



De l'objet transitionnel à l'addiction ? Regard d'un pédiatre

Nathalie Boige

DANS **SPIRALE - LA GRANDE AVENTURE DE BÉBÉ** 2002/2 n^o 22 , PAGES 77 À 88
ÉDITIONS ÉRÈS

ISSN 1278-4699

ISBN 2-7492-0031-8

DOI 10.3917/spi.022.0077

Date de mise en ligne : 01/12/2005

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-spirale-2002-2-page-77?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



De l'objet transitionnel à l'addiction ? Regard d'un pédiatre

érés | *Spirale*

2002/2 - no 22

pages 77 à 88

ISSN 1278-4699

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-spirale-2002-2-page-77.htm>

Pour citer cet article :

"De l'objet transitionnel à l'addiction ? Regard d'un pédiatre", *Spirale*, 2002/2 no 22, p. 77-88.

Distribution électronique Cairn.info pour érés.

© érés. 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.

De l'objet transitionnel à l'addiction ? Regard d'un pédiatre

J'aurais pu intituler ce travail : « Pourquoi le pédiatre a horreur de la tétine et... l'accepte, comme tout le monde ? », en précisant que je parle en mon nom propre.

Il me semble intéressant, en dehors des raisons médicales scientifiques (hygiène, articulé dentaire, otites moyennes, sécrétion gastrique acide) que l'on peut alléguer, d'explorer cette aversion. Les raisons sont probablement à rechercher ailleurs, dans les projections que font parents, enfants et pédiatres sur cet objet.

Il ne s'agit pas de ma part de militantisme, ni même de guidance anti-tototte. Les parents que je vois en consultation avec leurs bébés ou enfants me sollicitent pour une pathologie somatique (gastro-pédiatrique), et n'attendent pas de conseils de vie, si tant est qu'il appartienne au pédiatre « généraliste » de prodiguer des conseils sous forme de guidance... Il m'apparaît que la tétine, le pouce, appartiennent déjà à un domaine très intime de la relation du bébé et de ses parents, et ne sont pas objets de prescription. Le choix implique probablement plus les parents que l'enfant, et est influencé par le contexte culturel et sociologique.

La démographie tétinesque est impressionnante : dans ma consultation, en banlieue sud de Paris, je constate qu'environ

80 % des bébés en dessous de 6 mois ont recours à la tétine, et il est exceptionnel de voir un bébé suçant son pouce ou un autre doigt. De 1 à 3 ans, le pourcentage de tétinophiles descend progressivement aux environs de 15 %, ce qui est encore un effectif important pour une consultation en période diurne d'éveil. La tétine est progressivement remplacée par un doudou que l'on suce (l'oreille de lapin tient une bonne place, avec la classique couche en coton). Il est vrai que les enfants venant en consultation médicale sont dans une situation d'insécurité qui les pousse à se réassurer, et que le « recrutement » est biaisé du fait qu'ils ont une pathologie médicale sous-jacente qui peut avoir un rapport ou entraîner une anxiété particulière.

Les parents présentent cet objet avec une certaine culpabilité (plus ou moins feinte), mettent en avant le besoin de l'enfant : « Ça lui fait du bien, il ne peut pas s'en passer. »

Il me semble qu'il existe une aversion généralisée pour cet ersatz du sein ou du pouce, cette aversion s'amplifiant dans certaines situations. Tout est question de contexte et de stade de développement de l'enfant.

Au travers de situations que nous rencontrons régulièrement, nous allons nous aider de quelques lignes directrices pour mieux comprendre la place de la tétine chez nos enfants :

- tétine et objet transitionnel ;
- tétine et séparation ;
- tétine et développement libidinal ;
- distinction tétine/pouce ;
- tétine et activité autoérotique ou autocalmante, addiction ?

J'ai rencontré la tétine dans des situations et à des âges extrêmes de la population pédiatrique. Son rôle bénéfique d'apprentissage ou de maintien de la succion chez le bébé, prématuré ou non, hospitalisé en période néonatale, est bien connu et utilisé de nos jours. Chez le bébé, durant des soins douloureux, le rôle antalgique et apaisant de la succion non nutritive est également reconnu.

Chez certains bébés, ce rôle de « *pacifier* » (terme anglo-saxon) permet de passer un cap dans l'adaptation à la vie extra-utérine, à l'arrivée au domicile, ou plus tard dans certains cas de sevrage difficile.

À un autre extrême, je citerai l'angoisse qui me saisissait à chaque fois que je rencontrais un garçon préadolescent à l'hôpital de jour de pédiatrie qui venait recevoir sa cure de chimiothé-

rapie pour une affection maligne, et qui restait muet et prostré chaque journée de soin, maigre, alopécique, et ne quittant pas une tétine de sa bouche...

En dehors de cette situation extrême, nous examinerons des scènes beaucoup plus fréquentes et typiques.

Tétine et pleurs du nourrisson, ou la tétine « bouchon »

Un bébé de quelques mois m'est amené en consultation pour troubles digestifs (reflux, coliques) et pleurs. Après un entretien avec les parents, je vais examiner l'enfant. Ils m'aident à le dévêtir. Dès le premier pleur d'inconfort ou de tension du bébé, ils se précipitent pour prendre la tétine dans les affaires du bébé et la lui collent dans la bouche : tétine anti-expression du bébé, anti entrée en contact avec l'adulte supposé menaçant. Les pleurs du bébé n'ont pas le temps d'éclorre ou de se calmer, de se développer et de s'amplifier comme une forme d'expression préparant aux échanges infraverbaux et verbaux. Le pleur du bébé n'est pas accepté, compris ou interprété par les parents ; il mobilise une culpabilité sourde et témoigne d'une faille de la contenance parentale. Pourquoi ne pas laisser parler le bébé, et essayer d'abord les bras et les paroles ? Cela me prive de voir l'expressivité du visage de l'enfant, son goût pour l'interaction et sa « consolabilité ».

Il faut ici tenir compte d'une donnée culturelle, sociologique et commerciale. Notre société n'accepte pas les conflits ni l'ambivalence naturelle et inhérente à la parentalité. Une phase adaptative du bébé à la vie extra-utérine ou avec ses parents, un accordage ne sont pas reconnus comme souvent nécessaires. Entre le bébé que l'on conseillait autrefois de « laisser pleurer » et l'extinction immédiate de son cri, il n'y a pas dans ces cas de place pour un intervalle d'échanges et de consolation.

Les parents sont souvent convaincus du bien-fondé de cet objet qui leur est vanté et qui est souvent donné au bébé dès la maternité comme faisant partie de son trousseau.

Tétine et angoisse de séparation

Le bébé a grandi et a accédé à la phase dépressive et à l'angoisse de séparation. Il est mis en crèche où, aux dires des parents, il ne quitte pas la tétine du matin au soir. Les parents y voient, de leur côté, un maintien de la continuité – bien factice – ; le lien est maintenu, comme un fil d'Ariane, du matin au soir et du soir au matin. Tétine antidépresseur de la mère ? Crainte de la séparation, de la rupture, de la discontinuité. La tétine est un leurre, qui cherche à gommer (esquiver) la séparation.

Exemple : dans une petite crèche de la banlieue sud de Paris, sur vingt-six enfants de 3 mois à 2 ans et demi, huit enfants ont une tétine et un doudou, cinq enfants un doudou, quatre enfants une tétine, neuf enfants n'ont rien et adoptent un doudou qui reste à la crèche.

Le point commun dans ces deux situations est que la tétine est donnée par les parents et non découverte par l'enfant : elle devient un « néobesoin » et non la satisfaction d'un désir, d'une attente. Il s'agit avant tout de la tétine de la mère, et non du bébé.

Tétine et refus de l'altérité

Un enfant de 3 ans vient me consulter pour un symptôme digestif fonctionnel tel que constipation ou encoprésie (le symptôme n'est peut-être pas choisi au hasard). Durant toute la consultation, il reste collé à sa mère ou retranché derrière elle, et suce de façon discontinue sa tétine : refus de l'échange et de la communication, hostilité défensive, attitude fusionnelle avec la mère.

Que nous fait vivre cet enfant qui suçote ? L'aspect provocateur du repli autocalmant, le refus du contact et de l'échange ; l'enfant n'a pas de mimique buccale visible, d'expression, pas de langage ; il se cache derrière sa tétine. Cela entrave le développement de la parole, car il est très difficile, voire impossible, de parler avec une tétine dans la bouche.

Les parents expliquent généralement que, dans des situations de « stress » (telle une consultation médicale), l'enfant reprend sa tétine ; sinon, il ne l'utilise qu'en cas de fatigue, de

souci ou pour s'endormir. Ce sont souvent eux qui ont donné la tétine à l'enfant en situation d'inquiétude, avant qu'il ne la demande. Cela témoigne de difficultés de séparation-individuation et signe le refus de la communication (angoisse), mais aussi l'incapacité des adultes à proposer une interaction de qualité.

Qui a le plus peur de l'échange, de « lâcher » son enfant dans l'interaction ? Le procédé commun dans ces situations me semble être l'utilisation autocalmante de l'oralité, de façon défensive de la part des parents. Défenses contre quoi ? Cela les rassure au sujet de leur culpabilité, de l'ambivalence et des difficultés de l'accordage initial.

Ils peuvent acheter la sucette, la donner, et même l'accrocher (dénier de la séparation), contrairement au mamelon ou au pouce que l'on ne peut « scotcher ». Les parents y trouvent une aide face à leur incapacité à calmer, à autonomiser progressivement le bébé sans un objet extérieur.

On ne peut ignorer la dimension culturelle, sociologique, l'effet de mode du « gadget ». Les parents offrent du matériel à la place des mots et de l'affect. Il y a une faille dans la fonction contenante de la mère, sa capacité à rendre pensables séparations transitoires et retrouvailles, et il manque la fonction contenante du langage (comme nous la décrit P. Delion dans *La musique de l'enfance*).

Tétine et objet transitionnel ?

La tétine n'est pas un objet transitionnel, même si son utilisation peut appartenir aux phénomènes transitionnels décrits par D. Winnicott, « l'aire intermédiaire d'expérience qui se situe entre le pouce et l'ours en peluche, entre l'érotisme oral et la véritable relation d'objet ». La tétine est tout au plus un précurseur comme l'évoque D. Winnicott dans l'avant-propos de *Jeu et réalité*, sans plus amples commentaires que « toutes les complications que ne manque pas d'entraîner l'utilisation d'une sucette ou d'une tétine ». Le but de l'utilisation du précurseur est le même que celui de l'objet transitionnel : la lutte contre l'angoisse de type dépressif. Pour le bébé qui l'utilise, la tototte est sûrement le premier objet « non-moi » (au sens commun du mot) qu'il manipule, après le mamelon, et à la place du pouce ou d'un autre doigt. Mais cet objet n'est pas trouvé et créé par lui-

même mais donné par les parents (à la différence du pouce et de l'objet transitionnel), et la tétine est donnée beaucoup plus tôt que ne se découvre classiquement l'objet transitionnel, dont D. Winnicott situe le début vers 4, 6 ou 8 mois. Il précise bien que l'objet transitionnel est montré par l'enfant, trituré, déformé. L'objet tétine n'a pas l'adaptabilité, les capacités de transformation, la malléabilité de l'objet transitionnel.

La question du « timing » est importante – en microrhythmes et macrorhythmes. Dans l'utilisation de la tétine, il manque l'écart temporel, la recherche, l'initiative du bébé. Avec cette tétine collée – trop vite – au bébé manquent la temporalité et l'espace intermédiaire pour la naissance du fantasme et de la vie imaginaire, le travail créatif du désir. Il s'agit d'un faux lien, d'une tentative de négation de la perte, de la séparation, de la discontinuité.

Quelle est l'expérience psychique associée au tétouillage de la tétine ? Pour D. Winnicott, la satisfaction dans l'utilisation de l'objet transitionnel dépend de la constitution préalable d'un bon objet interne, et a un rôle d'initiation progressive vers la relation d'objet. Il s'ensuit un processus progressif de désillusionnement pour l'objet transitionnel initialement « trouvé créé », et une continuité évolutive vers la diffusion de l'aire transitionnelle, parallèlement au passage progressif de la symbiose et de la dépendance totale (à la mère) à une relation objectale.

Il me semble qu'avec la tétine manque le caractère dynamique et créatif de la relation existant avec l'objet transitionnel, qu'il a « élu lui-même, et sur lequel il peut agir ». De plus, le désinvestissement de la tétine n'est le plus souvent ni progressif ni volontaire ; l'« arrêt » de la tétine ressemble plus souvent à un arrachement évoquant une relation d'objet adhésive, un agrippement, un phénomène de « clôture » par un complément narcissique.

Tétine et oralité

La théorisation de la « cavité primitive » de Spitz (oropharynx du bébé) est très riche pour notre sujet, d'autant qu'elle a entre autres, l'avantage d'inclure la continuité entre vie intra-utérine et vie extra-utérine, la contiguïté des fonctions orales, alimentaire et respiratoire, et le caractère transmodal des sensations

postnatales. Citons Spitz : « J'incline à penser que le moi corporel naît des sensations éprouvées dans la cavité orale. Ces dernières dominent largement dans la toute première enfance. »

L'oralité est le premier processus précurseur de la relation d'objet, et me semble être par excellence un domaine où la césure de la naissance est « factice ». Comme le fœtus suce son pouce, ou autre partie de son corps *in utero*, l'activité de succion nutritive et non nutritive a une fonction de complément narcissique pour le bébé et l'aide à délimiter son soi corporel.

Il me paraît possible pour le pouce, à l'opposé de la tétine, de suggérer que la délimitation du « moi-peau » est plus satisfaisante si l'objet appartient au corps propre. Freud, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, décrit l'activité autoérotique du suçotement en insistant sur ces données d'autosuffisance et de liberté : « Pour la succion, l'enfant ne se sert pas d'un objet étranger, mais de préférence d'un endroit de son propre épiderme, parce que celui-ci est d'un accès plus commode, parce qu'il se rend ainsi indépendant du monde extérieur qu'il est encore incapable de dominer, et parce qu'il se crée de cette façon une seconde zone érogène, même si elle est de valeur inférieure. »

Ainsi, il s'agit de liberté et non d'une dépendance en creux et en bosse de l'absence, entretenue à un objet sans vie, imposé, extérieur au corps.

Selon la théorie freudienne de l'étaillage, à partir du besoin oral nutritif (succion nutritive du mamelon ou du biberon) s'appuie, s'articule et se dégage la sexualité orale par l'expérience de plaisir qui y est associée. Par l'apparition et la satisfaction de besoins érotiques (succion non nutritive comme le suçotement des lèvres), plaisir et désir se distinguent du plan du besoin et de sa satisfaction. Cette libidinisation de la fonction orale est largement dépendante de la fonction maternelle et infiltrée par l'inconscient maternel qui donne le plaisir, le « dynamisme libidinal ». Parions que l'étaillage se fait dans les deux sens, car si la libidinisation de l'activité orale alimentaire est en défaut, le besoin ne peut parfois plus être satisfait (difficultés alimentaires des bébés). Que donne la mère avec la tétine ? plaisir ? besoin ? calme ? À quoi répond-elle ?

Tétine et pouce

J'ai déjà abordé quelques différences entre tétine et pouce qui m'aident à progresser dans ma réflexion sur l'usage de la première.

Le pouce (ou autre doigt) est une partie du corps propre de l'enfant, et sa succion aide à percevoir les limites du corps, par une enveloppe qui est entièrement cutanée et propre à l'enfant. Le pouce est plus auto-érotique que la tétine, car il procure un contact peau à peau doublement érogène pour la cavité buccale et le pouce : la cavité buccale a une action sur le pouce, qui a lui-même une action en retour sur l'érogénicité des lèvres (« *feedback* », dirait-on en biologie) ; le pouce, ou autre doigt, est doué d'une consistance, d'un goût variables ; il est malléable et a une mobilité volontaire en retour. L'utilisation du pouce est plus dynamique et plus discontinue que celle de la tétine, qui est une pseudo-continuité, un refus de l'alternance présence/absence : on enlève le pouce pour agir (besoin de ses mains) ou pour parler, alors que la tétine est à l'origine de difficultés à parler la bouche pleine (parfois le recours à la tétine signe le refus de l'échange verbal).

La relation d'objet orale serait-elle plus élaborée, plus ouverte vers l'altérité avec le pouce, dans le sens où B. Brusset dit que « la pulsion orale signifie le mouvement vers l'objet en vue de la satisfaction pulsionnelle qui est en même temps élan narcissique, appétit de vivre et de jouir, orexis » ?

Y aurait-il plus de plaisir avec le pouce, qui ressemble plus au mamelon que la tétine, et qui est un prolongement de la vie intra-utérine, de la succion *in utero* du pouce, avec son contingent de sensations gustatives et olfactives ?

Il peut exister une affaire de goût : un ex-fumeur de mon entourage répond à la question « pouce ou tétine ? » : « Moi, quand je fume, je préfère la cigarette à la pipe, car elle est de consistance plus souple, s'adapte mieux aux lèvres, et que l'on salive moins autour. »

Auto-érotique et autocalmant, ou qu'en est-il de l'érogénicité de la tétine ?

G. Swec a décrit la double subversion autoérotique et autocalmante des fonctions biologiques selon qu'est à l'œuvre la pulsion de vie ou de mort : il définit ainsi le « recours à des activités soumises à une compulsion de répétition qui vise à ramener la tension d'excitation au niveau zéro, mais sans pouvoir apporter la décharge dans la jouissance et la satisfaction. Cette distinction, qu'on doit à Michel Fain, entre ce qui calme et ce qui apporte la satisfaction est le point de départ de la conception actuelle des procédés autocalmants. » Il insiste sur le rôle de la fonction maternelle dans la liaison pulsionnelle.

Chez l'adepte de la tétine, tout est en place pour parler d'autocalmant, ce qui exprime bien des impressions ressenties en présence d'enfants tétant de façon forcenée leur tétine à 3 ou 4 ans. En amont, la libidinalisation de la fonction biologique est défaillante.

L'activité orale de succion devient machinale, mécanique, antipensée, chez certains enfants tétant compulsivement leur tétine, comme la rumination du méryciste, à l'instar de l'enfant de 4 ans décrit par G. Swec qui rumine, se balance et répond machinalement à ses questions, qui n'a pas envie de venir le voir et de communiquer avec lui. Cette activité fait partie des rythmes autocalmantes, témoigne d'une défaillance des auto-érotismes, d'une lutte antipensée, de la différence entre besoin et désir et fantasme. Comme dans le cas des autocalmants décrits par Swec, on peut affirmer que la pulsion de mort est à l'œuvre, ainsi que le désengagement de la relation. G. Swec décrit un évitement de la relation à l'objet menaçant par son trop ou pas assez d'excitation, une intrication avec la pulsion de mort maternelle contre laquelle l'enfant lutte.

Plus précisément, quelle est l'intention ou la projection des parents qui donnent une tétine au bébé ? Le plus souvent, ce n'est pas son plaisir qui est visé, mais leur tranquillité, dans l'intention d'un retour au calme, ce qui caractérise plutôt la pulsion de mort.

L'autocalmant tétine serait, comme d'autres autocalmants fonctionnels, une réaction aux manifestations de la pulsion de mort maternelle transmise dans les soins.

Ce recours à l'oralité, lorsqu'il est compulsif, et déplacé dans le stade évolutif et le contexte de vie de l'enfant, serait plutôt – au contraire des activités auto-érotiques – une régression dépressive confinant à la fixation (comme les décrit P. Denis), signe d'immobilisme, qu'une régression dynamique ressourçante vers la séparation individuation.

Oralité addictive ?

Y a-t-il une dépendance à l'usage de la tétine, une incapacité chez certains moyens et grands enfants à en arrêter ou moduler la consommation sans aide extérieure ?

Chez le bébé s'installe une dépendance entretenue à un objet sans vie, imposé, extérieur au corps. Au départ, il s'agit d'une lutte non parlée ni négociée contre l'angoisse de séparation de la mère puis de l'enfant. Le besoin d'un objet extérieur qui vient faire complément narcissique et permettre la délimitation du corps et l'érogénéisation de la cavité orale se substitue au plaisir.

Avec la « psychanalyse de l'objet addictif » que nous propose M. Monjauze, nous sommes de plein fouet confrontés aux angoisses de séparation, aux failles narcissiques concernant la délimitation du corps propre, à la substitution d'un objet extérieur à la parole et au fantasme par un court-circuitage de la pensée. Je résume sa pensée : l'objet addictif est une réponse à l'angoisse dans une confusion sujet/objet, un manque de représentation fantasmatique, une réponse du corps au corps, sans mots. Dans les bons cas, l'enfant s'approprie un corps érogénéisé ; face au trouble dans l'appropriation corporelle, à l'existence de zones muettes, cet objet est un complément sans lequel l'enveloppe corporelle ne se ressent pas complète (elle parle de « créer la bouche » pour les alcooliques qui « biberonnent »). Son utilisation lutte contre des angoisses archaïques, cherche à combler une faille narcissique, une zone corporelle muette, sans laisser de place pour l'attente, l'écart, qui permet le fantasme. Elle passe par la sensation corporelle et répond à une souffrance psychique par le corporel en court-circuitant la pensée (ou pour nous son émergence).

On pourrait dire, en utilisant les termes de M. Monjauze, que, face au « trou de l'absence », la tétine est un objet qui à la fois « le creuse et l'obture »...

Que pensent les bébés ?

Ces réflexions n'ont de sens que si l'on considère que tout est question d'âge et de stade développemental, de contexte d'utilisation, entre l'autoérotisme et l'autocalmant bien tempérés et « socialement intégrés » et le repli dans l'activité stéréotypée régressive.

Mais que pensent les bébés ? Quel est leur goût ? Où est leur plaisir, leur choix ? Laissons-les parler et parfois « transformer l'essai », grâce à leur créativité et... à celle des parents en retour. Il serait abusif de généraliser et de ne retenir que les excès et les dérives de l'usage de la tétine. On constate d'ailleurs chez certains bébés souriants et espiègles l'existence de vrais jeux perdu/retrouvé, investissement/désinvestissement de « bobine »/tétine en bouche, et chez d'autres l'existence d'un « parc » de tétines qui est une véritable aire transitionnelle.

Il s'agit dans ces cas d'une négociation positive avec les parents, vers l'individuation de l'enfant, l'émergence de sa créativité et de son libre arbitre.

En conclusion

Le pédiatre n'est pas prescripteur en ce domaine. Il pose un regard latéral et critique, a accès à une observation des bébés qu'il soigne, des modes et évolutions de la société. Si ce n'est pas son rôle de dicter des règles de vie, il a le choix de penser et de défendre le développement de l'enfant, son libre arbitre, qui passe par l'étayage du plaisir et du désir sur le besoin, puis le passage progressif parlé et négocié du principe de plaisir au principe de réalité, l'idéal étant une autonomisation sans clivage régressif, avec des périodes de fixation régressive dynamique qui ne soient pas synonyme d'abrutissement autocalmant.

Il s'agit donc de défendre à chaque étape l'individuation progressive du bébé et de l'enfant, l'émergence de sa vie psychique, de sa pensée et de sa créativité reconnues et encouragées

par les parents et leurs paroles, en s'inscrivant contre l'emprise aliénante.

Bibliographie

- BRUSSET, B. 1992. « Le stade oral du développement libidinal », chap. III, dans *Le développement libidinal*, Paris, PUF.
- DELION, P. 2000. Postlude. « Loi symbolique, logique des identifications et discours de l'institution », dans *La musique de l'enfance*, Éditions du Champ Social, Lecques, p. 118.
- DENIS, P. 1994. « Fixations dynamiques, fixations dépressives », *Rev. franç. psychosom.*, 6, 139-147.
- FREUD S. 1987. *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, pour la traduction française et les notes.
- MONJAUZE, M. 2001. « Psychanalyse de "l'objet", "objet drogue", "objet alcool" », *Le Carnet Psy*, 61, 17-22.
- SWEC, G. 1995. « Relation mère-enfant machinale et procédés autocalmants », *Rev. franç. psychosom.*, 8, 69-89.
- SWEC, G. 1996. « Subversion érotique et subversion autocalmante : une double potentialité pour les fonctions somatiques », *Rev. franç. psychosom.* 10, p. 47-58.
- WINNICOTT, D. 1975. « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », dans *Jeu et réalité*, Gallimard, NRF, pour la traduction française, p. 7-40.
- WINNICOTT, D. 1975. « Avant-propos », dans *Jeu et réalité*, Gallimard, NRF, pour la traduction française, p. 3-6.