

La Clinique du lien entre affect et effraction

Maa Abassi

Département de Psychologie
Université Badji Mokhtar- Annaba

Résumé

Les recherches sur la théorie institutionnelle s'inscrivent dans l'histoire de la psychiatrie comme de la psychanalyse. C'est à partir de l'effraction que psychiatres et psychosociologues ont su réinterroger leur pratique, comme leurs outils thérapeutiques. L'institution thérapeutique peut se définir comme un lieu, à partir d'un sentiment de confiance réciproque (enfant, parent, institution) où il va être possible à l'enfant d'élaborer des possibilités de symbolisation dans la séparation. Nous allons tenter de cerner l'effet thérapeutique à travers un certain nombre de paramètres qui nous apparaissent autant d'éléments de structure mais aussi de dynamisme dans l'institution.

Mots clés: Enfant, effraction, institution, effet thérapeutique.

The private clinic of the link between affect and effraction

Abstract

Research on institutional theory is part of the history of psychiatry . After having become two different discipline, psychiatry and psychoanalysis have re-examined their practices and therapeutic tools. The therapeutic institution can be defined from a sense of mutual trust (child, parent institution) it will be possible for the child to develop in the separation possibilities of symbolization. It is through a number of parameters that appear to us as structural elements but also dynamic in the institution in which we will try to identify the therapeutic effect.

Keywords: Child, breaking, Institution, therapeutic effect.

عيادة التعلق بين العاطفة والخرق

ملخص

إن البحوث الحالية حول الممارسات المؤسساتية تنتمي للسجل السيكيائيري والتحليل النفسي. فانطلاقاً من الخرق بدأت أعمال المختصين في المجال العقلي والنفسي الاجتماعي، وتم التوقف عند تقييم الممارسة النفسية والأساليب العلاجية. يمكن إذن تحديد المؤسسة العلاجية كإطار يضم الثلاثية (طفل/آباء/ مؤسسة) انطلاقاً من الشعور بالأمن والذي يساعد الطفل القيام بالرمزية. فانطلاقاً من بعض الأساليب التي تعتبر آليات تمثل دينامية المؤسسة يمكننا تحديد الأثر العلاجي.

الكلمات المفتاحية: طفل، خرق، مؤسسة، أثر علاجي.

Préambule

L'adhésion à la nouvelle donne sociale, exige une politique d'urgence en termes de protection sociale, des mécanismes d'accompagnement et de prise en charge en termes de soins spécialisés, et les projets y afférents incite à inscrire des actions dans un système éclaté.

Les exigences de la convention des nations unies pour les droits de l'enfant, stipule qu'un enfant à besoins éducatifs spécifique ou handicapé (mental ou physique) doit sous certaines conditions pouvoir mener une vie digne et épanouissante qui garantisse son statut d'enfant, favorise son autonomie, et facilite son intégration dans la communauté.

D'ailleurs l'année mille neuf cent soixante dix neuf année de grâce, été déclarée année internationale de l'enfance, énonçant en dix principes les droits, de protection sociale, à posséder un nom, à bénéficier de la sécurité, les soins médicaux, et les soins spéciaux, que nécessite son état s'il est handicapé, à grandir sous la sauvegarde des parents, à recevoir protection et secours, et enfin à être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté, d'exploitation et de discrimination.

Au-delà de son aspect sociologique, la santé mentale, la prise en charge en termes de soins appropriés est assez complexe; car les enjeux qui en découlent sur les plans économique et socio-éducatif sont à la base des développements futurs de la politique sociale. La prise en compte de ces enjeux s'impose car dans la situation tourmentée que connaît aujourd'hui l'Algérie, les risques d'un affaiblissement de la cohésion social sont réels.

Dans ce monde moderne toute véritable médecine, doit être une médecine sociale, son organisation implique la disponibilité affective de tous ses participants l'organisation de

dispositif de prévention et de soins, la formation du personnel, exige une bonne connaissance psychologique du milieu familial et du milieu environnant.

Seulement la situation de la psychopathologie sociale en Algérie selon (M.BOUCEBCI, 1990) ⁽¹⁾ fait poser plusieurs questions sur:

1/ la pratique médicale psychiatrique qui devient complexe à défaut de dialogue,

2/ le refus d'une théorisation politique du malade.

3/le lien entre le champ individuel et collectif permettant au niveau psychopathologique de cerner les indicateurs sociaux pathologiques, leur valeur signifiante.

4/l'absence d'études exhaustives antérieurs, et la difficulté d'approcher certaines statistiques sont par ailleurs des éléments dont la prise en considération est essentielle.

5/ de même que le rappel concernant le caractère délicat de l'appréciation et compréhension de certaines données.

Le piège évident étant pour un psychiatre la magie du discours idéologique parfois moralisateur mais oublieux du malade. Il n'existe pas de politique de santé mentale en Algérie, probablement parce que les responsables successifs du secteur ont été rebutés par cette pathologie qui leur renvoie « l'image d'une souffrance humaine, sur laquelle ils n'ont guerre de prise.. »

Le constat d'un non-sens par le Pr.(F.KACHA, 2009) ⁽²⁾ est ainsi posé allant jusqu'à appeler à la tenue des états généraux de la psychiatrie, et d'ajouter «... il n'est pas possible d'être un bon psychiatre sans modèle identificatoire... ».

Problématique La compréhension du fonctionnement de l'institution, le système de soins notre préoccupation principale. Elle s'inscrit dans la recherche des modalités et caractéristiques de prise en charge du handicap. L'institutionnalisation, La

pratique de secteur, les facteurs épidémiologiques proposent l'espace d'intelligibilité clinique et constitue un support au questionnement d'étiopathogénie et à l'élaboration de la théorie et du modèle thérapeutique propre à notre réalité socioculturelle.

Afin de situer le champ d'intervention psychologique il a fallu attendre la rupture du ministère de tutelle; le passage du ministère de la santé au ministère des affaires sociales, et opérer au changement d'une nouvelle donne, aussi revoir la qualification des équipes, pour accompagner les sujets pris dans les pratiques de l'institution.

La tendance actuelle en terme de politique d'assistance psychologique doit répondre à la demande des personnes en difficultés, accueillir et soigner pendant plusieurs années des enfants présentant des troubles massifs, qui communiquent peu, qui érigent de grandes barrières pour se défendre de toute intrusion ne se passe pas sans heurts. L'institution, tous les membres qui la composent devraient régulièrement faire face à des conflits d'équipes bruyants à propos d'enfants la plus part du temps indifférents.

D'ailleurs pour inscrire ces personnes fragilisées dans ce lieu de soin et les accompagner le modèle théorique sera celui de la médiation qui inscrit l'enfant dans l'histoire. La théorie de la médiation ajoute néanmoins que si l'enfant est bien inscrit dans l'histoire, il participe de l'histoire de l'autre. Elle montre en effet qu'il est totalement pris dans l'histoire de cet autre auquel il se remet.

(D.WINNICOT, 1983)⁽³⁾, à ce propos s'intéresse avant tout à la constitution interactive de la relation à soi, en particulier chez le nourrisson dans sa relation à la mère, il met en évidence la part créative du lien d'attachement de l'enfant à la mère. Au départ le nourrisson organise ses forces psychiques en intériorisant le schéma originel que lui

offre l'amour maternel, il est donc totalement dépendant des soins de la mère jusque dans le sentiment même qu'il a de son existence, il considère en effet qu'il est en fusion complète avec le corps de la mère. Progressivement il acquiert la maîtrise de la réalité avec l'accord même de cette mère il découvre ainsi l'existence de la réalité. La puissance maternelle se manifeste de deux façons: d'abord au début du processus de reconquête de soi, au sein de la réalité l'enfant reconnaît l'existence de sa mère, de soi, en tant que séparé de sa mère, et d'autrui, hors de la symbiose originelle. La puissance maternelle se manifeste ensuite dans les potentialités qu'elle ouvre par l'expérimentation réelle ou ludique d'objets intermédiaires porteurs de créativité (G. DERMANJIAN, 2008)⁽⁴⁾.

Étayage théorique Les conceptions psychanalytiques ont largement contribué dans le domaine de l'enfance, les recherches sur les processus de fonctionnement psychiques précoces actuelles attribuent à la fonction maternelle le rôle essentiel. La puissance de la mère semble à la mesure de l'impuissance de l'enfant parfois bien abusivement (V. P. DELFORGE 2005)⁽⁵⁾. D'ailleurs tous les troubles du développement de l'enfant ont pu être attribués à ses défaillances. Un réajustement s'opère aujourd'hui et les recherches actuelles sur le nourrisson montrent qu'il est bien plus actif qu'on ne le supposait. Dans les écrits de Freud, une place est privilégiée au père, il fait d'abord l'hypothèse dans l'identification primaire, que l'enfant s'identifie à son père qu'il prend pour modèle. Cependant, à bien considérer son œuvre, il apparaît que l'importance de la mère s'est imposée à son observation ; elle joue un rôle prépondérant dans la construction théorique de l'Œdipe (S.FREUD, 1908)⁽⁶⁾. En effet la mère n'est pas

seulement la source de satisfaction des besoins, elle est à l'origine des premières expériences de plaisir et de désir «le sein nourricier de sa mère est pour l'enfant le premier objet érotique, l'amour apparaît en s'étayant à la satisfaction du besoin de nourriture». La mère maternelle l'enfant, grâce aux soins qu'elle lui prodigue elle devient sa première séductrice. La mère acquiert une importance unique, incomparable, inaltérable et permanente et devient pour les deux sexes l'objet du premier et du plus puissant des amours, prototype de toutes les relations amoureuses ultérieures. En tant que premier objet, la mère est l'enjeu du conflit œdipien dont elle détermine le développement. La psychanalyse de l'enfant va mettre l'accent sur la contribution de la mère dans le processus d'individuation (Mahler et al, 1975)⁽⁷⁾. Préoccupations maternelle primaire, est un état d'hypersensibilité qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources de son empathie pour s'adapter aux modalités de fonctionnement très archaïques de son nourrisson. Cette disponibilité maternelle doit être modulée, Or la mère n'imprime pas au nourrisson une identité mais un « thème identitaire ».

(C.BOLLAS, 1976) ⁽⁸⁾ propose de considérer que la mère assure, au cours des premières années, la fonction " d'un objet transformationnel ", assurant les besoins de l'enfant, la mère transforme continuellement son environnement intérieur et extérieur afin de répondre à ses besoins, l'enfant identifie de ce fait sa mère avec les transformations de ce qu'il vit : « il n'est pas étonnant de voir l'enfant assimiler ces réalisations du moi avec la présence d'un objet, étant donné que l'incapacité de la mère à assurer le maintien de l'environnement facilitateur » La mère au tout début de la vie est essentiellement perçue comme un processus de transformation elle n'est pas

« connue » de façon représentationnelle, elle est perçue « comme une expérience vécue récurrente, constituant un savoir d'ordre existentiel par rapport à un savoir d'ordre représentationnel dans ses modalités spécifiques de maternage, elle transmet à l'enfant une culture, une esthétique de l'être qui devient à son tour un trait caractéristique du self. Les modalités primitives de " reconnaissance somatiques " constituent une sorte d'expérience de reflet dans le miroir, mais l'"image " de soi que le miroir produit permet la configuration chez l'enfant d'une première altérité dans le monde et d'une première forme d'identité, et la relation maternelle évolue. La quête de l'objet transformationnel se poursuit cependant à l'âge adulte. (W.BION, 1964)⁽⁹⁾ n'ayant pas eu d'expérience de la psychanalyse d'enfant, proposa une théorisation. Son hypothèse fondamentale est que la relation mère-enfant est nécessaire pour le développement de la pensée chez ce dernier et le rôle joué par les affects, ainsi un événement interne ou externe, suscite une émotion qui doit être transformée par un appareil psychique, pour devenir une représentation.

Ce modèle simple permet de proposer une interprétation du rôle de la relation mère-enfant dans la naissance de la pensée. L'enfant, qui ne dispose pas encore de la capacité de transformer en pensée les émotions produites par un événement, transmet à sa mère le débordement qu'il éprouve. La mère qui reçoit cet ébranlement affectif utilise sa capacité de penser pour communiquer à l'enfant les éléments nécessaires à ses Premières représentations. Il nomme rêverie cette fonction de transformation de sentiments en représentations : « la rêverie est la source psychologique qui alimente les besoins d'amour et de compréhension du nourrisson ». La

fonction maternelle implique la capacité d'être réceptive aux émotions du bébé, de penser ce qu'il éprouve et de lui transmettre par une modulation affective les éléments qui permettront progressivement à l'enfant d'organiser ses représentations. Chaque élément de ce processus est susceptible de se révéler inadéquat et les échecs mettent à l'épreuve la tolérance aux frustrations du bébé et les capacités de réparation de la mère (PH. MALRIEU, 1974)⁽¹⁰⁾ d'où la difficulté psychologique. D'ailleurs pour beaucoup d'auteurs elle pourrait être comprise comme l'aboutissement d'un processus d'origines diverses ; la forme du symptôme clinique serait déterminée par le moment du trauma et par l'histoire plutôt que par l'étiologie. Les structures mentales en cours d'émergence restent certes très sensibles aux influences qui s'exercent sur elles, mais déjà s'affirment des capacités de régulation et surtout d'auto-construction. Seulement psychose infantile, et autisme en particulier remontent à l'époque où l'enfant pense que sa vie est en danger. Ce n'est que lorsque cette vie même est en question que le retrait du monde semble le prix à payer pour simplement survivre.... Souvent les enfants autistes tentent de mourir pour être remis au monde, voilà un autre paradoxe où mère-enfant, évoluent dans une spirale de protection et de menace, intolérance de l'enfant à toute frustration et le danger de la menace qu'elle représente. Ceci nous renvoie une fois de plus à la notion de relativité qui montre combien la norme reste fonction du milieu donné comme champ d'étude à l'observateur quel qu'il soit ; famille, éducateur, parent : le niveau de tolérance des familles ou des sociétés conditionne largement le poids spécifique à accorder à un symptôme. L'expérience clinique montre que le premier modèle Freudien paraît le plus adéquat pour nous permettre de saisir l'impact de l'autre (le

thérapeute) dans le système du sujet malade, du sujet qui demande, du sujet qui souffre.

Cette topique qui fait appel à la notion d'inconscient comme "noyau fondamental noyau énergétique..... indissoluble dont procède tout ce qui est de l'ordre du désir, mais dans la nature fusionnelle fait en sorte qu'il a besoin pour s'exprimer d'un espace situé dans un au-delà, d'un en deçà mère-enfant.." (PH. CAILLET, 1984)⁽¹¹⁾.

Cet espace qui rappelle ce que FREUD a appelé le préconscient, le mental va pouvoir se situer au niveau du préconscient ; c'est là que le culturel, le traditionnel, le parental vont s'inscrire en tant que projets pédagogiques et en tant qu'interdits. Ils vont constituer un terrain conflictuel à partir duquel les choses se formulent sous l'aspect de vœux contradictoires, le désir se situe dans le noyau magmatique mère-enfant. La théorie systémique qui traite des interactions familiales (PH. CAILLET, 1985)⁽¹²⁾ estime qu'une évaluation systématique du symptôme pourra faire apparaître d'importants renseignements sur la structure familiale. Il nous faut une représentation communicable des processus qui à tout moment maintiennent la structure familiale, et son orientation vers un but commun. Les systèmes complexes sont caractérisés par le déroulement simultané de processus dans une série de sous-systèmes organisés en niveaux hiérarchiques. Il s'agit en fait de la dépense du mythe familial, c'est-à-dire de l'opinion que la famille a d'elle-même, comme unité et de ses membres comme porteurs de rôle (R. PUJOL, 1977)⁽¹³⁾. Un mythe familial est « un certain nombre de croyances bien systématisés, partagées par tous les membres de la famille, au sujet de leurs rôles respectifs dans la famille et de la nature de leurs relations ». ...Une famille dont le fonctionnement est

adaptable, mouvant, ouvert, au changement pourra en effet moins facilement forger un mythe stable, si ce n'est celui de ne pas en avoir. La notion d'homéostasie familiale, maintenue ainsi par le jeu permanent des forces fonctionnelles les variations comportementales sont réintroduites, réutilisées, pour le maintien constant du système global. Les traitements individuels peuvent avoir une action sur les membres de la famille du patient en bien ou en mal. Les questions qui se posent alors sont :

Quels effets la venue du malade dans la consultation psychiatrique aura-t-elle sur les siens? Et quels effets auront sur ceux-ci les changements comportementaux de celui-là? Ou encore quel rôle la famille joue-t-elle dans le maintien du symptôme?

Le malade (l'enfant) n'a-t-il pas autour de lui un auditoire complaisant ou au contraire hostile? (J.C BENOIT 1981)⁽¹⁴⁾.

A ce propos, (H. SEARLES 1975)⁽¹⁵⁾, l'instauration de toute interaction interpersonnelle qui tend à favoriser un conflit affectif chez l'autre, « tend à le rendre fou ». L'effort pour rendre l'autre fou peut consister, avant toute chose en l'équivalent psychologique du « meurtre » il peut en effet représenter essentiellement une tentative de destruction de l'autre, une tentative de se débarrasser de lui aussi complètement que s'il était physiquement détruit.

La culture mère-enfant est en effet préhistorique, porteuse d'une réciprocité et d'une transformation sans fin.

L'initiation de l'enfant à l'histoire personnelle, familiale et sociale est facilitée quand la mère en un sens trahit le secret. La mère désavoue le discours pour initier l'enfant au nouvel ordre symbolique. A partir de recherches menées par (P. Fustier et R. KAES, AL, 1987)⁽¹⁶⁾, nous retenons les conséquences

de ces rapports dans le champ clinique et institutionnel, ils soulignent la façon dont les relations affectives régissent la « vie fantasmatique et imaginaire » des professionnels, et agissent comme des processus irrationnels modifiant le projet d'accueil et de soins. Le pacte de négatif se localise dans des rapports affectifs qui pervertissent la mise en place du projet individualisé de la personne et rendent parfois irrationnels certains comportements; il est basé sur des non-dits, une partie latente toujours prête à être dénié. De fait, le besoin d'aide est prévalent et le parcours institutionnel (institutions médicales, scolaires, éducatives) est souvent considérable.(C.RACAMIER.1978)⁽¹⁷⁾.

Et (M.SOULE. 1986)⁽¹⁸⁾, proposaient de favoriser le plus tôt possible les contacts mère/enfant au sein du contexte sécurisant et soutenant de la structure hospitalière. Cette dernière revêt alors une relation de type parental préconisé de façon explicite dans un dispositif où le soignant fait office d'étayage paternel et une soignante celui d'étayage maternel. Le but est alors d'éviter l'enfermement pathologique de la dyade en visant des effets pédagogiques. Un processus de minorisation implicite se conçoit donc très tôt comme un acte thérapeutique.

Un espace de parole peut stopper ce processus ; « la réunion clinique » en tant qu'espace d'écoute mais aussi de « contenance de la souffrance » doit favoriser l'expression des rapports ambivalents qui existent de la part des professionnels envers les familles.

Un deuxième temps passe par la formalisation d'une rencontre entre l'institution et le parent. Le responsable qui au nom de l'institution est porteur du règlement, et est garant d'une validation de l'équipe, et le psychologue qui pourra réguler et comprendre plus profondément les raisons du lien d'emprise.

Il s'agira de mieux saisir comment s'est constituée une partie de l'infrastructure imaginaire de l'institution évoquée par (P.FUSTIER 1988)⁽¹⁹⁾ pour ramener du relationnel là où il y'a coupure, du symbolique là où il y'a développement imaginaires irrationnel.

Ceci étant ces changements reflètent d'autres pistes de travail qui restent à étoffer, cette piste retrouvée dans les prises en charge d'adultes handicapés, est affichée chez les parents d'enfants à gros troubles psychologiques, l'équipe ne peut répondre aux attentes des parents.

Une lutte d'appropriation s'installe ; du mode de minorisation des parents aux difficultés à contenir les souffrances des parents et enfants. Les professionnels sont démunis devant une demande non explicite particulièrement quand il y'a résistance de la part des malades.

Tout se passe comme si le professionnel devait anticiper ses besoins, comme s'il devait imaginer la propre souffrance personnelle, singulière, de la personne accueillie.

CONCLUSION

La déficience intellectuelle est la source de vécus complexes entre l'enfant, sa famille et l'équipe soignante. Le « déni » dont elle peut être l'objet perturbe plus les relations entre adultes, l'équipe est démunie devant des apparitions de troubles qui renvoient à des souffrances qui passent par l'agir, ou des comportements de type psychotiques ou autistiques. Le fonctionnement collectif d'une équipe arrive difficilement à prendre en compte ces souffrances primitives, car elles sont diffuses ; elles apportent insécurité et tensions dans les groupes et institutions. Les équipes « s'installent » alors dans un fonctionnement qui laisse peu de place à la singularité du temps psychique d'un sujet accueilli (D. HOUZEL, A BASTARD 1983)⁽²⁰⁾ Leur

fonctionnement prend ainsi à osciller entre « activisme », et « immobilisme ».

P FUSTIER. 1983, déjà cité à particulièrement mis l'accent sur l'image que renvoie la personne handicapée; en s'appuyant sur les travaux de (PC.RACAMIER) sur l'idée du moi, il montre comment cette personne devient étrange pour le professionnel, en mettant en difficulté sa propre identité. L'identification primaire est en défaut, on est en difficulté pour reconnaître l'autre; ainsi l'idée du moi se trouve défailante, mise en défaut, cette défaillance de l'idée du moi devient ainsi comme (dés-organisateur) institutionnel. Les phénomènes de groupe ou les réactions collectives des équipes accentuent ces difficultés; le « temps psychique » de l'autre est nié. L'activisme dénote une difficulté à penser au temps psychique, l'équipe tend à réagir à une sorte d'immédiateté des besoins, à une urgence. Le repli au contraire s'accompagne d'une sorte d'immobilité du temps psychique. Cela se traduirait par une difficulté au niveau collectif à penser le temps singulier d'un sujet autrement que dans ses deux extrêmes, l'immuable ou l'immédiat.

De telles défenses correspondent également à ce que ces sujets ont du mettre en place pour vivre les expériences qu'ils rencontrent. Attitudes figées, comportements très instables, difficultés de verbalisation et d'expression des émotions. C'est au niveau non verbal que se traduisent ces souffrances, plus source de tensions ou de malaise que de demande précises. Une attention très clinique à l'enfant, pour faire face à de telles tendances désorganisatrices de la psyché, cette attention devient pour lui un véritable appui pour permettre le temps d'une attente psychique, d'un temps partagé et vécu avec un autre.

Citant les équipes de prise en charge (M. SOULE 1986) a depuis longtemps indiqué comment le fantasme "on adopte un enfant" comme fondateur de toute situation professionnelle avec eux; quelque fois l'équipe se retrouvant dans une place fantasmatique de parent substitutif des enfants. Denis MELLIER (2008) ⁽²¹⁾, définit deux niveaux de contenance :

Un premier niveau, concerne la relation éducative; l'institution se

substitue aux parents, et un second niveau de contenance de la souffrance repose sur une redéfinition de l'alliance parent-éducateur ; les éducateurs ne peuvent remplacer les parents. A partir de ce long processus se dégage une prise de conscience des limites présentes entre l'éducatif et le thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- BENOIT J. C., Les doubles liens, Paris, Presse universitaire de France, 1981.
- 2- BION W., Théorie de la pensée, revue française de Psychanalyse, 1964, xxviii, 1,
- 3- BOLLAS C., Le langage secret de la mère, in nouvelle revue de psychanalyse, N° 14, ED, GALLIMARD, 1976.
- 4- BOUCEBCI M., La psychiatrie tourmentée, l'effet Dagma, ED, BOUCHENE, Alger, 1990.
- 5- CAILLET PH., Famille et thérapeute, lecture systémique d'une interaction, Paris, ESF, 1985.
- 6- CAILLET PH., Quelques considérations sur la signification de la demande en thérapie familiale, Paris, ESF, 1984.
- 7- DELFORGE V.P., « la maternité des déesses grecques, et les déesses mères : Entre mythes, rite et fantasmes » In "Maternité" Clio-histoire, femme et société, n°21, presse universitaire de Mirail, 2005.
- 8- DERMENJIAN G ET autres. La puissance Maternelle en Méditerranée ; Mythes et représentations, Actes SUD/MMSH/ ED BARZAKH, 2008.
- 9- FREUD S., Morale sexuelle civilisée et nervosité moderne, In la vie sexuelle Paris, PUF, 1908.
- 10- FUSTIER P., L'enfance inadaptée, repères pour des pratiques. Lyon, PUL, 1983.
- 11- FUSTIER P., L'infrastructure imaginaire des institutions ; in Kaes. R et Al., l'institution et les institutions, études psychanalytiques Paris, Dunod, 1987.
- 12- HOUZEL D. BASTAR A., Les troubles névrotiques de l'enfant, In encyclopédie médico-chirurgicale, n°3, 1983.
- 13- KACHA F., « Psychiatrie, santé mentale et société en Algérie », entretien du mois dans le journal, Le Soir d'Algérie du 25 mai 2009, supplément N° 12.
- 14- MAHLER ET AL., Psychose infantile, symbiose et individuation, ED PAYOT, Rivages, coll. PBP n° 30, ED(1975) nouvelle ed 2001.
- 15- MALRIEU PH., L'attachement, collection ZEITHOS, Delachaux, 1974.
- 16- MELLIER D., Le soignant en équipe, culpabilité structurante ou culpabilité paralysante ? In, la lettre de l'enfance et de l'adolescence, n°8, 2008. P 75-84.
- 17- PUJOL R., La mère au féminin, In une nouvelle revue de Psychiatrie, 1977.
- 18- RACAMIER P C., Les paradoxes des schizophrènes, In revue Française de Psychanalyse, 1978.
- 19- SEARLES H., « L'effort pour rendre l'autre fou » In nouvelle revue de Psychanalyse, « la psyché » N°12, 1975.
- 20- SOULE M., Contribution clinique à la compréhension de l'imaginaire des parents, In revue Française de Psychanalyse, 1986.
- 21- WINNICOTT D., Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environnement, Paris, Payot 1983.