

LES ÉTATS-LIMITES : DU BÉBÉ À L'ADO |

BERNARD GOLSE

Le concept d'état-limite soulève un certain nombre de questions sur différents plans, nosologique, psychopathologique et thérapeutique notamment. Dans le cadre de ce travail, nous voudrions aborder d'une part ce concept au regard de la problématique bébés/ados (et donc de la dynamique de l'après-coup), et d'autre part dans la perspective des structures institutionnelles dites intermédiaires qui s'avèrent importantes pour ces patients qui ne se trouvent bien à leur place nulle part. Après avoir montré que le concept d'état-limite est en lui-même un concept-limite, nous soulignerons l'importance d'une lecture à double sens de la théorie de l'après-coup, avant de rappeler certains repères importants de la problématique bébés/ados. Après quoi, nous prendrons brièvement l'exemple des Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) pour aborder quelques éléments d'une réflexion institutionnelle sur les structures intermédiaires.

LES ÉTATS-LIMITES : UN CONCEPT-LIMITE ?

Dysharmonies évolutives, pathologies limites et états-limites : nosologie et classification

Du point de vue de l'histoire des idées, il y a tout un *continuum* qui va des « lignes de développement » d'A. Freud (1965) et de son concept « d'hétérochronies de développement », jusqu'aux pathologies limites de l'enfance décrites par R. Misès (1990), en passant par la description des différentes formes de « dysharmonies évolutives » également décrites par R. Misès (1990). Cette vision des choses se trouve reprise dans le cadre de

Adolescence, 2021, 39, 2, 327-338.

la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), dont la première édition date de 1987, révisée en 2000 puis 2020 – révisions auxquelles nous avons nous-même contribué en ce qui concerne les troubles du bébé (Botbol, Bursztejn, Golse *et al.*, 2020).

Les classifications internationales actuelles (DSM-IV et CIM-10) étant purement descriptives et prétendument athéoriques, elles ne font bien entendu aucune place à cette vision nosologique. La notion de pathologies limites ne figure pas non plus au sein du DSM-5. *On peut donc soutenir l'idée que les pathologies ou états-limites de l'enfance marquent une limite entre une approche psychodynamique et une approche développementale de la psychopathologie infanto-juvénile.* En ce qui concerne le bébé et l'enfant, il faudrait entrer dans le détail de la classification dite « *Zero to Three* »¹ (désormais « *Zero to five* ») et dans l'analyse de certaines études canadiennes (Dubé, Terradas *et al.*, 2015) pour approfondir l'hypothèse de possibles précurseurs pré-pubertaires des pathologies limites ultérieures. Concernant les questions nosologiques et classificatoires, nous renvoyons le lecteur à un travail précédemment paru dans les pages de cette revue (Golse, 2015).

Enfin, chez l'enfant et chez l'adolescent, la notion de pathologies-limites peut sans doute se défendre, mais celle d'états-limites, de par sa dimension quelque peu statique, s'avère probablement moins consistante. *Il y a ainsi une limite, en pédopsychiatrie, entre pathologies-limites et états-limites, limite qui renvoie à la nécessaire prise en compte de la dynamique même de l'ontogénèse de la personne.*

Les données épidémiologiques et le débat sur la fréquence des troubles du spectre autistique

Après avoir imposé un changement de terminologie dans les années 1990 (l'autisme sortant alors du champ de la maladie mentale pour être intégré à celui du handicap), l'autisme est devenu un trouble dit neuro-développemental – voire neurologique – de nature purement endogène, et il a été rangé dans la rubrique des « Troubles Envahissants du

1. Classification diagnostique 0-3 ans, *Zero-To-Three*, NCCIP, Washington, 1994.

développement » (TED) dans le DSM-IV puis dans celle des « Troubles du spectre autistique » (TSA) dans le DSM-5, rubriques dont l'aspect hétérogène correspond à une véritable régression de la pensée nosologique. Les TSA regroupent en effet désormais, en vrac, les TED typiques ou pathologies autistiques au sens strict, les TED atypiques, et les TED dits non spécifiés, rubrique imprécise et foncièrement non scientifique. De ce fait, la fréquence de l'autisme qui était classiquement d'un cas pour 5000 à 10.000 naissances, se voit aujourd'hui diluée dans celle des TSA estimés à 1 cas sur 50 ou sur 100 dans la population générale.

Pour dire les choses encore plus précisément, l'autisme de Kanner correspond dans le DSM-IV aux TED dits typiques, mais il se voit rejoint par les TED atypiques (dont le syndrome d'Asperger à la légitimité encore discutée et discutable, et le syndrome de Rett qui est une encéphalopathie génétique sans rapport aucun avec l'autisme), et par les TED dits non spécifiés qui recouvrent en fait un immense champ hétérogène de la psychopathologie non névrotique et non psychotique (dans lequel prennent place les dysharmonies évolutives et les pathologies limites de l'enfance). Les deux seuls critères nécessaires dans le DSM-5 pour parler de TSA sont désormais les troubles de la communication et les intérêts restreints ou stéréotypés, ce qui concerne potentiellement un grand nombre d'enfants, fort différents les uns des autres.

Dans ces conditions, alors que depuis sa description en 1943 par L. Kanner, les cliniciens ont effectué un énorme travail pour distinguer différentes formes d'organisations autistiques en fonction du type d'angoisses archaïques mises en jeu, ou en fonction du type de mécanismes de défense mises en œuvre à leur rencontre, le concept de TSA brouille à nouveau les cartes. Il faudrait véritablement se demander à qui cette évolution (ou plutôt régression) nosologique profite ? *En tout état de cause, ranger les pathologies et les états-limites dans le cadre des TSA correspond au degré zéro de la nosologie.*

POUR UNE LECTURE À DOUBLE SENS DE L'APRÈS-COUP BÉBÉ/ADO

Les adolescents ne sont pas seulement de vieux bébés, et les bébés ne sont pas seulement de futurs adolescents, cela va de soi. En revanche,

le bébé qu'on a été ou qu'on pense avoir été, rend compte, en partie, de l'adolescent que l'on devient, et l'adolescent que l'on est devenu, peut en permanence revisiter, transformer et réécrire ses souvenirs de bébé. Dans un écrit sur l'après-coup, J. Laplanche (1992) relate une anecdote que, selon lui, Freud appréciait beaucoup. Il s'agit de l'histoire d'un homme qui se promène dans un parc, à Vienne, à la fin du XIX^e siècle, un homme dont il est dit qu'il aime les femmes, mais sans que son âge soit précisé, ce qui laisse un possible considérable ! Quoi qu'il en soit, au détour d'une allée, il s'arrête devant le spectacle d'une jeune femme qui allaite son bébé, littéralement happé par l'image, figé, paralysé, on pourrait dire aujourd'hui *scotché*, mais on pourrait dire aussi, plus psychanalytiquement, *médusé*. Et en même temps que cet arrêt sur image, surgit en lui une pensée extrêmement nostalgique : « Si j'avais su, quand j'étais bébé, que les seins des femmes étaient si jolis, alors, certainement, j'aurais tété (j'aurais été ?) autrement... ».

Cette histoire apparaît comme exemplaire, car elle nous fait bien sentir que le bébé que cet homme a été, conditionne plus ou moins l'homme érotique qu'il est devenu, mais en même temps que l'homme amateur de femmes qu'il est aujourd'hui, lui permet de réécrire, de rétro-dire le bébé qu'il pense, qu'il aimerait, ou qu'il craint d'avoir été. Or, nous semble-t-il, c'est précisément le bébé qu'on a été, ou le bébé qu'on pense (espère ou craint) avoir été, qui impacte, infiltre et imprègne les relations avec le bébé de chair et d'os qu'on a, ou qu'on aura un jour. Une autre conséquence de cette vision dialectique de la théorie de l'après-coup, est que la difficulté de notre renoncement au pouvoir sur l'enfant, se trouve intrinsèquement liée à notre capacité, ou à notre incapacité, de tranquilliser la peur du bébé que l'on craint d'avoir été.

Il existe certaines convergences de fonctionnement psychique entre bébés et adolescents. De ce fait, la mise en perspective des modalités de fonctionnement psychique des bébés et des adolescents s'avère riche d'enseignements, et notamment à la lumière des acquis les plus récents de la psychiatrie du nourrisson. Cependant, il ne s'agit en rien de considérer les adolescents seulement comme de grands bébés. En effet, si l'adolescence est une période naturelle de réactivation et de reviviscence

de mécanismes psychiques et de types de relations d'objet précoces, il n'en demeure pas moins qu'il nous faut sans conteste tenir compte des effets d'après-coup qui font de ces reprises fonctionnelles bien autre chose que de simples répétitions ou de simples rééditions (pour évoquer ici, indirectement, le registre transférentiel). De ce fait, notre propos est seulement de lire les spécificités du fonctionnement psychique à l'adolescence à travers ce que nous avons appris des bébés, pas tant à titre de comparaison formelle mais pour éclairer d'un jour nouveau, pour appréhender sous un nouvel angle, certaines particularités cliniques (et techniques) propres aux pratiques à ces deux périodes de la vie. Pour ce qui nous concerne ici, l'hypothèse que nous proposons est que *les états-limites de l'adolescence pourraient correspondre à une reprise après-coup de certaines dysharmonies développementales initiales*.

Analogies classiques

Certaines analogies de fonctionnement psychique entre les bébés et les adolescents, sont en effet bien connues et soulignées de longue date. Nous ne ferons ici que les citer : l'intensité pulsionnelle intense chez le bébé et qui se réactive à l'adolescence ; la prévalence du narcissisme sur l'objectalité (chacun de ces deux courants pouvant servir de défense envers l'autre) ; l'agressivité à visée de vérification de la survie de l'objet (Winnicott, 1969) ; l'intensité des clivages et des projections ; la place de la bisexualité psychique et enfin, l'importance du corps.

Les apports de la psychiatrie du bébé à la compréhension de l'adolescent

Les développements récents de la psychiatrie du bébé ont considérablement renouvelé notre vision des processus de la croissance et de la maturation psychiques du très jeune enfant, mais nombre des données ainsi recueillies peuvent également enrichir notre compréhension de la dynamique de l'adolescence. Nous ne citerons, ici, que quelques exemples :

- *Les identifications adhésives du bébé* (Bick, 1968) peuvent éclairer de manière très fructueuse notre compréhension de certains phénomènes observés chez les adolescents comme celui de l'importance des groupes. Au-delà de tout ce qui a déjà pu être dit à propos de la

constitution des groupes d'adolescents (idéalisation du chef, identifications au *leader*, projection des enjeux narcissiques...), les notions d'enveloppe groupale et d'adhésivité (physiologique ou pathologique) s'avèrent en effet très utiles pour rendre compte du rôle des groupes dans la contribution au sentiment d'exister (Golse, 2020) chez les adolescents.

- *Le devenir des schémas d'attachement*. On sait aussi tout ce qui a pu être dit de la stabilité des schémas d'attachement au cours de la vie (Carlson, 1988 ; Waters et coll., 2000 ; Ammaniti, 2000 ; K. E. et K. Grossmann, 1998), mais il apparaît aujourd'hui que si le modèle d'attachement *secure* reconnaît une certaine stabilité, il n'en va pas forcément de même pour les autres schémas d'attachement (*insecure*, évitant et désorganisé). L'adolescence pourrait ainsi être un moment privilégié de remise en chantier de ces différents schémas d'attachement et des « modèles internes opérants » qui les sous-tendent (*Working internal models* de I. Bretherton, 1990). Ceux-ci valent en fait comme des représentations-buts, en partie inconscientes, mixtes de cognitif et d'affectif qui s'ancrent dans des représentations mentales des liens avec les autres, construites au cours de l'enfance. À partir des réponses de ses figures d'attachement, l'enfant se constitue une représentation moyenne de son proche et la transforme en schéma d'attachement. L'adolescent ré-expérimente ce processus avec les adultes qu'il rencontre, ses parents d'abord, mais aussi tous ceux qu'il côtoie, et surtout l'autre dont il est amoureux. Pourtant, si l'adolescence est un moment d'ouverture aux autres, on constate que chaque adolescent souhaite toujours, inconsciemment, retrouver les figures d'attachement de son enfance, même si elles l'ont fait souffrir. Les remaniements plus ou moins brutaux des « modèles internes opérants » auraient ainsi, selon les cas, une signification pathologique ou au contraire défensive, voire structurante, et toute attitude prédictive se doit donc d'être fort prudente, même si la prise en compte de la théorie de l'attachement apporte beaucoup à notre approche de la théorie et de la technique des psychothérapies avec les adolescents.

- *L'accordage affectif*. On observe par ailleurs chez les adolescents une reviviscence de la communication analogique qui redevient ainsi souvent prépondérante comme chez l'*infans* (l'enfant en-deçà de la

parole). Ce sont tous les mécanismes de l'accordage affectif (Stern, 1985) qui se retrouvent à nouveau au premier plan du fonctionnement interrelationnel des adolescents. La communication non verbale est bien reprise par K. Nassikas (2004) qui distingue la narrativité sensorielle (dans le registre de l'être, s'organisant selon une « syntaxe du sentir », renvoyant à une logique des enveloppes et se jouant en atmosphère monadique) et la narrativité comportementale (dans une logique binaire des liens primitifs, ancrée dans l'accès à l'intersubjectivité et se jouant en atmosphère surtout dyadique). La narrativité préverbale englobe ces deux types de narrativité et donne toute son importance au corps, à l'image motrice et aux figurations comportementales. Conçue davantage comme un accompagnement parallèle de la narrativité verbale que comme un précurseur au sens strict, la narrativité préverbale nous mène du « Qu'est-ce que tu nous racontes ? » demandé au bébé, au « Qu'est-ce que tu nous montres, au lieu de nous le dire ? », demandé à l'adolescent. Ceci montre à quel point le style (interactif ?) de nos premières rencontres avec un adolescent s'avère décisif pour la suite du processus thérapeutique.

- *Le corps, un signifiant énigmatique.* Ceux qui s'intéressent à la théorie de la « séduction généralisée », proposée en France par J. Laplanche (1986, 1987), savent bien que le corps de l'adolescent peut revêtir parfois la fonction de « signifiant énigmatique ». Pour le bébé, la construction de la pulsion se joue à deux, de manière interrelationnelle. C'est l'implantation dans la psyché de l'enfant des « messages énigmatiques inconscients », émis par la mère à son propre insu, qui vont organiser ce que J. Laplanche désigne sous le terme « d'objets-source » de la pulsion, en tant que messages d'abord indécodables, et en attente de traduction ultérieure (l'énigme étant liée à l'impuissance traductive, et la séduction à la fascination qui s'attache toujours, peu ou prou, à cette situation d'impuissance, et donc de passivité traductrice). Les soins de la mère à l'enfant sont donc réels, au sens événementiel du terme, mais ils véhiculent toujours des messages à teneur fantasmatique sexuelle qui vont venir greffer, de l'extérieur, dans le psychisme de l'enfant, les germes de son organisation pulsionnelle ultérieure, lesquels, quoique internes, ne sont ensuite activés que du dehors par la rencontre avec un nouvel événement interactif plus tardif et désormais susceptible d'être traduit et métabolisé. Pour l'adolescent, ce ne sont plus les

soins maternels, mais ses propres transformations psychiques et corporelles qui viennent le troubler et réactiver cette situation de séduction originale dont on sait la force d'attraction, fondée à la fois sur des affects de fascination et d'effroi. On pourrait ainsi parler d'une intériorisation de l'énigme originale à l'adolescence.

LES ITEP ET LES STRUCTURES DITES INTERMÉDIAIRES

C'est R. Misès qui, il y a longtemps déjà, nous a fait connaître ce type d'établissements auprès desquels il était très impliqué. Il en parlait comme de structures intermédiaires, absolument nécessaires aux côtés des Instituts Médico-Éducatifs (IME) et des hôpitaux de jour, c'est-à-dire comme des structures pensées pour des patients qui ne s'intègrent pas dans ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui la pathologie déficitaire ou les troubles dits neuro-développementaux. Autrement dit encore, il voyait ces établissements comme des institutions dédiées à l'accueil et à la prise en charge d'enfants et/ou de (pré)adolescents ni primairement déficitaires, ni psychotiques (comme on disait alors !), mais de sujets marqués par des trajets existentiels précoces souvent très douloureux (liés à de graves discontinuités de la contenance primordiale), ainsi que par de profondes failles narcissiques qui pouvaient à elles seules rendre compte de leurs échecs relationnels répétés (avec des troubles du comportement externalisés) et de leurs difficultés cognitives presque inévitables dans ce type de contexte. Dans son optique, la dimension thérapeutique était donc essentielle, première, mais la prise en charge se devait absolument d'être pluridimensionnelle, thérapeutique, éducative et pédagogique, en référence à un modèle fondamentalement poly-factoriel des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. On voit bien que la réflexion d'un auteur comme R. Misès renvoyait, inlassablement, à la psychanalyse, à la psychopathologie et à la pédagogie. Son héritage est aujourd'hui, hélas assez gravement menacé... même si, nous l'avons dit, nous pouvons saluer la parution récente de la nouvelle révision de la CFTMEA pour laquelle il a tant œuvré.

Les préadolescents et les adolescents qui présentent des pathologies (ou des états ?) limites n'ont évidemment leur place ni dans des

établissements dédiés à la déficience mentale ni dans des structures du type hôpital de jour. Se pose alors la question des structures dites intermédiaires, susceptibles de prendre en charge des troubles du comportement sous-tendus par des mixes complexes de dysfonctionnements cognitifs et de troubles affectifs.

Dire que ces patients sont « incasables » évacue purement et simplement la question de savoir si notre système de soins pédopsychiatriques s'est donné ou non les moyens de les accueillir. Il s'agit d'une problématique de santé publique, dont la solution ne peut être trouvée qu'en référence à une conception psychopathologique des difficultés de ces patients. La solution n'est donc pas que financière à nos yeux. Il est avant tout question de patients dont le cadre psychique interne est défaillant ou encore incomplètement instauré. Dans ces conditions, leurs mécanismes psychiques risquent de se projeter de manière délétère sur l'institution, qui doit se protéger d'une sorte de contamination par ces différents mécanismes. La difficulté tient à ce que R. Roussillon (2002) a étudié sous le terme de « force de pénétration agie » de la problématique prise en charge sur la clinique, la technique et la modélisation théorique.

En son temps, la loi d'Eliott Jaques (1972) avait déjà attiré l'attention sur le fait que toute institution court toujours le risque de finir par s'organiser et par fonctionner à l'image de l'objet de sa tâche primaire (éduquer, soigner, produire ou gouverner). À ce titre, on sait bien que la dépression déprime, que l'autisme autistise et que la maltraitance rend maltraitant... pour s'en tenir à ces quelques exemples hélas bien connus. Il faut donc tenir compte de l'impact des patients-limites sur le fonctionnement même des institutions qui les accueillent, et notamment leurs mécanismes de clivage et de projection, car c'est l'action de ces mécanismes les plus archaïques qui comporte toujours, peu ou prou, une force d'attaque contre les liens (Bion, 1970). Espérer pouvoir rendre soignantes des institutions pour de tels patients, suppose une dimension de psychothérapie institutionnelle qui se trouve actuellement, on ne le sait que trop, en perte de reconnaissance. Ceci est plus que dommageable. Pour autant, ce n'est pas en noyant les pathologies limites dans la rubrique des TSA non spécifiés qu'on aura la moindre chance de protéger les institutions de la force de « happage » qui émane de ces patients.

Il importe que le cadre institutionnel puisse aider les adolescents limites à instaurer un cadre interne en amont duquel leurs troubles du comportement et leurs passages à l'acte peinent à être pensés en termes d'attaque du cadre. Nous manquons cruellement d'institutions adéquates, mais même si nous en avons suffisamment, il resterait encore à déployer une analyse des pratiques permettant aux équipes de penser efficacement leur clinique afin d'éviter tout phénomène de « contagion » par les pathologies prises en charge.

Dire d'un préadolescent ou d'un adolescent qu'il est « incasable » risque de le stigmatiser en laissant entendre que son « incasabilité » est en quelque sorte endogène. Tel n'est pourtant pas le cas. Seules une compréhension des troubles-limites à la lumière de la théorie de l'après-coup (comme réactivation, reprise et transformation des dysharmonies initiales), ainsi qu'une analyse psychopathologique fine des troubles du comportement des patients concernés, peuvent nous amener à imaginer des institutions au pouvoir soignant authentique. Ceci devrait nous amener à réhabiliter la notion de diagnostic structural et à ne pas sacrifier l'analyse des pratiques sur l'autel d'une idéologie antipsychanalytique ou sous le fallacieux prétexte des difficultés économiques actuelles.

BIBLIOGRAPHIE

- AMMANITI M., VAN IJZENDOORN M. H., SPERANZA A. M., TAMBELLII R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence : An exploration of stability and change. *Attachment and Human Development*, 2 : 328-346.
- BICK E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Int. J. Psychoanal.*, 49 : 484-486.
- BION W. R. (1970). *L'attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*. Paris : Payot, 1974.
- BOTBOL M., BURSZEJN CL., GOLSE B., PORTELLI CH. ÉDS., MISÈS R.† (2020). *Classification Française de Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (R- 2020). Classification psychopathologique et développementale. Correspondances et transcode – CIM 10*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- BRETHERTON I. (1990). Communication patterns, internal working models and the Intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11 : 237-252.

- CARLSON E. A. (1988). A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development*, 69 : 1107-1128.
- DANON G. ROSENBLUM O., HEROUX C., TARNOPOLSKY D., LE NESTOUR A. (2001). Maternal Borderline Personality Disorder, Motherhood, and Mother-Infant interaction. *Archives of Women's Mental Health*, 3/4 : 4-5.
- DUBÉ G., TERRADAS M. M., ARSENAULT S. (2015). L'enfant borderline en devenir. Validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants. *Journal of Clinical Psychology*, 70 : 452-465.
- FREUD A. (1968). *Le normal et le pathologique chez l'enfant. Estimations du développement*. Paris : Gallimard.
- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1962.
- GOLSE B. (2006). *L'Être-bébé. Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie*. Paris : PUF.
- GOLSE B. (2015). Les états-limites chez l'enfant et l'adolescent. *Adolescence*, 33 : 771-778.
- GOLSE B. (2020). *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Toulouse : Érès.
- GROSSMANN K. E., GROSSMANN K. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, 3 : 44-68.
- JAQUES E. (1972). *Intervention et changement dans l'entreprise*. Paris : Dunod.
- KANNER L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child.*, 43 : 217-250 ; tr. in : Berquez G. (1983). *L'autisme infantile. Introduction à une clinique relationnelle selon Kanner*. Paris : PUF, 217-264.
- LAPLANCHE J. (1986). De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée. *Études freudiennes*, 27 : 7-25.
- LAPLANCHE J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse. La séduction originaire*. Paris : PUF.
- LAPLANCHE J. (1992). Notes sur l'après-coup. In : *Entre séduction et inspiration : l'homme*. Paris : PUF, pp. 57-66.
- MISÈS R. (1990). *Les pathologies limites de l'enfance. Étude clinique et psychopathologique*. Paris : PUF.
- MISÈS R. (2002). L'évolution des formes latentes des pathologies limites de l'enfance au cours de l'adolescence. *L'Information Psychiatrique*, 78 : 271-276.
- MURATORI F., MAESTRO S., ROMAGNOLI G., PALACIO ESPASA F. (1999). Le traitement de la relation mère-bébé dans les troubles du développement. *La Psychiatrie de l'enfant*, 42 : 601-622.
- NASSIKAS K. Éd. (2004). *Le trauma entre création et destruction*. Paris : L'Harmattan.
- ROUSSILLON R. (2003). Le psychanalyste et les situations extrêmes de la subjectivité. In : « Raconter avec Jacques Hochmann », Monographie de la revue *Adolescence*, pp. 273-286.
- STERN D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : PUF, 1989.

- TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZEJN CL., BOTBOL M., LEBOVICI S., COHEN D. J. (1997). Dysharmonies psychotiques et Multiplex Developmental Disorder. Histoire d'une convergence. *La Psychiatrie de l'enfant*, 40 : 473-504.
- WATERS E., MERRICK S., TEBROUX D., CROWELL J. ALBERSHEIM L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood : A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*, 71 : 684-689.
- WINNICOTT D. W. (1969). L'usage de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications. In : *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1975, pp. 120-131.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (R-2000)*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Classification diagnostique 0-3 ans – *DC Zero to Three* (1994). Arlington, VA : National Center for Infant Clinical Programs (NCCIP). *Devenir*, 1998, Vol. 10 n°2.

Bernard Golse
Institut Contemporain de l'Enfance
26, bd. Brune
75014 Paris, France
bernard.golse@icloud.com