

Extrait du livre *Terapia pedagogiczna dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi. Nowe oblicza terapii w pedagogice specjalnej* (Thérapie pédagogique des enfants à besoins développementaux et éducatifs particuliers. Nouveaux visages de la thérapie en pédagogie spécialisée)

Rédigé par Zofia Palak et Magdalena Wójcik

Edité par l'Université Marie Curie Skłodowska

Éditions UMCS, Lublin 2016

ISBN – 978-83-7784-894-4

2^{ème} contribution du chapitre III
Pages 137 à 148

Piotr Ozaist

Centre maltais d'aide aux enfants handicapés et à leurs familles à Cracovie

3i - intensivité, individualité,
interactivité – dans le traitement des enfants
avec autisme

RÉSUMÉ

Cet article présente des informations concernant la méthode des 3i, une méthode éducative développementale, diffusée et recommandée par l'association française AUTISME ESPOIR VERS L'ECOLE (A.E.V.E.). Le but de la méthode des 3i est le développement de la communication, qui permet au sujet de participer pleinement à la vie sociale et conditionne le développement cognitif humain. Le travail thérapeutique fondé sur la méthode des 3i mène au développement spontané des capacités et des compétences sociales voulues. La thérapie est basée sur trois piliers fondamentaux, desquels elle tire son nom – c'est une méthode éducative individuelle, intensive et interactive, qui permet de stimuler le cerveau de l'enfant par le jeu.

Mots clés : méthode des 3i, autisme, thérapie des personnes autistes

Introduction

La méthode des 3i est née en France en 2005. Ses fondateurs sont Catherine de La Presle et Eric de Labarthe. Inspirés de la méthode « Option » de M. et Mme Kaufman, ils partirent tous deux aux États-Unis d'Amérique où ils suivirent une formation complète. À leur retour en France, ils créèrent leur propre méthode de traitement des enfants diagnostiqués avec autisme, qui est appliquée par l'association A.E.V.E. (Autisme Espoir Vers l'École). En France, depuis 2005, environ 300 enfants autistes ont bénéficié à ce jour de la méthode des 3i. Au vu des progrès développementaux accomplis par ces enfants, la méthode a commencé à susciter de l'intérêt hors de France. Peu à peu, la méthode a élargi son champ d'action pour atteindre la Belgique et la Grande-Bretagne. En 2010, elle est importée en Pologne par Eric de Labarthe et entre durablement parmi les méthodes thérapeutiques proposées aux enfants autistes et à leurs familles au sein du Centre maltais d'aide aux enfants handicapés et à leurs familles à Cracovie, centre qui met en œuvre cette méthode en Pologne. La Fondation « ALPHA » de Lublin est le deuxième centre à introduire la thérapie par la méthode des 3i. La méthode a également trouvé des adeptes à Varsovie, où deux lieux proposent cette thérapie pour les enfants.

Les hypothèses de base du traitement de l'enfant autiste par la méthode des 3i reposent sur un programme intensif qui fait participer 30 bénévoles. Les séances sont menées individuellement par un bénévole à la fois, qui par une approche non directive, s'efforce de créer le maximum d'occasions d'établir une relation avec l'enfant à travers le jeu. Chaque séance dure 1 h 30. Les séances sont regroupées en deux plages, deux séances le matin et deux l'après-midi, pour atteindre un total de 6 heures de thérapie par jour.

1. Les hypothèses de la méthode

La méthode présuppose une approche non directive du bénévole envers l'enfant. Le premier pas consiste à imiter le comportement de l'enfant ou à refléter son affect, afin de créer des occasions d'établir une relation avec l'enfant. En termes imagés, on peut dire que le bénévole « entre » dans le monde de l'enfant pour l'inviter ensuite dans notre monde. Les comportements stéréotypés de l'enfant sont également imités ce qui, comme le montre l'expérience, est souvent l'occasion pour l'enfant d'interrompre ses stéréotypies et d'établir un contact avec la personne qui l'imité, ce qui permet d'entrer ensuite en communication, c'est-à-dire dans l'échange. Cette attitude favorise

notamment le développement d'un sentiment de sécurité chez l'enfant, qui crée les conditions appropriées pour lui permettre de « s'ouvrir » à son entourage et établir un contact avec l'autre, ce qui contribue à son développement émotionnel, social et, par suite, cognitif.

Lorsqu'après la première étape d'imitation ou de reflet de l'affect, l'intervenant ressent un bon contact avec l'enfant, il peut passer à la deuxième étape : l'introduction de variations. Au début de la thérapie, il faut garder à l'esprit que les variations ou les propositions différentes seront toujours introduites en se fondant sur les jeux ou activités initiés par l'enfant. Par exemple, si l'enfant propose de courir dans la salle de jeu, après s'être joint à ce jeu et avoir couru avec l'enfant, ce qui crée une occasion d'établir un contact et une relation, on peut essayer de changer de direction de course ou encore de venir couper la route à l'enfant puis de se retourner en lui montrant les mains pour l'inviter à applaudir. Si l'enfant « bat des ailes » par stéréotypie, l'intervenant agite ses mains de la même manière et lorsqu'il est convaincu d'avoir établi une relation avec l'enfant, il commence à proposer des variations, en heurtant de sa main la main de l'enfant. Cette étape peut constituer une ouverture vers une forme de communication, c'est-à-dire un échange et un jeu à deux. À l'étape suivante de la méthode, lorsque l'enfant a développé un sentiment de sécurité suffisamment solide et qu'il connaît suffisamment le groupe de bénévoles pour initier de plus en plus souvent des relations et accepter les variations de jeux et d'activités sus-décrites, il est possible d'introduire de nouvelles propositions non fondées sur les actions commencées par l'enfant. Dans ces situations, l'intervenant de la séance devra toujours s'appuyer sur la zone proximale de développement (ZPD) de l'enfant¹. La définition de la zone proximale de développement est effectuée lors du travail avec l'enfant. Les compétences pour lesquelles il a besoin de peu ou d'aucune aide délimitent sa zone de développement actuel. Les compétences et les domaines qui entrent dans le champ des intérêts de l'enfant mais nécessitent plus d'aide et de soutien de la part de l'intervenant forment sa zone proximale de développement (Brzezińska, 2010).

L'approche non directive du bénévole permet d'amener l'enfant à traverser les étapes de développement de la petite enfance (de 0 à 3 ans), en lien avec un autre principe, celui du « retour dans le temps ».

¹ Zone proximale de développement (ZPD) – le champ et le nombre de domaines dans lesquels le processus de transformations développementales est en cours ; elle indique le potentiel de développement de l'enfant ainsi que les domaines qui nécessitent un type de stimulation particulier ; la connaissance de la ZPD permet de sélectionner des méthodes de stimulation adéquates – selon G. Gottlieb – qui maintiennent, facilitent et/ou déclenchent le processus de développement ». (Brzezińska, 2010, p. 14)

On peut faire ici une analogie avec la « régression thérapeutique » (Olechnowicz, 2004). Un enfant qui se développe correctement, qui a créé un lien avec la personne qui s'occupe de lui et se forme des représentations internes des personnes et des objets, est ouvert aux stimulations provenant de son entourage et se développe de manière appropriée sur les plans émotionnel, social et intellectuel. Ce développement peut être observé par l'acquisition par l'enfant des compétences correspondant à son horloge biologique et sociale, ce qui se manifeste par des comportements attribuables à une certaine période de la vie de l'enfant entre sa naissance et l'âge de 3 ans (fig. 1). L'enfant autiste, « fermé » au contact avec son entourage et donc aux stimulations qui en sont issues ne se forme pas de représentations internes des personnes et des objets. De nombreuses compétences correspondant à un âge développemental donné n'apparaissent tout simplement pas, ce qui entraîne que son développement émotionnel et social ainsi que, par conséquent, son développement intellectuel sont nettement retardés. Une hypothèse de la méthode est d'amener l'enfant à traverser à nouveau les étapes de développement qu'il a manquées. En créant des conditions de sécurité, favorables à l'apparition d'une relation à l'autre, nous permettons que se forment chez l'enfant des représentations internes des personnes et des objets. Ce faisant, nous influençons le développement des sphères décrites ci-avant. Cela est visible lorsque surviennent de nouveaux comportements, de nouvelles compétences sociales, que l'enfant ne présentait pas avant la thérapie.

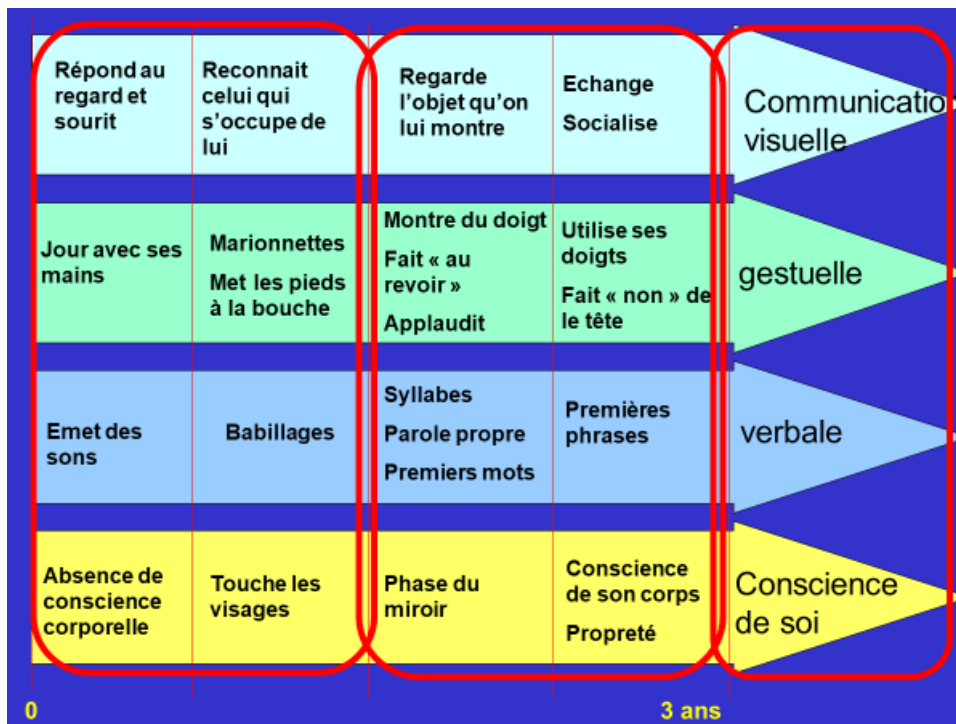


Fig. 1 Le développement de l'enfant de 0 à 3 ans d'après Eric de Labarthe, A.E.V.E., France

2. Principes généraux

Le nom de la méthode attire l'attention sur trois caractéristiques essentielles, les 3 i.

Le premier « i » désigne l'intensivité. La méthode prévoit 40 heures de séances de jeu par semaine, week-end et vacances compris. Cela signifie qu'ont lieu chaque jour 4 séances d'une heure et demie chacune. Deux séances le matin et deux l'après-midi, soit un total de 6 heures de séances par jour. Ce programme peut être modifié lorsque l'enfant devant bénéficier de la thérapie est très jeune, par exemple pour un enfant de deux ans. Dans cette situation, après avoir fait connaissance avec l'enfant et sa famille, nous adaptons le programme aux besoins et aux possibilités de développement de l'enfant ainsi qu'aux possibilités d'organisation des parents. Dans le cas d'enfants aussi jeunes, il ne faut pas négliger la relation entre l'enfant et ses parents, cruciale pour le développement du jeune enfant.

Le deuxième « i » désigne l'individualité. Les séances de jeu, en particulier dans la première phase de la méthode, se déroulent dans la salle de jeu, dans une relation un à un. Durant la séance sont présents un bénévole et un enfant. Dans une phase plus avancée de la thérapie, il est possible d'introduire un deuxième enfant dans la salle de jeu. Le rôle du bénévole est alors d'observer et de réagir si la situation l'exige. Il est bon que les séances avec un deuxième enfant soient d'abord menées par le psychologue, puis par les bénévoles qui seront prêts à en prendre l'initiative.

Le troisième « i » désigne l'interactivité. L'approche non directive des intervenants, caractérisée notamment par leur manière de s'accorder sur l'enfant, par exemple lors de l'imitation du comportement, mène à l'ouverture de l'enfant et à l'établissement d'un contact et d'une relation. Quand le bénévole a le sentiment qu'un contact a été établi avec l'enfant, il fait varier l'activité imitée auparavant, ce qui mène à une communication et à un échange, donc à un jeu « à deux ». La méthode vise à créer au cours d'une séance le plus grand nombre possible de situations qui entraînent la communication et l'échange, donc d'interactions entre l'intervenant et l'enfant, à travers le jeu, sans aucune forme d'enseignement.

Dans ce contexte, la méthode des 3i peut être définie comme une méthode thérapeutique et non une méthode éducative.

Les séances de jeu se déroulent dans une salle préparée spécialement à cet effet, la « salle de jeu ». Le « meuble » le plus important de la salle est le miroir, collé au mur. La taille du miroir doit permettre à l'intervenant et à l'enfant d'établir un contact à travers le miroir depuis différents endroits de la salle. Un autre élément indispensable est la balançoire, qui doit être suspendue en face du miroir de manière à ce que le bénévole qui se tient derrière la

balançoire où est assis l'enfant puisse avoir un contact visuel avec l'enfant à travers le miroir. La salle peut contenir différents jouets pour des jeux moteurs, un grand ballon en caoutchouc, un trampoline, un tapis en caoutchouc, une couverture, etc. Les jouets doivent se trouver dans des boîtes transparentes thématiques, rangées sur une étagère suspendue, visibles par l'enfant mais hors d'atteinte. Si l'enfant souhaite jouer avec un jouet qui se trouve sur l'étagère, ce peut être une autre occasion d'établir une relation. Cela permet l'apparition d'une situation de communication entre l'enfant et le bénévole. Les jouets doivent se trouver en double, afin que le bénévole puisse imiter l'enfant dans son jeu.

3. Priorités

L'enfant autiste, initialement « enfermé » dans son monde comme dans une coquille « s'ouvre » graduellement et commence à acquérir des compétences sociales qui lui permettent de communiquer. La communication passe par un contact visuel de plus en plus fréquent et de plus en plus long mais aussi plus « présent ». Les compétences de communication incluent également des comportements tels que les gestes, notamment le pointer. La communication est enfin l'expression de ses besoins et de ses sentiments. Grâce à la relation avec autrui, dont l'apparition est rendue possible à maintes occasions durant les séances, l'enfant autiste a la possibilité de se former une représentation interne des personnes. Les jeux qui mènent à des échanges aident l'enfant à se distinguer de son environnement et, ce faisant, à définir ses limites et à développer sa structure du « MOI », donc sa conscience de soi et son image de soi. La communication, l'image de soi et la conscience de soi sont les éléments dont la méthode favorise directement le développement. Ils sont la base du développement des autres compétences telles que l'imitation, l'interaction, l'imagination, l'autonomie, l'adaptabilité à la nouveauté, la communication verbale et la compréhension de consignes ainsi que l'orientation dans le temps et l'espace, que l'enfant acquiert pour ainsi dire au passage (fig. 2).

La figure 2 présente une construction schématique dont les fondations sont formées par les facteurs de développement (communication, image de soi et conscience de soi), directement stimulés lors des séances thérapeutiques menées selon les principes de la méthode des 3i. Les murs de la construction se dressent pour ainsi dire au passage, en s'appuyant sur les fondations solides.

Le toit de la structure correspond à l'atteinte par l'enfant d'une maturité suffisante pour rejoindre ses pairs et entrer dans les apprentissages. Néanmoins, l'enfant doit d'abord acquérir les compétences de base de la construction puis ses murs.

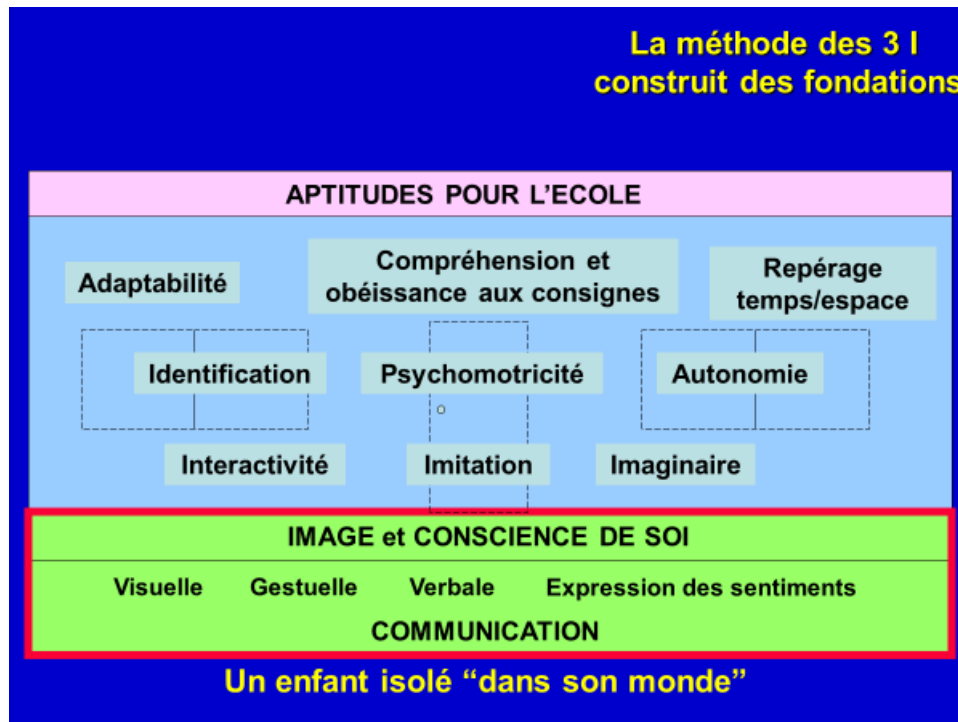


Fig. 2. Le développement de l'enfant par la méthode des 3i d'après Eric de Labarthe, A.E.V.E., France

4. Les trois phases de la méthode

La méthode distingue trois phases qui correspondent aux étapes de développement de l'enfant.

La première phase correspond à l'âge développemental qui va de la naissance jusqu'au 18^e mois. Elle est appelée « phase de découverte de soi et de l'autre ». Dans cette phase, nous avons affaire à un enfant enfermé dans son monde et en retrait des relations sociales. L'enfant ne communique pas avec son entourage. Il comprend difficilement les paroles de ceux qui s'occupent de lui. Il exprime ses émotions sous la forme de stéréotypies motrices ou de cris. Ses jeux ont un caractère schématique et sont répétitifs. On n'y observe pas d'imitation d'autres personnes. L'enfant n'est pas conscient de lui ni de son corps. Lors de cette phase, la priorité est de créer un maximum d'occasions d'établir un contact visuel, obtenu en jouant avec l'enfant en face à face ou à travers le miroir. Lors du jeu avec l'enfant, le contact est le plus souvent obtenu lorsque nous nous joignons à son jeu en imitant son

comportement ou en reflétant les émotions de l'enfant. Les jeux que nous utilisons le plus souvent à cette étape de la méthode sont des jeux de type sensori-moteur. La méthode prévoit qu'en phase initiale, le plus grand nombre de séances se déroulent dans la salle de jeu, et qu'il convient de limiter au minimum les sorties à l'extérieur, sans oublier de créer dans le foyer familial des conditions qui renforcent le sentiment de sécurité de l'enfant.

La deuxième phase correspond à l'âge développemental de 18 à 36 mois. Elle est appelée « phase de découverte du monde extérieur ». Dans cette phase, l'enfant commence à être de plus en plus « ouvert » à son entourage. On observe cela principalement dans certains comportements, notamment le contact visuel, plus fréquent, plus prolongé et plus « présent ». L'enfant commence à réagir à des consignes simples et le développement du langage verbal apparaît. La communication des besoins est souvent exprimée par le geste de pointer. Les jeux ont de plus en plus souvent un caractère thématique et symbolique. On peut y observer des tentatives d'imitation du bénévole par l'enfant. De plus en plus d'éléments éducatifs et cognitifs apparaissent, proposés soit par l'enfant, soit par le bénévole et peuvent être introduits dans les séances en suivant les hypothèses de la zone proximale de développement (ZPD). Enfin, dans cette phase peut survenir quelque chose qu'on définirait comme l'ouverture de l'enfant à la nouveauté. Le besoin de nouveauté, lié à l'essor du sentiment de sécurité, peut s'exprimer par un « rejet » de la salle de jeu. En conséquence, le planning des séances de jeu peut être modifié. Dès cette étape de la méthode, on peut y inclure des sorties dites « récréatives et thématiques ». Il s'agira de promenades ou de sorties dans des magasins. Elles doivent toujours être convenues d'avance entre les parents et les bénévoles (le mieux est que le psychologue soit le premier à introduire ces sorties), l'enfant doit être prévenu de la manière qui lui convient le mieux (par exemple par des images sur son emploi du temps). À cette étape, l'enfant peut commencer à manifester de l'intérêt pour d'autres enfants. À cet égard, la méthode autorise à cette étape l'introduction d'un deuxième enfant dans la salle de jeu. L'intervenant qui conduit la séance se met alors en retrait, en observateur, et ne se joint au jeu que lorsque la situation l'exige.

La troisième phase correspond à l'âge développemental au-delà de 3 ans. Elle est appelée « phase des apprentissages et de l'entrée à l'école ». À cette étape, l'enfant communique par le langage verbal. Il comprend beaucoup et réagit souvent aux consignes de manière appropriée. Il pose des questions. Il s'intéresse fortement aux jeux cognitifs. Il maintient son attention longuement sur l'activité qu'il commence. Il présente des comportements qui témoignent qu'il est prêt à intégrer

l'école. Il se comporte d'une manière socialement acceptable dans différentes situations. Dans cette phase de la méthode et à ce niveau de développement de l'enfant, le nombre de séances diminue, remplacé graduellement par des activités scolaires. Le plus favorable est de commencer par une ou deux heures d'école par semaine puis d'augmenter progressivement, jusqu'à une présence à temps complet.

5. Principes organisationnels

Le psychologue a pour mission non seulement de mener une séance thérapeutique par semaine auprès de chaque enfant qu'il suit et le travail thérapeutique avec la famille, mais aussi d'organiser des réunions pour le groupe de bénévoles. La participation aux réunions est indissociable de l'action du bénévole. Les bénévoles forment le groupe thérapeutique de l'enfant auprès duquel ils interviennent. Les réunions se tiennent une fois par mois et durent 2 heures. Elles ont à la fois une visée de formation et de supervision. Elles se déroulent selon un schéma récurrent, qui peut être modifié selon les besoins des participants. Outre le psychologue en charge, peuvent prendre part aux réunions le coordinateur de la méthode, les bénévoles qui travaillent avec l'enfant et les parents de l'enfant concerné. Ce sont les parents qui ouvrent la réunion, en racontant ce qui a changé dans le développement de leur enfant au cours du mois passé. Cet exposé se rapporte aux évolutions dans la vie quotidienne familiale. Les parents peuvent évoquer non seulement les points positifs mais aussi les difficultés liées au développement de l'enfant. Le développement de la conscience de soi et l'amélioration de l'image de soi en lien avec le développement des compétences de communication influent souvent sur le développement de l'autonomie et une plus grande conscience des besoins, que l'enfant va donc aspirer plus fortement à satisfaire. En écoutant l'intervention des parents, les bénévoles reçoivent un retour sur l'impact de la thérapie sur le développement de l'enfant, ce qui les motive considérablement à poursuivre leur investissement dans la thérapie.

Le point suivant de la réunion est une discussion entre le psychologue et les bénévoles, au cours de laquelle sont évoqués les changements apparus au cours des séances de jeu : des nouveautés sont-elles apparues dans le comportement de l'enfant ou des difficultés ont-elles été rencontrées ? Les changements évoqués portent sur les jeux initiés par l'enfant, les comportements stéréotypés qui se présentent au cours des séances et les manières de réagir à ceux-ci, selon les

principes de la méthode. Quand et dans quelles situations les bénévoles ont-ils le sentiment d'un bon contact avec l'enfant et quelles formes de variations permettent de créer des échanges et des jeux « à deux ». Dans cette partie de la réunion sont évoquées les difficultés qui se sont présentées lors des séances. Les bénévoles ont un espace pour échanger leurs expériences et leurs moyens de gérer les difficultés. L'échange d'informations porte également sur les jeux et les manières de créer des situations qui donnent l'occasion d'établir et de maintenir un contact, une relation et une communication avec l'enfant. Ce moment d'échange d'expériences et d'informations enrichit le répertoire d'interventions thérapeutiques des bénévoles qui écoutent. Ils obtiennent des ressources qui leur permettent de réagir d'une manière nouvelle, souvent plus efficace, durant les séances. C'est un facteur important, du point de vue de la thérapie de l'enfant, que de créer un front thérapeutique commun et uniforme entre les personnes qui mènent les séances thérapeutiques.

Le dernier point de la réunion pour les bénévoles est le visionnage des vidéos des séances de jeu de l'enfant avec un bénévole. Des fragments sont analysés du point de vue de la réussite des interactions entre l'intervenant et l'enfant, en portant une attention particulière aux éléments relatifs à l'approche et à la communication du bénévole, qui ont créé une occasion pour l'enfant de s'ouvrir et d'établir un contact et une relation, en conséquence de quoi les variations introduites ont entraîné un échange et un jeu « à deux ». Cette analyse du matériel vidéo renforce chez les bénévoles des modèles de communication positifs grâce auxquels l'enfant peut se forger lors des séances une représentation interne des personnes et des objets en jouant avec les intervenants de la méthode des 3i.

Durant la réunion, les priorités du mois à venir sont fixées. Elles sont établies sur la base des comportements de l'enfant durant les séances, dans sa vie quotidienne en famille, ainsi que de l'observation psychologique du comportement de l'enfant menée lors de la séance de jeu avec le psychologue. Pour définir ces priorités, le point de départ est la zone proximale de développement de l'enfant concernant ses compétences sur les plans social, communicationnel et émotionnel, en particulier dans la première phase de la méthode.

À intervalle de quelques mois, lors des réunions, les bénévoles, le psychologue et les parents remplissent un test d'évaluation qui montre l'évolution développementale de l'enfant dans les différentes sphères.

Chaque bénévole a un créneau horaire fixe dans la semaine pour sa séance. À la fin de la séance, l'intervenant décrit son déroulement sous la forme d'une note brève dans un journal de bord prévu à cet effet, en tenant compte des comportements et des jeux les plus importants qui ont eu lieu.

En cas de nécessité, le bénévole peut bénéficier d'une supervision individuelle avec le psychologue ou le coordinateur, qui consistera notamment à analyser les vidéos des séances auxquelles il a participé.

Conclusions

Eu égard à l'attitude des personnes qui travaillent avec l'enfant, la méthode des 3i peut être qualifiée de méthode humaniste. Durant la séance de jeu, c'est l'enfant qui nous montre la voie, l'enfant est notre guide. Le fait d'« envelopper » l'enfant d'attention permet d'établir un contact et une relation après s'être joint à l'activité proposée par l'enfant. Nous nous associons à tous les jeux, tous les mouvements et toutes les actions de l'enfant. Nous imitons puis nous varions afin de transformer le jeu en parallèle en jeu « à deux ». Comme le montre l'expérience décennale des Français et maintenant celle des Polonais, la méthode fonctionne en touchant au cœur-même de l'autisme. Elle vise à renforcer le sentiment de sécurité de l'enfant et, en « entrant » dans son monde, à « l'inviter » dans le nôtre. On peut se risquer à affirmer que cette méthode est devenue une proposition thérapeutique au même titre que les autres méthodes déjà bien connues dans le milieu des thérapeutes impliqués auprès des enfants autistes et de leurs familles. Reste cependant à rappeler qu'il s'agit d'une méthode développementale et que malgré les évolutions positives qu'elle entraîne dans le développement de l'enfant avec autisme, elle nécessite davantage d'études scientifiques et de réponses aux questions qui restent à ce jour au stade d'hypothèses.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brzezińska A. (2010), *Spoleczna psychologia rozwoju*, Varsovie, Wydawnictwo Scholar.
2. De La Presle C. (2010), *Lettres à un petit prince sorti de sa bulle. Une clé pour l'autisme ?* Paris, L'Harmattan.
3. De Labarthe E., De La Presle C. (2013), *3i — les trois phases, supports pédagogiques* A.E.V.E.
4. Gardziel A. (2005), *Obejmowanie, przestrzeń przechodnia, przeniesienie, miłość*, XXII Zjazd Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Cracovie.
5. Józefik B., Iniewicz G. (2008), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, Cracovie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
6. McWilliams N. (2009), *Diagnoza psychoanalityczna*, Gdansk, GWP.
7. McWilliams N. (2011), *Psychoterapia psychoanalityczna*, (traduction A. Sawicka-Chrapko-wicz), Gdansk, Wydawnictwo Harmonia.
8. Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, Varsovie, WSiP.
9. Olechnowicz H., Krawczyk F. (2011), *Terapia trzyletniego chłopca autystycznego przez zestrzeganie działań w dadzie dziecko — dorosły*, [in:] M. Świścicka (réd.), *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny*, Varsovie, Paradygmat.

10. Ozaist P. (en cours d'impression), *Metoda 3I — nowy klucz do autystycznej muszkielki*.
 11. Pisula E. (2005), *Małe dziecko z autyzmem*, Gdansk, GWP.
 12. Schaffer R. (2011), *Psychologia dziecka*, Varsovie, PWN.
 13. Skynner R., Cleese J. (2009), *Życie w rodzinie i przetrwać*, Varsovie, Wydawnictwo Czarna Owca.
 14. Senator D. (2012), *Więź zdeorganizowana jako czynnik ryzyka patologii w dzieciństwie i dorosłości, [in:] Bliskość w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, Varsovie, Wydawnictwo Scholar.
-