels du psychisme et de son étude au cas par cas. Elle indique bien, comment la symptomatologie et la dynamique psychique individuelle peuvent infléchir sensiblement l'évolution du petit de l'homme et son étude dans le cas de l'autisme infantile.

Bibliographie

1. Berthoz, A. *et al.*, (2005), *L'autisme : de la recherche à la pratique*. Paris. Odile Jacob.
2. Bettelheim, B. (1972), *The empty fortress : Infantile autism and the birth of the self*. New York, Free Press.
3. Centelles, L. (2009), *Comprendre une interaction sociale par le corps en action : contribution du mécanisme miroir et implication dans l'autisme*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, France.
4. Klein M. (1968), *Envie et gratitude*, in *Envie et gratitude et autres essais*. Paris, Gallimard.
5. Meltzer, D. & al. (1980), *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot.
6. Michel K et al. Psychiatrie et psychothérapie sont (enfin) parvenues au cerveau (2006), *Forum Med Suisse*. 6. 752-54.
7. Tustin, F. (1986), *Les états autistiques chez l'enfant*. London, Royaume Uni and New York, N.-Y. : Tavistock/Routledge, Revised Edition