

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYS&ID_NUMPUBLIE=PSYS_061&ID_ARTICLE=PSYS_061_0015

États limites en institution: . une psychothérapie par « l'environnement »

par Dr Michel BOTBOL et Tore BALKAN

| Médecine & Hygiène | Psychothérapies

2006/1 - Vol. 26

ISSN 0251-737X | pages 15 à 20

Pour citer cet article :

— Botbol D. et Balkan T., États limites en institution: . une psychothérapie par « l'environnement », Psychothérapies 2006/1, Vol. 26, p. 15-20.

Distribution électronique Cairn pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

ÉTATS LIMITES EN INSTITUTION: une psychothérapie par « l'environnement »

Michel BOTBOL¹ et Tore BALKAN²

Résumé

En partant de l'expérience du traitement institutionnel telle qu'elle se réalise avec des adolescents états limites dans le cadre d'un établissement psychiatrique spécialisé, cette communication propose de considérer le traitement « par l'environnement » employé dans cette institution comme une forme de psychothérapie. Cette psychothérapie paraît particulièrement indiquée avec ces patients puisqu'elle prend en compte les caractéristiques défensives de leur organisation psychopathologique, dont le noyau est la nécessité de recourir aux éléments du monde extérieur pour combler les lacunes de leur fonctionnement imaginaire interne. Un exemple clinique montre comment peut ainsi s'opérer un travail psychothérapique sur « l'espace psychique élargi » du patient, à partir d'une démarche qui vise à suppléer temporairement aux défaillances de son monde interne avec l'objectif de lui permettre secondairement de se réapproprier ce travail d'élaboration des conflits.

Summary

Based on experience of institutional treatment of borderline adolescents in a specialised psychiatric establishment, this paper proposes to examine « treatment through environment » in the institutional setting as a form of psychotherapy. This approach seems particularly indicated for these patients since it takes into account the defensive characteristics of their psychopathological organisation whose core is the need to resort to the exterior elements in the world to fill the gaps of their internal imaginary world. A clinical example shows how this form of psychotherapy can operate as a temporary means of offering an « enlarged psychological environment » to supplement the failings in their interior world with the aim of offering a secondary means of reappropriating the elaboration of conflicts.

Mots-clés

Adolescence – Etats limites – Institution – Psychothérapie institutionnelle – Psychothérapie par l'environnement.

Key-words

Adolescence – Borderline – Institution – Institutional psychotherapy – Psychotherapy through environment.

¹ Psychiatre des Hôpitaux ; ancien Directeur Médical de la Clinique Dupré, Sceaux (France).

² Psychiatre, Médecin chef du service Clérumbault B de la Clinique Dupré.

Même s'il ne s'agit pas pour nous de prétendre ici que la cure psychanalytique, plus ou moins aménagée, n'aurait pas de place dans le traitement des patients états limites, ni même récuser que ceux-ci puissent être, selon le mot de Fédida (1999), des « patients de rêve pour le psychanalyste », on ne peut que constater que seule une infime partie d'entre eux bénéficie de ce type de traitement tout particulièrement à l'adolescence où le diagnostic d'état limite est pourtant souvent évoqué.

Nous nous proposons de montrer dans cet article que, pour des raisons qui tiennent à l'organisation psychopathologique de ces troubles, c'est, le plus souvent, un traitement par l'institution ou « par l'environnement » qui va le mieux pouvoir faire œuvre psychothérapique avec ces patients.

Nous pensons en effet que, dans ces configurations cliniques, le traitement « par l'environnement » peut être conçu *comme une forme extrême de l'aménagement du cadre psychothérapique*. Cet aménagement tient compte des caractéristiques psychopathologiques de ces organisations limites et notamment de leurs défenses préférentielles que sont l'agir et la mise en espace.

Pour tenter de le démontrer, il nous faut donc partir des caractéristiques psychopathologiques des états limites.

PSYCHOPATHOLOGIE DES ETATS LIMITE

Selon Masterson (1971) et beaucoup d'autres à sa suite, « le syndrome borderline n'est pas constitué par le symptôme mais par une structure du moi spécifiquement et régulièrement pathologique ».

Il s'agit donc d'une organisation dont *la cohérence n'est pas symptomatique mais psychopathologique* et dont le centre de gravité (Misès, 1990) se situe entre l'organisation névrotique et l'organisation psychotique.

Sur cette base commune se sont développés des points de vue psychopathologiques très divers, chacun abordant la question par l'un de ses bouts. Se dégagent néanmoins quelques points d'accord essentiels, dont nous retiendrons ceux qui sont les plus pertinents pour notre propos d'aujourd'hui.

Le noyau psychopathologique des états limites paraît être la nécessité de recourir aux éléments du monde extérieur pour combler les lacunes du fonctionnement imaginaire interne. En ce sens « l'état limite est essentiellement anaclitique », comme le dit Bergeret (1970).

Ce n'est le cas :

- ni de l'organisation névrotique où le fonctionnement psychique est suffisamment autonome de la réalité extérieure pour s'appuyer sur elle sans en dépendre ;
- ni de l'organisation psychotique où la rupture de contact avec la réalité conduit à la construction d'une néoréalité délirante.

Autrement dit et du point de vue de la relation d'objet, les états limites ne sont pas anti-objectaux comme la psychose, mais leur objectalité est instable, étroitement dépendante de la concrétude de l'objet externe, et constamment soumise à la double menace de l'intrusion et de l'abandon.

Cette problématique psychopathologique centrale résulte de diverses défaillances repérées dans les états limites par tous les auteurs psychanalytiques, même si elles sont diversement valorisées par chacun d'eux :

- **Défaut de l'imaginaire et du préconscient :** ceci est notamment manifeste en ce qui concerne le *registre de la transitionalité* qui est en échec. La transitionalité, c'est-à-dire au sens de Winnicott, l'espace que le sujet crée entre lui-même et l'objet externe de telle sorte que, dans cet espace, la question de savoir ce qui est à lui et ce qui est à l'autre ne se pose pas parce qu'elle est recouverte d'un halo d'illusion de continuité. Autrement dit, c'est quelque chose qui, en se situant entre l'objet interne et l'objet externe, permet d'amortir les effets de la réalité externe et de réduire ainsi la dépendance à l'objet externe.

Avec la défaillance de ce registre on constate que la possibilité de mobiliser les objets subjectifs est limitée ou contre-investie, interdisant leur utilisation pour dépasser les désillusions et éviter de dépendre de l'objet concret et du double risque auquel il expose le sujet : l'intrusion ou l'abandon.

- **Défaut d'élaboration de la position dépressive et de la triangulation œdipienne** qui rendent notamment impossible l'élaboration de l'ambivalence de l'objet et l'intégration des angoisses de séparation. Bergeret (1970) et Kernberg (1967) insistent plus particulièrement sur ce point.
- **Défaut d'étayage précoce**, obligeant le sujet à élaborer des solutions de colmatage. C'est un point essentiel pour Masterson (1971) qui fait des états limites, notamment à l'adolescence, une conséquence d'un arrêt du développement du moi incapable de dépasser la deuxième phase du processus de séparation-individuation. En effet, celle-ci ravive les failles de ce processus dans l'enfance du fait des insuffisances d'étayage par des parents, eux-mêmes borderline, et incapables d'accompagner sans se retirer les mouvements d'autonomisation psychique de leur enfant. Celui-ci est alors contraint de mettre en place des défenses contre l'envahissement par un sentiment d'abandon inélaborable. Ces défenses qui peuvent permettre une adaptation apparente pendant l'enfance, cèdent devant la réactivation du processus de séparation-individuation au moment de l'adolescence.

Dans ces différentes perspectives, le contact avec la réalité n'est activement maintenu qu'au prix de *mécanismes mentaux archaïques* où dominent le clivage, l'identification projective, l'idéalisation ou le déni, réduisant le potentiel psychique du moi. L'objectif de ces mécanismes de défense psychique est de protéger le narcissisme en luttant contre la souffrance dépressive et contre la mentalisation, et en ramenant les investissements de l'objet vers le narcissisme.

En découlent des fonctionnements pathologiques comme :

- La mise en acte impulsive à effet de décharge, sous-tendue par une mentalisation aussi réduite que possible.

- Le surinvestissement du monde externe, du corps, et de la sensation aux dépens de la pensée, du monde interne, et des mouvements qui les traversent.
- La lutte active contre la dépendance psychique et contre le paradoxe qui fait que « ce dont le sujet a le plus besoin, est ce qui le menace le plus » (Jeammet, 1990). On sait la place qu'occupent dans cette lutte les conduites addictives de toutes sortes, qui visent à éviter que l'investissement de l'objet prenne valeur d'hémorragie pour le narcissisme du sujet.

Contre-investi, le monde interne n'est donc pas en mesure de tolérer ou d'élaborer les conflits. L'adolescent état limite va être, plus encore que les autres adolescents, conduit à les exporter dans ce que Jeammet (1980) désigne comme « son espace psychique élargi » pour désigner cet espace psychique constitué par la psyché de ceux à qui l'adolescent abandonne inconsciemment telle ou telle partie de ses instances à tel ou tel moment de son histoire. L'objet qui appartient à cet espace est alors chargé d'un rôle supplétif qui le conduit à assurer temporairement « une circulation psychique extracorporelle » dont on mesure l'importance lorsque cet objet vient à manquer.

C'est un facteur de vulnérabilité pour l'adolescent, mais c'est en même temps une chance pour son traitement. Pour pouvoir jouer son rôle, l'équipe soignante doit saisir cette chance en recherchant tous les moyens de participer à cet espace et en supportant la fonction supplétive que cela implique et sans laquelle il n'y aurait, souvent, que fort peu d'éléments psychiques mobilisables dans ces configurations cliniques. C'est autre chose que le transfert et néanmoins essentiel.

En forçant un peu le trait, on pourrait dire que devant ces situations où l'on assiste chez le patient à un mouvement de « psychisation » de l'environnement pour permettre une « dépsychisation » de son monde interne, les soignants doivent accepter ce mouvement en assurant temporairement les fonctions supplétives qui résultent de leur inclusion dans l'espace psychique élargi du patient.

C'est en tout cas sur ce modèle théorique que nous soignons au quotidien les patients états limites que nous accueillons à la Clinique Dupré, dans un dispositif associant des soins institutionnels plurifocaux à des études, grâce à des équipes soignantes spécialisées et à la trentaine d'enseignants de l'annexe du Lycée Lakanal de Sceaux intégrée dans l'établissement.

EXEMPLE CLINIQUE

Céline est une jeune femme de 22 ans, adressée il y a deux ans à la Clinique par le service de psychiatrie d'un hôpital universitaire parisien où elle avait été hospitalisée pour un état dépressif sévère s'accompagnant de conduites automutilatoires. Le diagnostic d'état limite avait été alors posé.

Son suivi psychiatrique a débuté lorsqu'elle était âgée de 14 ans pour des difficultés diverses : solitude, humeur dépressive, difficultés relationnelles, etc.

A 15 ans, elle est hospitalisée pendant deux mois à la suite d'un amaigrissement de 14 kilos, d'insomnies sévères, d'un repli massif avec une sthénicité agressive envers ses parents. Elle souhaitait d'ailleurs cette hospitalisation pour se séparer d'eux.

De 16 à 19 ans, elle est plusieurs fois hospitalisée dans des contextes de tentatives de suicide médicamenteuses et d'automutilation ou dans des états dépressifs marqués avec ennui et lassitude, sentiments de vide et d'angoisse majeurs avec parfois même discordance, bizarrerie et retrait. Sa scolarité est chaotique, constamment bousculée par la mise en actes de ses affects.

Aux premiers entretiens à la Clinique (en entretien de pré-admission dans l'établissement puis à l'Hôpital de jour auquel on confie son dossier), elle est accompagnée par ses parents. Céline est enfant unique, comme son père et sa mère d'ailleurs. Grande et large d'épaules, elle a les cheveux courts, son teint est pâle, sa voix mince surprend dans cette corpulence massive, voire masculine. Le père est rondouillard et silencieux. Souvent absent du domicile, il semble peu concerné par sa fille et ne dira que peu de choses sur l'histoire de Céline.

La mère, proche de sa fille, voire intrusive, se montre à la fois la copine, la confidente et le thérapeute de Céline. Peu après la dernière hospitalisation elle a décidé d'arrêter, à l'insu des médecins, le traitement psychotrope et l'amorce d'un suivi psychothérapique de Céline en soulignant l'incompétence médicale à saisir les difficultés de sa fille. Propos omnipotents et dévalorisants qui paraissent unir les deux femmes. Une tentative de suivi familial leur avait été proposée, mais il a été très rapidement abandonné du fait du déni maternel des difficultés de Céline.

La mère exprimera cependant son angoisse et sa culpabilité devant deux événements de vie qui seront

d'ailleurs les seuls souvenirs exprimés lors des premiers entretiens. Un malaise profond émerge de la résurgence de ce passé complexe, la communication entre les parents se crispe, mais Céline semble indifférente à cette tension pesante. Voici ces deux antécédents familiaux :

1. A l'âge de 6 ans, Céline est déjà traitée par sa mère comme une adulte et elles partagent ensemble un univers étroit et symbiotique. Céline est le témoin d'abord silencieux d'une liaison amoureuse entre sa mère et un amant. Cette complicité imposée à Céline est un « secret » commun, mais un jour la petite fille trahit sa mère devant son père et endosse une culpabilité énorme, car sa mère quitte (« expulsée », nous dira-t-elle) le domicile familial après que son père l'ait violemment brutalisée. Cette séparation traumatique avec sa mère engendre un vécu abandonnique et amorce pour Céline une période « dure » avec un père peu tendre. Il est probable qu'elle vit, à ce moment-là, un vécu dépressif de type anaclitique.

Sa mère part vivre avec son amant, ne revoyant sa fille qu'occasionnellement. Elle exprimera rétrospectivement sa culpabilité devant la défaillance de son rôle maternel et ses difficultés à s'imposer des limites.

Un an après, la mère retourne vivre avec Céline et son père. Céline grandit et une complicité sportive s'aménage entre la mère et la fille... jusqu'à la puberté de Céline, car alors, du jour au lendemain, la mère se détachera brutalement de cette collusion.

2. Le deuxième événement survient quand Céline a 15 ans, lors de sa première hospitalisation en psychiatrie. Au cours de ce séjour, elle noue une relation avec sa professeur d'allemand qui lui rend visite quotidiennement. Au moment de sa sortie, l'hostilité que Céline affiche à l'encontre de ses parents va jusqu'à demander une famille d'accueil à l'Assistante Sociale.

Elle choisit d'aller vivre chez sa professeur. La période qui entoure la décision parentale, de laisser leur fille mineure aller vivre chez une adulte, est marquée d'une amnésie partagée par Céline et ses parents. Dépassée par les troubles de Céline, sa mère accepte, « pensant que d'autres pouvaient s'occuper de sa fille », ayant elle-même « échoué dans son rôle maternel ». Le père, passif, sera, nous dit-il, mis devant le « fait accompli ».

Céline va habiter avec cette professeur pendant 6 mois, partira en vacances avec elle et ses parents... puis c'est la rupture. Les raisons sont floues... Attouchement et abus sexuels lors d'épisodes crépusculaires ou confusionnels sont allégués sur un ton neutre et banalisant par Céline, pour expliquer son retour dans le giron familial. Bien qu'on la sente en proie à de nombreux affects, Céline ne pourra pas en dire plus. Ses parents ne portent pas plainte et ne réagissent pas pour poser une loi et mettre des mots sur ce qui se passait.

Dans le service, sa relation aux autres est marquée par une relation exclusive et aliénante avec une infirmière, idéalisée, qu'elle sollicite constamment, multipliant les demandes de maternage et d'amour. La moindre frustration est vite intolérable. Céline bascule très rapidement dans des automutilations impulsives qui soulagent transitoirement ses tensions internes, mais qu'elle regrette par la suite. Elle se brise les poings contre les murs, se brûle les avant-bras avec des cigarettes, se coupe les veines du poignet puis exhibe des bandages ou pansements divers.

Elle tente constamment de cliver l'équipe soignante en intensifiant sa relation privilégiée avec l'infirmière idéalisée à laquelle elle offre par exemple des cadeaux. Le reste de l'équipe, perçu comme mauvais et trop menaçant, est maintenu ostensiblement à l'écart.

Sa demande d'étayage et de soutien est néanmoins toujours manifeste, mais la distance à maintenir avec nous est complexe : trop proche on devient dangereux, trop loin on devient rejetant. Elle exhibe alors sa souffrance et sa détresse, dans les lieux communs de la Clinique.

Devant ces symptômes répétitifs et incontrôlables, l'équipe va mettre en place un dispositif de soin qui s'appuie sur des médiations thérapeutiques qui tentent d'extraire Céline de cette répétition, en cherchant à atténuer sa tendance à s'aliéner à l'autre dans une relation duelle exclusive. Ces médiations formelles et informelles viennent enrichir l'environnement de la patiente et multiplier les occasions de mobiliser les ressources imaginaires qui persistent chez elle et l'environnement soignant susceptible de constituer son « espace psychique élargi ».

Sur les bases permises par cet enrichissement de l'environnement de la patiente, l'élaboration collective de l'équipe va avoir pour première visée de construire des représentations mentales pour et avec elle au travers de l'analyse et de l'élaboration des contre-attitudes des soignants. Dans ce travail, ceux-ci se servent de leur « empathie métaphorisante » (Lebovici) pour élaborer en équipe une « mythistoire » narrable (Hochmann) et significative pour la patiente dont on supplée ainsi aux « défaillances » imaginaires et pré-conscientes.

Un exemple : l'équipe a débattu avec passion le fait qu'un de ses membres ait, lors d'un entretien informel à l'occasion d'une médiation, posé à la patiente des questions précises sur sa sexualité et les mouvements psychiques qui la sous-tendaient. Informée, l'équipe réagit violemment en critiquant vivement cette intervention manifestement trop intrusive.

Or, à travers la discussion de groupe qui suit cette vive réaction, deux éléments émergent :

- D'une part le fait que les questions intrusives de la soignante ont fait entrer Céline dans une série d'interactions au sujet d'une problématique qu'elle avait, jusque-là, soigneusement maintenue en dehors des entretiens et échanges avec médecins et soignants. Mais justement, jusqu'alors, ces entretiens et échanges n'avaient rien permis de comprendre des passages à l'acte de Céline, laissant l'équipe sidérée devant le sentiment qu'aucune pensée, aucun fantasme, ne sous-tendait ces automutilations. S'était donc développé un sentiment qu'« il n'y avait rien à comprendre » sur les passages à l'acte de Céline qui apparaissaient comme des moments de rupture sans lien avec le travail qui se faisait avec elle. On sait l'effet délétère que peut avoir ce type de position dans une équipe qui se sent entièrement désarmée devant les passages à l'acte du patient, qu'elle finit par considérer comme une sorte de « tics » complexes.
- D'autre part, la discussion collective a montré à tous que Céline, tout en n'étant pas psychotique, comme ses réactions nous l'ont nettement démontré à cette occasion, n'était pas pour autant une névrosée ordinaire, capable de parler avec un minimum de recul de sa sexualité et de ses fantasmes.

Céline est alors apparue comme une jeune fille profondément choquée par la séduction subie au moment de la puberté, mais néanmoins capable d'en éprouver l'excitation sexualisée, et qui est entrée dans une activité de répétition du traumatisme subi pour tenter de l'abréagir. Dans les entretiens qui ont suivi, cette séduction a pu être reliée à la relation de séduction qui a longtemps caractérisé ses rapports à sa mère, dont elle fut, on s'en souvient, la confidente sexuelle. L'incident avec la professeur prenait donc une valeur d'après-coup, ce qui atténuait son caractère traumatique, et permettait plus aisément son élaboration collective à l'occasion de la répétition a minima que constitue la question intrusive de la soignante.

UNE PSYCHOTHÉRAPIE PAR L'INSTITUTION ?

Si, à partir de cet exemple, on tente de dégager un point de vue plus général sur le travail institutionnel que nous proposons dans notre établissement, il semble que se dégagent trois étapes essentielles (Botbol *et al.*, 2000) :

1. *Exposition de l'équipe* aux mouvements d'identification projective du patient qui contre-investit sa conflictualité interne et l'« exporte » dans cet environnement psychique disponible offert par les soignants qui prêtent leur pensée.
2. A partir des effets de cette exposition (ici un questionnement inhabituellement intrusif), *production dans l'équipe de représentations élaboratives des conflits*, en restant au plus près de ce que l'on peut percevoir ou construire du monde interne et de l'histoire du patient et en s'appuyant sur les capacités d'empathie métaphorisante de chaque soignant en particulier, et de l'équipe dans son ensemble.
3. *Restitution au patient des effets de cette élaboration*, sous une forme entendable par lui : par la parole ou, plus souvent, au travers d'actes multiples à l'occasion d'interactions quotidiennes, d'interactions plus exceptionnelles ou de recontractualisation du cadre des soins. On a donc ici recours, le plus souvent, à ce que Racamier dénomme des actions parlantes, c'est-à-dire des actions qui valent plus par le sens qu'elles apportent que par ce qu'elles réalisent concrètement.

Dans le grand *théâtre empathique* ainsi constitué, chacun joue, plus ou moins consciemment, la partition que lui assignent les projections des patients et l'élaboration commune qu'elles ont induites. C'est, au fond, très proche d'un psychodrame, mais d'un *psychodrame en décor naturel* (comme le nomment J. Hochmann et J.J. Baranès).

Certes, tous les aspects de la problématique de la patiente ne sont pas abordés ou traités par cette psychothérapie particulière. L'homosexualité, par exemple, n'a jamais pu être analysée comme elle aurait pu l'être dans une situation psychothérapique plus classique. Même si c'est ce symptôme qui a été implicitement à l'origine de l'interaction soignante que nous avons rapportée, cette question vient marquer une des limites de « la technique ».

Il reste que même si un traitement « par l'environnement » institutionnel a un but limité, celui-ci n'est pas négligeable. Il permet aux patients auxquels nous le proposons de se réapproprier leur « espace psychique élargi » grâce au travail élaboratif effectué par les objets de l'environnement inclus dans cet espace. C'est, bien sûr, moins que les visées habituelles d'une psychothérapie analytique. Mais c'est plus que l'objectif contenant classiquement dévolu aux institutions soignantes (Winnicott, 1963). Il nous paraît en effet que, si certaines conditions sont suffisamment réunies, un traitement « par l'environnement » ou l'institution peut dépasser ses fonctions de cadre pour intervenir directement dans le processus thérapeutique, constituant ainsi la moins mauvaise des psychothérapies possibles pour un grand nombre de nos patients adolescents et limites.

Le terme de psychothérapie n'est pas usurpé si l'on veut bien admettre l'idée que, comme le bébé de Winnicott, un adolescent état limite seul « ça n'existe pas ». Cette idée nous pousse en tout cas à sortir du cadre de

la psychothérapie duelle pour mieux en étendre les principes à ce que nous pourrions appeler « l'espace psychothérapique élargi », élargi à un environnement psychique devenu, pour un temps, le dernier dépositaire de la conflictualité interne de ces patients.

Bibliographie

- BERGERET J. (1970) : Les états limites. *Rev. Franç. Psychanal.*, 34/4 : 601-633.
- FÉDIDA P. (1999) : Un patient de rêve pour un psychanalyste ?, in : André J. (Ed.) : *Les Etats Limites*. Paris, PUF.
- GREEN A. (1973) : Le chiasme ; prospective : les cas-limites vus depuis l'hystérie. Rétrospective : l'hystérie vue depuis les cas-limites. *Psychanalyse en Europe*, 48, 43-45, et 49 : 28-46.
- JEAMMET Ph. (1980) : Réalité interne et Réalité externe à l'adolescence. *Rev. Franç. Psychanal.*, 44 : 481-521.
- JEAMMET Ph. (1990) : Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiat. Enfance*, 38 : 180-199.
- KERNBERG O. (1967) : Borderline personality organisation. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 15 : 641-685.
- MASTERSON J.F. (1971) : Diagnostic et traitement du syndrome Border Line à l'adolescence. *Confront. Psychiat.*, 7 : 125-155.
- MISES R. (1990) : *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris, PUF.
- WINNICOTT D.W. (1963) : Les soins hospitaliers en complémentarité avec une psychothérapie intensive à l'adolescence, in : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris, Payot, 1970.

Adresse de l'auteur :

Dr Michel Botbol
116, rue du Moulin des Prés
F-75013 Paris
E-mail : mbotbol@wanadoo.fr