



Trouble ou symptôme, comment penser la psychopathologie contemporaine ?

Claire Metz, Anne Thevenot

► To cite this version:

Claire Metz, Anne Thevenot. Trouble ou symptôme, comment penser la psychopathologie contemporaine ?. *Pratiques Psychologiques*, 2006, 12 (4), pp.437-445. <10.1016/j.prps.2006.07.004>. <hal-03049615>

HAL Id: hal-03049615

<https://hal.science/hal-03049615v1>

Submitted on 9 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Trouble ou symptôme, comment penser la psychopathologie contemporaine ?

Trouble or symptom, how can we think contemporary psychopathology?

C. Metz¹, A. Thevenot^{*,2}

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 12, rue Goethe, 67000 Strasbourg, France

Résumé

Depuis quelques années les troubles du comportement des enfants et des adolescents constituent un motif croissant de consultation et sont l'objet de nombreux débats. Nous faisons l'hypothèse que derrière l'apparence d'une symptomatologie semblable, les problématiques sous-jacentes sont toujours singulières. Nous distinguons d'une part l'écoute clinique de problématiques psychiques singulières et d'autre part le repérage des modalités d'expression psychopathologique mises en œuvre par ceux qui consultent. Dans un travail avec les enfants et leurs familles, nous proposons d'aller au-delà du trouble énoncé et de repérer sa valeur de symptôme pour l'enfant et pour ses parents.

Abstract

Since a few years child and adolescent behaviour troubles are a rising consultation motive and the subject of many debates. Our hypothesis is that behind the appearance of a similar symptomatology the underlying problematics are always singular. We can distinguish between the clinical listening to psychic

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anne.thevenot@psycho-ulp.u-strasbg.fr (A. Thevenot).

¹ Psychologue, psychanalyste, Maître de conférences à l'IUFM, unité de recherche en psychologie : subjectivité, connaissances et lien social (EA 3071), université Louis-Pasteur, Strasbourg, France.

² Maître de conférences en psychologie clinique, unité de recherche en psychologie : subjectivité, connaissances et lien social (EA 3071), université Louis-Pasteur, Strasbourg, France.

problematics and the revelation of psychopathologic expression modalities developed by the patients. In a work with children and their relatives we propose to go beyond the expressed trouble in order to locate its symptom value for the child and his/her parents.

Mots clés : Trouble ; Symptôme ; Psychopathologie clinique ; Enfant ; Adolescent

Keywords: Trouble; symptom; Clinical psychopathology; Child; Adolescent

Depuis quelques années l'usage du mot « trouble » connaît une importante inflation : « trouble » du comportement, « trouble » des conduites, TOC, TOP...

Ce terme ancien³ a progressivement évolué : si au XVI^e siècle il désigne « un état affectif pénible fait d'angoisse et d'une activité mentale excessive, incontrôlée » ; au XIX^e siècle le trouble consiste en « une modification pathologique des activités de l'organisme ou du comportement de l'être vivant, un dérèglement ». Aujourd'hui le trouble désigne « l'état de ce qui cesse d'être en ordre ».

Ces différentes significations présentent l'idée d'un désordre, l'usage actuel de ce terme nous interroge : de quel(s) désordre(s) témoignent nos patients ? Il semble qu'ainsi défini, le trouble est ce qui échappe au contrôle, à la maîtrise, autrement dit c'est plus l'ordre qui est troublé que le patient lui-même. Celui-ci n'est-il au fond qu'un trublion ? Avec le DSM-IV, l'usage de la notion de « trouble » tend à s'imposer dans le champ de la psychopathologie : ne risque-t-on pas alors de psychiatriser ceux qui dérangent l'ordre social ?

Outre cette première interrogation sur l'usage social de la notion de « trouble », nous nous demandons comment s'inscrivent les manifestations repérées dans l'organisation psychique du sujet. En effet, la notion de « trouble » correspond actuellement dans le rapport Inserm et le DSM-IV à une quantification de comportements observables, au détriment d'une approche psychodynamique complexe du patient. Celle-ci prend en compte en particulier les concepts de structure psychique et de symptôme, expression d'un conflit inconscient qui reste à décrypter. Les modalités de prise en charge des sujets qui découlent de ces deux approches sont radicalement différentes.

1. Nouveaux comportements ou nouveau regard ?

Dans notre pratique de psychologues en CMPP, lieu de consultations accueillant des parents et leurs enfants pour des difficultés relevant le plus souvent du registre de la psychopathologie de la vie quotidienne, nous discernons une évolution : depuis quelques années il semble que les « troubles » du comportement des enfants et des adolescents constituent un motif croissant de consultation. Nous recevons en effet des parents inquiets, désespérés devant le comportement de leur enfant, souvent à un âge de plus en plus précoce. Les parents se plaignent de désobéissance, de colère, de violences verbales, d'agitation, de manque de concentration... « Il est hyperactif » disent-ils parfois.

³ Depuis 1283 selon le dictionnaire de la langue française, Petit Robert, 1990.

Les enfants dont il est question sont le plus souvent de très jeunes enfants, de quatre à cinq ans, ou des enfants d'une dizaine d'années qui ne sont pas encore entrés dans les remaniements de l'adolescence⁴. Notre observation converge avec ce qui s'observe au niveau national où les consultations pour de très jeunes enfants révèlent des symptomatologies plus fréquentes et plus précoces qu'auparavant : agitation, hyperactivité, troubles attentionnels, agressivité, selon les résultats de l'enquête EAP menée en 2002 auprès de 93 psychologues de la petite enfance (Cognet, 2004).

Outre les comportements incriminés, ce qui nous interroge dans la plupart de ces situations ce sont le désarroi, l'angoisse, l'impuissance de l'un, voire des deux parents face à de très jeunes enfants. Plusieurs de ces parents font d'eux-mêmes le lien avec le spectre de l'adolescence : « si déjà maintenant il est comme cela/comment ferons-nous quand il sera grand ? » Ainsi, les difficultés actuelles et la crainte de tourments à venir les motivent à consulter.

Cette « turbulence pathologique »⁵ de l'enfant n'est cependant pas nouvelle (Mannoni, 1965 ; De Ajuriaguerra, 1970), et selon G. Cognet, c'est dès le XIX^e siècle que les symptômes en sont décrits : « mobilité intellectuelle et physique extrême », « besoin d'une surveillance continuelle ». La nouveauté réside peut-être dans certaines manières de conceptualiser cette « turbulence »⁶.

2. Contexte de réflexion actuel

Cependant, de récents débats, à la fois scientifiques⁷ et politiques⁸, mettent en évidence l'importance des présupposés adoptés pour traiter de la question des « troubles du comportement ». En particulier deux courants s'affrontent, lourds de conséquences sur la destinée des sujets concernés et sur la société de manière plus générale.

2.1. Un trouble à réduire ?

Le courant exposé dans l'expertise Inserm relative au « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », largement débattu, considère que les « troubles du comportement » correspondent à un dysfonctionnement spécifique que révèle un ensemble de signes prétendument observables objectivement. Ces signes sont des symptômes au sens médical de ce terme : « Toute manifestation d'une affection ou d'une maladie contribuant au diagnostic, et plus particulièrement tout phénomène perçu comme tel par le malade »⁹.

Le « trouble » dans ce cas n'est ni à élucider, ni à replacer dans un cadre général complexe et multidimensionnel, il est à réduire, au moyen de médicament éventuellement. Dans cette logique, il est important de pouvoir reconnaître les signes précoces de l'apparition des « troubles », ainsi le groupe d'experts du rapport Inserm préconise de repérer dès l'âge de 36 mois

⁴ Le travail de séparation d'avec les figures parentales dans lequel l'adolescent est engagé en passe souvent par l'expression d'une conflictualité avec celles-ci.

⁵ Ibid.

⁶ En 1925 déjà, Henri Wallon intitulait l'un de ses ouvrages « L'enfant turbulent ».

⁷ Rapport Inserm sur les « troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent », rapport Benisti, pétition « pas de zéro de conduites pour les enfants de trois ans ».

⁸ Projet de plan de prévention de la délinquance.

⁹ Larousse, Dictionnaire médical, p. 989.

les manifestations comportementales incriminées et de les inscrire dans le carnet de santé : « s'est bagarré », « refuse d'obéir ».

Une lecture étayée sur le modèle des neurosciences envisage donc ces troubles comme un dysfonctionnement et propose des prises en charge qui réduisent les troubles, par le biais de médicaments¹⁰ et/ou de thérapies cognitives comportementales (TCC) : par une « démarche pragmatique, il s'agit de provoquer un changement de registre des pensées et des représentations mentales et d'accroître les possibilités d'autogestion du sujet/.../avec une maîtrise des réactions émotionnelles »¹¹. Dans cette approche, les repères psychopathologiques tels que les notions de structure, de symptôme, de modalité défensive... ne sont pas pris en compte (Bergeret, 1996).

2.2. Un symptôme à entendre

Certains psychanalystes (Lebrun, 1997 ; Melman et Lebrun, 2002) relient les formes actuelles d'expression de la psychopathologie à l'évolution de notre société, conduisant à l'émergence d'une nouvelle économie psychique. En revanche, d'autres auteurs (Julien, 1991 ; Théry, 1993 ; Hurstel, 1996 et 2001) ont pris différemment en compte cette évolution, rattachée en particulier à une lente et progressive remise en cause d'un ordre social patriarcal décelable à travers l'évolution sur plus d'un siècle des statuts juridiques des hommes, des femmes et des enfants. Pour ces derniers, la symptomatologie serait à entendre comme une manifestation d'un malaise du sujet dans la culture. Cependant, au-delà de l'impact de la culture, ces différentes approches psychanalytiques s'intéressent à la singularité de chaque sujet, le symptôme produit constituant l'expression d'un conflit inconscient.

De nombreux praticiens rappellent d'emblée que ces « désordres » comportementaux font souvent partie du développement ordinaire de l'enfant, et mettent en garde contre un diagnostic hâtif. Il s'agit en premier lieu de situer ces manifestations dans l'organisation psychodynamique de la personnalité. Roger Misès (2005) précise que ce repérage par le symptôme « trouble du comportement », conduit à regrouper dans une même catégorie des sujets extrêmement différents du point de vue psychopathologique, et pour lesquels les prises en charge sont à différencier. Il insiste sur l'importance de repérer la structure des sujets et de différencier les cadres d'inscription des manifestations symptomatiques : troubles réactionnels, troubles névrotiques, psychoses, pathologies limites ou narcissiques¹²... Ne s'attacher qu'aux expressions comportementales sans prise en compte de la structure psychique, conduit à négliger la complexité des phénomènes conscients et inconscients qui se jouent pour le sujet pris dans sa dimension singulière et familiale, et à délaisser la nécessité d'un traitement multidimensionnel, crucial pour l'évolution du sujet.

Selon l'approche psychanalytique, les « désordres » du comportement ne sont pas des « troubles » au sens d'une maladie caractérisée, mais peuvent être des formations de l'inconscient. Pour M. Mannoni (1967 : 48), « le symptôme vient à la place d'une parole qui manque créée à l'attention de l'interlocuteur ». Contrairement à l'approche comportementale, le symp-

¹⁰ La ritaline peut être prescrite dans certains cas dits d'« hyperactivité ».

¹¹ Quotidien du médecin, 28 février 2005.

¹² Cette dernière catégorie, qui se singularise en effet par des recours à l'agir, nécessite une prévention, car les sujets sont en danger dans leur évolution, par une prise en charge multidimensionnelle relativement précoce.

tôme est ici une modalité d'expression du sujet. Supprimer le symptôme d'emblée revient à ne pas entendre son message.

De plus selon Lacan (1973 : 32), le symptôme contient sa part de jouissance : « Il est clair que ceux à qui nous avons affaire, les patients, ne se satisfont pas, comme on dit, de ce qu'ils sont. Et pourtant, nous savons que tout ce qu'ils sont, tout ce qu'ils vivent, leurs symptômes même, relève de la satisfaction ». Pour ces raisons, il ne s'agit pas d'éradiquer d'emblée le symptôme, mais de permettre aux sujets en souffrance d'accéder à leur parole : le symptôme peut alors céder.

Pour certains sujets, le symptôme a une fonction de prothèse en nouant le symbolique, le réel et l'imaginaire. Il est alors un effet de la structure du sujet, que Lacan nomme alors « sinthome ». Il distingue ainsi le sinthome qui ne chute pas, du symptôme qui tombe « de surcroît » (Lacan, 1962 : 70).

3. Présentation clinique

Nous proposons, à l'aide d'une situation de consultation, de montrer comment le dit « trouble » du comportement d'un enfant ou d'un adolescent s'inscrit dans une problématique singulière et familiale et de repérer les enjeux qui en découlent dans le travail clinique.

3.1. Considérations méthodologiques

La recherche à partir de consultations s'est effectuée ici dans un second temps lorsque le suivi thérapeutique était considéré comme achevé afin de ne pas interférer dans le travail clinique en cours. Les entretiens cliniques révèlent le travail psychique effectué par les sujets en souffrance. L'utilisation d'une situation clinique implique d'extraire une parole énoncée dans un cadre thérapeutique lors d'une relation transférentielle avec des règles particulières de fonctionnement, pour la transposer dans un autre cadre de discours. Deux niveaux de lecture sont ainsi à distinguer : celui de l'élaboration par un patient de sa problématique psychique et celui de l'élaboration théoricoclinique secondaire du praticien chercheur.

3.2. Bertrand

Bertrand a presque huit ans lorsque sa mère l'amène en consultation, pour des « troubles du comportement ». Nous précisons les grandes lignes du travail clinique effectué avec Bertrand mais aussi avec ses parents, tout en exposant les enjeux conscients et inconscients qui président à ces dits « troubles du comportement ». Dans ce suivi thérapeutique, la direction du travail a consisté à recevoir à chaque séance Bertrand et sa mère séparément, hormis lors du premier entretien où un temps commun a été proposé. À l'occasion d'un passage à S. le père a été reçu seul une fois.

Le travail psychothérapique psychanalytique nécessite de respecter la règle fondamentale des associations libres du sujet. Les symptômes comportementaux n'ont donc pas fait l'objet d'une investigation particulière de la part du clinicien.

Dans l'après-coup de ce travail thérapeutique terminé, nous repérons deux temps : le premier temps révèle l'intrusion de la mère dans la vie de son fils, le deuxième temps est un temps de séparation psychique où se constitue un espace de pensée pour Bertrand.

3.2.1. Un symptôme en réponse à l'emprise maternelle

Le tableau exposé est classique sans être inquiétant : Bertrand est agressif, il cherche la bagarre, il dit des gros mots, à l'école les punitions pleuvent. Les parents se sont séparés quatre mois auparavant, mais les difficultés ne datent pas de là, précise la mère, il a « toujours été agressif ».

« Toujours », cet enfant serait-il né agressif ? De quel œil la mère regarde-t-elle son fils ? Cette série de critiques émanant d'une mère excédée se clôt par un baiser sur la bouche de son fils. Au cours de l'entretien, elle a multiplié les contacts physiques avec son fils, manifestant une véritable intrusion corporelle à son égard.

Lorsque je questionne Bertrand au sujet d'un avertissement reçu à l'école, sa mère répond à sa place « c'est parce que tu le cherches » ; Bertrand ne trouve pas d'espace pour faire entendre sa parole.

Pour éviter les bagarres, elle surveille son fils dans la cour de l'école jusqu'à ce qu'il rentre en classe. L'attitude maternelle, toute protectrice qu'elle se veuille, reste intrusive : en retenant son fils à la grille, elle lui évite les coups, certes mais aussi les rencontres avec d'autres.

Ainsi, lors des premiers incidents scolaires, les parents ont changé leur fils d'école ; chez la mère, les punitions scolaires sont l'occasion de doubler chaque punition ou de priver Bertrand de dessins animés : les terrains privés et public sont ainsi confondus dans une mainmise maternelle. Il apparaît donc que les parents répondent par des actes aux difficultés : les échanges langagiers brillent par leur absence.

Une fois seul, Bertrand peut exprimer sa version des faits. Lors du premier entretien il modèle un cobra à deux têtes expliquant que les deux serpents « veulent chacun un corps » parce que comme ça « ils ne peuvent pas se chamailler ». Bertrand aimerait peut-être aussi un corps à lui, non pas livré à la mère, un corps pour se chamailler, pour se bagarrer. Ce garçon qui a du mal à se séparer de sa mère et elle de lui, souffle à la fin de l'entretien qu'il « préfère venir avec maman ou maman seule » la prochaine fois.

Un entretien unique a lieu avec le père de Bertrand, de passage à S. D'emblée il précise qu'il parlait peu avec son épouse et que le comportement de son fils ne faisait que refléter la dégradation familiale. Il se plaint des difficultés de parole de Bertrand qui ne dit pas ce qui ne va pas. Ainsi chacun éprouve des difficultés pour parler avec l'autre. L'entretien avec le père dévoile peu à peu la solitude et l'introversion d'un homme qui a perdu sa mère à 11 ans, vit ensuite avec un père mutique, violent dont il dit « mon père au lieu de trouver les mots il préférerait frapper ».

M. G. précise qu'il met un point d'honneur à « être différent [de son père] vis-à-vis de Bertrand/qu'il ne soit pas un enfant battu/.../c'est la carotte avec Bertrand, malheureusement/je préfère la carotte au fait de me fâcher ». Il reconnaît ainsi implicitement sa difficulté pour exercer son autorité, ce qu'il déplore en précisant « malheureusement ». C'est un homme blessé qui se découvre, dont les souffrances se dessinent plus ou moins clairement dans son discours, sans qu'il exprime explicitement son ressenti en évoquant sa mère mourante, un père maltraitant, un couple qui s'est décomposé, un fils douloureusement absent.

Bertrand, lors des séances suivantes, se plaint de sa solitude. Il dessine plusieurs personnages, tous plus monstrueux les uns que les autres, accumulant les crânes enfoncés et les visages couturés, ponctués d'exclamations jubilatoires « c'est dégoûtant/vachement dégoûtant ». Bertrand passe ainsi de l'agir à la représentation de la violence.

Au cours des séances sa mère est passée des plaintes répétitives à l'interrogation sur Bertrand « que faire ? ». Interrogation sur elle-même, sur ce qui a motivé son déménagement

chez ses parents « je crois que j'ai fait une grosse bêtise en revenant ici à S... avec mes parents ». Elle est partie « pour Bertrand, pour qu'il profite de ses grands-parents ». Elle ne dit rien sur le fait que profiter des grands-parents, c'est s'éloigner du père de plusieurs centaines de kilomètres. Le père (et la mère) de la mère remplace-t-il le père de Bertrand dans leur vie quotidienne ? Les pères sont-ils interchangeable dans le fantasme maternel ?

Du désarroi elle passe à l'angoisse obsédante par rapport à l'alimentation de son fils, puis à une angoisse ancienne, lors d'une opération de Bertrand à l'âge deux ans, très inquiétante, très douloureuse. Incidemment elle précise qu'il a le droit de dormir avec elle en cas de maladie.

Puis elle évoque le père « Bertrand trouve qu'il est violent son père/c'est vrai ». C'est la première fois qu'elle fait allusion à la violence du père, qui semble faire écho à l'agressivité de Bertrand insupportable pour la mère. Est-ce d'évoquer l'image du père qui rend Bertrand intolérable pour sa mère ?

Une ouverture s'est produite chez Mme B. : sous la mère d'abord négative, agressive, intrusive, collée à la peau de son fils, sourde à ses paroles, se dessine une femme anxieuse, choquée par les suites de l'opération de Bertrand, et qui a parfaitement entendu sa souffrance. Le lien au père de Bertrand et le lien aux grands-parents de la mère commencent à se dessiner en filigrane.

Au fil des séances, le symptôme de Bertrand prend tout son sens de formation de compromis entre un désir inconscient et sa défense à la lumière des enjeux œdipiens entretenus par une mère intrusive maintenant une proximité corporelle avec Bertrand. L'agressivité sert alors de défense contre l'emprise maternelle, pouvant mettre un terme à cette mère trop entreprenante. En effet, selon Freud « être au lit avec son père ou sa mère est pour Hans, comme pour tout autre enfant, une source d'émotions érotiques » (Freud, 1990) auxquels l'enfant réagit par des symptômes.

3.2.2. Séparation psychique et chute du symptôme

Bertrand dessine un ballon « en fer/très dur » puis il jette son dessin en expliquant que « maman va croire que les ballons sont bizarres ». Il ajoute « on dit pas à maman que les ballons de l'école sont bizarres ». Cette parole inaugure un temps où se constitue un espace secret d'où la mère peut être exclue, espace nécessaire à la possibilité de penser. Bertrand manifeste pour la première fois une volonté de cheminement sans sa mère, ce que lui ouvre l'espace thérapeutique.

Lors des séances suivantes, à plusieurs reprises, il évoque douloureusement la séparation parentale, sa solitude, son amour pour sa mère par exemple sous la forme d'un cœur dessiné.

Au cours d'une séance, il dessine un personnage pourvu d'un prolongement entre les jambes, m'expliquant qu'« il fait ses besoins ». Bertrand exprime symboliquement un thème phallique qu'il censure rapidement, me disant : « maman elle va pas aimer ».

Par la suite Bertrand dessinera abondamment des monstres horribles, piquants, saignants, poursuivant avec une jubilation évidente un travail de représentation de ses fantasmes violents. Dans sa vie, il a de plus en plus de copains, se voit féliciter à l'école. Sa mère convient avec soulagement qu'il y a « du mieux en tout/du mieux sur tous les plans », puis désapprouve le père avec virulence. Les critiques se sont déplacées sur cet homme.

Le travail thérapeutique révèle que les séances ont été pour Bertrand l'occasion d'élaborer les enjeux œdipiens en exprimant et en représentant son agressivité et ses sentiments amoureux pour sa mère, au sein d'une relation transférentielle. Il se trouve alors en mesure de réinvestir

les liens sociaux et le travail scolaire. L'agressivité s'est transformée en dynamisme usuel chez un petit garçon de son âge.

Les dits « troubles » du comportement n'ont pas été l'objet d'un travail direct, ils ont été très peu évoqués dans les séances, pourtant ils ont cessé.

De même le travail avec les parents n'a pas porté directement sur les « troubles » de leur fils, encore moins sur des conseils éducatifs. Pour la mère il a été l'occasion de traverser la plainte concernant Bertrand pour ramener au jour des angoisses passées et pour s'interroger sur son rapprochement entre elle et ses propres parents et reporter cette plainte sur le père de Bertrand. L'entretien a permis au père de saisir dans sa propre histoire infantile certains enjeux du symptôme de Bertrand.

Au-delà des dits « troubles » du comportement, tout un ensemble d'enjeux conscients et inconscients liés à une problématique familiale sur deux générations se sont dévoilés, convoquant les liens de Bertrand à ses parents, les liens du couple et l'histoire infantile des parents. Comme le rappelait [Lacan \(1986 : 13\)](#) : « le symptôme de l'enfant se trouve en place de répondre à ce qu'il y a de symptomatique dans la structure familiale ».

Ainsi la notion de « trouble » du comportement proposée par le DSM-IV et l'Inserm revient à omettre ces enjeux qui ne peuvent alors être élaborés. Dans cette conception il s'agit finalement de prendre les effets pour les causes, celles-ci restant occultées.

4. Conclusion

Dans notre travail avec les enfants et leurs familles, il s'agit d'aller au-delà des difficultés énoncées et de repérer leur valeur de symptôme pour l'enfant et pour ses parents : la manière dont nous allons entendre leur plainte est fondamentale.

La notion de « trouble » du comportement consistant à prendre en charge la difficulté présentée par l'enfant ou ses parents comme l'expression d'un dérèglement fonctionnel ou organique alors qu'il s'agit de l'expression d'un conflit psychique, risque de déplacer ou de renforcer le symptôme au lieu de soulager la souffrance psychique. La dimension familiale du symptôme, que le cas de Bertrand illustre bien, souligne la complexité des enjeux contenus dans ce symptôme et le danger de vouloir l'éradiquer d'emblée, danger d'autant plus grand dans la clinique de l'enfant, qu'est négligée la dimension inconsciente du symptôme non seulement chez l'enfant mais aussi chez ses parents.

Références

- De Ajuriaguerra, J., 1970. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson, Paris.
- Bergeret, J., 1996. La personnalité normale et pathologique : les structures mentales, le caractère, les symptômes, 3^e éd. Dunod, Paris.
- Cognet, G., 2004. Les nouvelles symptomatologies de l'enfant. *Psycho. Media*. 1, 19–24.
- Freud, S., 1990. Cinq psychanalyses. PUF, Paris (1909).
- Hurstel, F., 1996. La déchirure paternelle. PUF, Paris.
- Hurstel, F., 2001. Quelle autorité pour les parents aujourd'hui ?. *Comprendre* 2, 207–222.
- Julien, P., 1991. Le manteau de Noé. Essai sur la paternité. Desclée de Brouwer, Paris.
- Lacan, J., 1962. L'angoisse. Le séminaire. Livre X. Le seuil, Paris.
- Lacan, J., 1973. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Séminaire. Livre XI. Le seuil, Paris.
- Lacan, J., 1986. Deux notes sur l'enfant. *Ornicar ? Revue du champ freudien* 37, 13–14.
- Lebrun, J.P., 1997. Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social. Eres, Ramonville-Saint-Agne.

- Mannoni, M., 1965. Premier rendez-vous avec le psychanalyste. Denoël, Paris.
- Mannoni, M., 1967. L'enfant, sa maladie et les autres. Seuil, Paris.
- Melman, C., Lebrun, J.P., 2002. La nouvelle économie psychique. Entretiens avec Jean-Pierre Lebrun. Denoël, Paris.
- Misès, R., 2005. À propos de l'expertise INSERM relative au « trouble des conduites chez l'enfant et chez l'adolescent ». La lettre de psychiatrie française 149, 13–15.
- Théry, I., 1993. Le démariage. Odile Jacob, Paris.