

À propos d'un emploi contemporain de la psychanalyse dans le traitement en institution des patients souffrant de schizophrénie

A contemporary use of psychoanalysis in the treatment of institutionalized patients with schizophrenia

Florence QUARTIER¹, Pierre-André LANG², Jean-Matthieu LACROIX³

Nous remercions Michel Botbol d'avoir proposé le thème du traitement de la psychose pour ce Symposium organisé par la Section « Psychanalyse en psychiatrie ». Il est en effet tout à fait nécessaire – et à notre avis très intéressant – de ré-examiner comment les notions psychanalytiques peuvent être utilisées dans le contexte qui est le nôtre aujourd'hui, tenant compte de l'évolution des connaissances et des pratiques en psychiatrie aussi bien qu'en psychanalyse. Daniel Simon Kipman nous rappelle dans un livre récent, combien

psychanalyse et psychiatrie ont pu à certains moments de l'histoire du XX^e siècle s'opposer, ou bien au contraire se fondre, établir des rapports de force et/ou de réciprocité, plus ou moins sous-tendus par des questions idéologiques. C'est aujourd'hui une autre voie qui peut être prise.

Re-situons la psychanalyse en ses fondements : il apparaît que les notions psychanalytiques sont issues de la pratique clinique telle qu'elle se déploie au quotidien. Et c'est du fait de leur ancrage dans la pratique qu'elles sont utilisables en psychiatrie. Il ne s'agit jamais d'une pratique facile. Freud n'a pas à

faire à de « bons patients » bien névrosés. Il traite des cas compliqués, pénibles à supporter, évoluant plutôt mal. A son époque, Freud cherche, investigue, se questionne et met en place des hypothèses à valeur heuristique. Sa manière de procéder est largement inspirée de l'examen médical. Il est, et se sent médecin, et en tant que tel, il utilise largement le raisonnement hypothético-déductif que nous connaissons. Et puis soudainement il s'échappe de ce raisonnement, pour construire de nouvelles hypothèses, pour prendre en compte des éléments nouveaux, qui lui sont apparus à force de porter attention à certains détails et à se laisser questionner de l'intérieur, en fonction de ce qu'il ressent. Il relève des détails parfois infimes, éventuellement un peu ridicules, impliquant souvent la concrétude du corps. Ils surgissent de manière inopinée dans les entretiens. Il peut aussi s'agir de comportements, de signes habituellement non pris en compte ou pas encore répertoriés. À aucun moment il n'emboîte le pas à une notion statique comme celle de chronicité ou à une démarche qui tend à fixer un diagnostic dans l'éternité : il n'est pas pensable qu'il existe une maladie éponyme dans le système analytique, pas pensable qu'il existe une « hystérie de Freud », comme il existe une sclérose latérale amyotrophique *de Charcot* ou un réflexe *de Babinski*.

Il est très intéressant de suivre cette démarche fondatrice de près, entre autre parce que Freud l'explique tout à fait clairement dans de nombreux textes. Cette démarche rejoint celle de certains scientifiques : il arrive qu'un chercheur s'échappe d'un raisonnement pour ouvrir de nouveaux espaces de pensées. Il peut passer par exemple d'un mode de penser empirique à un raisonnement qui construit un modèle hors norme ou pas encore connaissable. Et l'on sait aujourd'hui que cela fait partie intégrante du processus de découverte en sciences. (On pense ici par exemple à la *construction* de l'hélice d'ADN). Il s'agit là un processus d'une grande complexité et d'une extrême richesse qui peut tout à fait nous inspirer et même si nous n'en connaissons pas tous les tenants et aboutissants d'autant que certains d'entre eux sont inconscients.

En médecine depuis longtemps déjà, le modèle d'une « maladie » au sens maladie spécifique du terme, ne permet plus de répondre aux difficultés de la pratique. Et c'est du côté des modèles de la complexité que le médecin se tourne. De même en psychiatrie, la notion de « maladie » est constamment reconsidérée, remise en cause au vu de la fluctuation des connaissances dans les domaines des neurosciences

cognitives, de la psychopharmacologie ou de la neuro-imagerie. Au vu aussi de l'évolution des pratiques cliniques. La notion de maladie n'aide pas toujours à définir une spécificité du traitement, elle peut même contribuer à l'exclusion des patients à l'intérieur même des réseaux de soins. Il est donc de notre devoir de ne pas accepter de la laisser seule guider les politiques de soins. Sur ce point, il est possible aujourd'hui d'articuler de manière très utile la psychanalyse au travail en psychiatrie. Ce peut être une importante contribution en vue de maintenir toute la riche complexité de chaque traitement. De cette complexité les médecins sont aujourd'hui presque les seuls garants : de partout viennent des messages, des propositions comme quoi il faut et il suffit de prescrire tel ou tel médicament, il faut et il suffit de traiter un symptôme pour un durée brève et délimitée d'avance. Alors que chaque jour, avec chaque patient, chaque médecin (re) découvre, (ré)apprend combien chaque problématique contient d'éléments inattendus qui n'entrent dans aucun cadre pré-établi. Il y a là un important champ de préoccupations qui pourraient être communes aux médecins et aux analystes.

Dans notre travail en psychiatrie, nous tentons de préserver cette complexité et d'en faire la substantifique moelle de nos traitements. D'abord au niveau du travail d'une équipe pluridisciplinaire puis dans le détail d'un entretien. En effet, c'est de la même démarche qu'il s'agit : rester à l'affût de ce qui vient du patient, sans *a priori*, rester vigilant à ce qui est connu et à ce qui paraît étrange ou incompréhensible, construire un lien thérapeutique personnel, spécifique et dynamique avec chaque patient puis trouver à l'intérieur de nous les ressources pour relancer le mouvement quand des difficultés se présentent. On voit là apparaître, comme en transparence, les notions d'inconscient, celles aussi de transfert et de contre-transfert. Mais elles ne sont pas ici imposées de l'extérieur, elles viennent comme naturellement reprendre forme et place dans la pratique de chacun des intervenants.

Travail pluridisciplinaire, un processus inventif

Le Centre Psychiatrique neuchâtelois, où P.A. Lang est médecin chef, est situé à La Chaux-de-Fonds, une ville de 50 000 habitants, située dans le Jura suisse. Il s'agit d'un Centre dédié aux consultations ambulatoires, avec une antenne de Crise et une autre à l'hôpital général. L'équipe pluridisciplinaire est

composée d'une vingtaine de collaborateurs, médecins (psychiatres), infirmiers, psychologues et assistants sociaux.

Dans l'équipe multidisciplinaire, un important travail est effectué depuis plusieurs années pour que le langage psychanalytique devienne un véritable outil de travail. C'est indispensable pour éviter les incompréhensions, les malentendus. Chacun découvre, au fur et à mesure de son cheminement, l'utilité qu'il peut y avoir à recourir à l'analyse dans l'expérience professionnelle quotidienne. Chaque collaborateur(trice) trouve à mettre ses propres mots sur les concepts psychanalytiques avec le plaisir d'en (re)découvrir l'usage possible dans les relations avec les malades. C'est une garantie pour garder ces relations dynamiques, pour ne pas s'enfoncer dans la chronicité. Et il devient ainsi tranquillement possible de se référer à la richesse de l'oeuvre psychanalytique. Nous insistons sur l'importance des réunions et des colloques multidisciplinaires sur le mode d'un partage et d'une réflexion *au sujet* des traitements, des situations, du rôle d'une équipe de soins, des limites aussi à mettre à notre action. Chacun(e) doit pouvoir dire comment il envisage son intervention, ce qu'il ressent, ce qui semble être utile et ce qui est difficile. Ce sont autant de garanties pour un fonctionnement d'équipe à la fois cohérent et solide. Souvent malmenée par les réalités économiques ou administratives, souvent non reconnues dans leurs efforts, les équipes concentrent sur elles des problèmes d'origines très diverses qui, s'ils ne sont pas détectés, élaborés et soignés, entraînent des conséquences souvent désastreuses sur les soins : certains malades se voient comme poussés vers une plus grande désinsertion, marginalisation et chronicité. À l'évidence c'est là un des très grand défi lancé à la psychiatrie dès aujourd'hui et pour le futur. Et c'est à ce propos que nous avons à mener une lutte incessante qui ne peut jamais être définitivement gagnée. Elle doit être menée autant sur le front des politiques de soins, du financement que de la politique professionnelle de formation, celle des psychiatres mais aussi de tous les intervenants en psychiatrie. Elle doit aussi être menée jusque dans le détail des soins. Chaque traitement recèle bien plus d'éléments caractéristiques des problèmes qui se posent à la psychiatrie d'aujourd'hui que ne laisse entrevoir une longue présentation trop bien reconstruite sur le plan formel ou une mise en forme statistique. Il suffit d'entrer dans un traitement, par la petite porte, celle qui se présente à nous quand un patient arrive. C'est ce que nous

verrons plus bas avec le détail d'un entretien. Il suffit d'écouter sans *a priori* les difficultés rencontrées dans un traitement à long terme, de contourner l'édifice DSM-IV ou son voisin proche la CIM-10, pour ouvrir grand sur des espaces où se déploient des problématiques encore pleines d'inconnues.

Voici l'exemple d'une situation très typique et somme toute banale, d'une femme de 28 ans, Mme G. Elle est traitée au Centre psychosocial de La Chaux-de-Fonds depuis plusieurs années pour un trouble schizo-affectif. Nous en parlerons très brièvement mettant l'accent sur un point précis de ce traitement complexe : comment et à quelles conditions la référence à l'analyse peut être utile dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire.

Cette femme a longtemps été considérée comme *stabilisée* dans le cadre d'un suivi de forme habituelle : des entretiens réguliers mais assez espacés, centrés sur des bilans, assurant une continuité relationnelle et une très bonne compliance médicamenteuse. La relation thérapeutique semblait sans histoire : le médecin (une femme) ne relevait pas de signes d'un fonctionnement psychotique. Cependant Mme G. présentait une très importante prise de poids et s'en plaignait. Elle pesait plus de 100 kilos. La prise de neuroleptiques étant considérée comme tout à fait nécessaire, aussi bien par elle que par son psychiatre, à titre surtout préventif, la prise de poids était vue comme un effet secondaire malheureusement inévitable. Or, à un moment donné, Mme G. a exprimé un désir de grossesse et souhaité un changement, voir un arrêt du traitement médicamenteux ! Tenant compte des considérations éthiques – toujours très importantes à prendre en considération –, la psychiatre accepte alors de modifier le traitement pour garantir une grossesse avec le moins de risques pharmacologiques possibles. Cette modification est faite, de manière tout à fait pragmatique et sans aucun lien avec ce qu'elle implique sur le plan relationnel. La réalité transférentielle est complètement occultée ! Ce qui se passe très fréquemment en psychiatrie comme l'a très bien souligné Ayça Gurdal dans un autre Symposium. Aucun dialogue n'est établi au sujet de ce désir de grossesse : la psychiatre ne se situe pas comme un objet maternel ni même comme objet dont la patiente pourrait craindre qu'on lui interdise une grossesse. Quelles contre-attitudes habitent alors la thérapeute ? Et aux dépens de quels mouvements de contre-transfert passant complètement inaperçus ? Il est à noter que à ce moment du traitement, la psychiatre s'occupait seule de cette patiente.

Ce qui se passe par la suite est impressionnant : après l'arrêt de sa médication, Mme G. ne donne plus de nouvelles pendant trois mois puis fait une tentative de suicide médicamenteux qui entraîne une hospitalisation en milieu psychiatrique. À sa sortie, une reprise des entretiens est fixée avec le médecin, avec, en parallèle, une prise en charge infirmière. La patiente est encore très fragile. Elle se présente dans un état hypomaniaque et les retrouvailles avec son médecin se font dans un contexte d'inquiétude qui ne permet pas de verbalisation ni d'élaboration des raisons ayant conduit à la décompensation. On ne parle plus ni de grossesse, ni de remise en question du traitement médicamenteux. Et, suite logique de ce qui précède, rien de transférentiel n'est abordé, alors qu'il existe maintenant un contentieux (transfert négatif) qu'en bonne logique interprétative il faudrait dénouer. Mais nous sommes en psychiatrie, le traitement reste chaotique et ne semble pas permettre l'organisation d'une continuité élaborative. Ni l'agressivité, ni la culpabilité ne sont abordées et la réalité submerge la prise en soins : il faut intervenir dans l'organisation de la vie quotidienne, définir une incapacité de travail, se préoccuper d'un conflit de couple. À quoi s'ajoute que sont découverts à domicile une bonne dizaine de hamsters, très récemment nés ! Une assistante sociale est consultée pour trouver des aménagements financiers et régler les problèmes liés au chômage. L'infirmière se trouve donc très occupée d'autant plus que le médecin doit momentanément arrêter son activité avant son départ du service. L'infirmière assume seule durant cette période la continuité relationnelle. Les priorités s'imposent d'elles-mêmes : il s'agit d'aider Mme G. à se stabiliser dans une précarité existentielle et identitaire toujours plus grande. Les entretiens sont basés sur les épisodes où le comportement n'est pas adapté à la réalité, sur les ruptures précédentes et les échos que cela peut avoir dans son histoire récente. Mais les derniers événements en date, ceux qui ont bouleversé sa santé – et sa vie toute entière – ne sont pas une priorité pour l'infirmière qui ne les a pas vécus d'autant qu'ils sont occultés par la patiente. On parle donc, sur un mode pragmatique, de sa maladie et de ses répercussions sur sa vie aujourd'hui mais pas de tout ce que son désir de grossesse a entraîné comme catastrophe. Toutefois, au fil des rencontres, l'infirmière – et ensuite et avec elle, le nouveau médecin puis l'équipe toute entière, – se rend compte que les épisodes de l'histoire actuelle et passée, se mettent en place les uns par rapport aux autres. Cette construction a été rendue possible par des

informations recherchées comme des indices dans le dossier et non pas reprises d'un bloc, par l'établissement d'un dialogue entre les différents intervenants et par un échange plus large dans l'équipe pluridisciplinaire, véritable caisse de résonance de la relation individuelle entretenue avec chaque patient. À condition toutefois que dans ces réunions, chacun(e), et aussi celles et ceux qui les dirigent, restent au plus près de ce qui a été dit et exprimé par le patient.

Dans le cas du traitement dont il est question ici, nous avons pu progressivement construire des hypothèses au sujet de ce que vit la patiente. Et nous avons veillé à ce que ces hypothèses soient utilisables dans le traitement. Lors d'une visite à domicile, l'infirmière constate que la patiente, couturière de profession, voulait démonter ses matelas pour récupérer l'étoffe et fabriquer des habits « exceptionnels ». L'étrange usage que la patiente envisage de faire de ses matelas, apparaît à l'infirmière comme une métaphore de ce qui a été dit en réunion à propos du narcissisme. Elle peut alors faire sentir à Mme G le mouvement dans lequel elle a été prise en voulant (re)tisser quelque chose de son propre narcissisme au travers d'un enfant. Il n'y a rien là d'imposé, c'est une réflexion faite à haute voix, une proposition pour réfléchir ensemble à la détresse dans laquelle se trouve la patiente. Nous voyons là le rôle important de l'intervention spécifique de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire : soignante à part entière, elle assure une continuité relationnelle et en même temps, elle fait part, quand cela est possible, de la compréhension partielle et non définitive qu'elle a de la situation.

Sur le plan diagnostic, suite à cet épisode, nous pouvons mieux affirmer que la patiente présente un fonctionnement qui reste psychotique même entre les périodes aiguës. Le travail multidisciplinaire est le meilleur garant pour que cette longue démarche ne s'enlise pas dans la chronicité. Le dialogue avec la patiente, la réflexion et la compréhension à son sujet, clairement sous-tendus par le modèle psychanalytique, nous ont amenés à porter attention aux mouvements relationnels conscients et aussi à ceux qui inconsciemment agitent la patiente. Et pourquoi reste-il si difficile d'admettre que des mouvements inconscients nous agitent aussi, comme cela est clairement apparu aux thérapeutes dans la séquence désir-de-grossesse-arrêt-du-médicament !

Le modèle psychanalytique nous permet de comprendre ensemble comment se font, se construisent et se défont les relations à très long terme avec des patients dont la

maladie apparaît comme chronique mais qui ne manquent pas de vivre et de nous faire vivre des épisodes inédits de leur histoire. À nous de rester suffisamment vigilants pour capter ces éléments nouveaux et pour les mettre au service de la relation thérapeutique.

Dans l'intime de l'entretien¹

Après cette traversée du champ pluridisciplinaire, nous allons pénétrer jusque dans le détail d'un entretien. Là, de nouveau, nous sommes à la recherche d'une dynamique au premier abord inconnue, de mise à jour de potentialités, à faire découvrir au patient. En psychiatrie la rencontre individuelle avec le patient reste primordiale tout au long du processus thérapeutique. Ici, et à nouveau brièvement, nous évoquons une situation à dessein banale pour qu'elle puisse parler à chacun(e) de nous.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, que je rencontre au décours d'une crise majeure, très bruyante au plan symptomatique (agitation désorganisée, délire de grandeur) et l'ayant conduit à vivre une première hospitalisation en milieu psychiatrique. Pour l'entourage et le jeune lui-même, il s'agit a priori d'une crise destructrice vécue comme une catastrophe dont la survenue semble avoir été brutale. De cette complexité (amalgame de neurobiologie, de crise d'adolescence et familiale et de liens à nouer avec la psychiatrie), un seul élément est transmis : la consommation de cannabis.

Ce jeune est sorti de l'hôpital contre avis médical. Il a cependant accepté de poursuivre la médication antipsychotique à dose modérée qui a été initiée avec un bon effet. Il se rend aux rendez-vous dans notre centre ambulatoire spécialisé pour les jeunes adultes présentant des troubles psychiques débutants. À noter que durant ces dernières trois semaines, il a rencontré plusieurs médecins. Et à chaque fois les mêmes questions lui ont été posées en vue de recueillir une anamnèse dite « systématique ». Au moment de ce premier contact avec moi, nous ne sommes plus dans le temps de l'urgence et si la dimension de crise reste majeure il n'y a pas nécessité de reproduire une fois encore le rituel des questions/réponses sur les événements manifestes de l'histoire. Ce choix n'est pas anodin : il produit un décalage, qui pour nous est fondamental, entre l'attitude médicale classique et celle différente quoique complémentaire, de type psychothérapeutique. Il ne s'agit plus de poser des questions selon un schéma pré-établi mais bien plutôt de se rendre

disponible à un questionnement dont personne ne sait où il peut mener. Pourquoi cette crise ? Comment cette crise ? Il est tant d'inconnues dans un tel épisode ! Nul besoin d'interpréter ni même d'énoncer explicitement l'ouverture qui est proposée. En soi cette manière de procéder porte d'emblée une forte valeur pour l'investissement que le patient peut faire de l'entretien : elle marque entre autre une différence temporelle par rapport à la crise ; elle permet de proposer une écoute qui va au-delà de la chronologie, inscrit la crise dans un processus et s'intéresse à comprendre ce qui se passe de manière plus large que dans la seule relation de cause déclenchante à effet pathologique.

Ce jeune homme m'interpelle : « Vous allez encore me parler du cannabis ? ». Je réponds tranquillement : « Si vous souhaitez aller vers ce sujet, je crois que vous pourriez vraiment m'aider à comprendre en quoi cette substance est importante pour vous ».

C'est là une manière de se placer d'emblée comme psychothérapeute et à distance d'une position médicale de savoir. C'est un point très spécifique et qui ne se réduit pas à offrir une disponibilité d'écoute : il s'agit surtout de se démarquer d'une position de pouvoir. Et c'est d'autant plus important qu'avec ce patient la blessure narcissique récente augmente le risque de recours à une tendance interprétative de type paranoïaque.

Il raconte alors son voyage au Honduras, évoque sa passion pour une forme de musique, les liens qu'il a tissés avec les musiciens de ce milieu. Il ne raconte pas la neurobiologie du cannabis mais certains codes, des rites ou même une mythologie en quelque sorte construite autour de la substance. Ces points apparaissent noués à une thématique de secret mais également de conviction, et ce d'une manière hétérogène, fluctuante. Je l'écoute plus que je n'interviens.

D'évidence à ce moment de l'entretien une touche délirante émerge et s'articule étroitement avec plusieurs dimensions :

- une rêverie narcissique d'adolescent confronté à la déception liée à la tension trop forte chez lui que je vois se créer au fil de son récit, entre réalité et fantasme : la violence fascinante des armes à feu impossible à articuler avec son pendant d'idéologie pacifiste « rasta » qui le comble ;
- une quête de repère identitaire : le voyage au Honduras espéré comme un « pèlerinage », un rituel de passage.

À ce moment le point délicat sera bien entendu d'identifier la partie délirante qui persiste, non pas pour tenter une interprétation – encore

1. C'est Jean-Matthieu Lacroix qui parle.

moins à ce moment pour penser médicament – mais pour la comprendre comme une manière d’organiser les éléments disparates entremêlés au cœur de sa vie psychique. Prendre le délire dans sa fonction organisatrice autorise d’en repérer les effets antalgiques dans l’économie interne. Ce qui évidemment ne doit pas faire oublier d’en mesurer la dimension psychiatrique (le degré d’envahissement par exemple). Psychanalyse en psychiatrie ? Ou bien psychanalyse *et* psychiatrie ? Ces questions m’effleurent mais dans cet entretien la tension est importante et je ne peux en aucun cas m’échapper de ce qui se passe là maintenant : chez ce patient c’est l’ambiance du discours plus que son contenu qui font penser à un délire. La vigilance psychiatrique peut rester discrètement présente pour laisser se dérouler comme on vient de le voir un récit hétérogène qui permet des ponctuations tranquilles. À noter que pour cela des conditions précises sont nécessaires : un temps suffisant et une disponibilité intérieure construite sur et par un cadre institutionnel bien précisément délimité. Il est nécessaire que le patient comprenne pourquoi il est là, à quoi il peut s’attendre, comment fonctionne la structure de soins. Il s’agit en effet déjà d’un processus à l’œuvre et le patient dès ce premier entretien s’anime, évoque sa passion pour un certain style de musique : il en évoque la part de rêverie narcissique mais également l’enjeu relationnel qu’elle contient pour lui. Il poursuit sur le thème du voyage. Et se profile alors en arrière fond sa problématique adolescente, apparaissent les parents, mélange de parents réels et d’imagos parentales fragiles et mal construites, surgit en plus un mal être, existant de toute évidence depuis plusieurs années, avec répétition de scénarios d’échecs dont le dernier en date – celui qui nous l’amène – n’est que la version catastrophique : une sorte d’ultime refuge narcissique

face aux sentiments d’échec et d’impuissance intimement vécu depuis des années, sous les couverts d’une facilité apparente. L’anamnèse ne capte rien de tout cela. C’est un drame qui se joue et je ne peux pas ne pas y entrer.

C’est la problématique de l’enfant doué qui surgit, comme par défaut autour de la nostalgie d’une toute-puissance perdue qui a pu se traduire par une quête de « l’effet-cannabis » (source ici d’indifférenciation ou d’expérience régressive vaguement érotisée).

Ce patient reste symptomatique au plan psychiatrique mais il donne à pressentir que son monde interne est riche, marqué qu’il est à l’épreuve de la perte. L’enjeu de l’entretien sera de laisser ces questions vivantes, de les laisser en suspens sans céder au réductionnisme psychiatrique d’un côté ni à l’idéalisation de la parole de l’autre.

Dans cet exemple à l’image de tant d’autres, l’entretien est d’abord un espace où peut s’instaurer un climat spécifique. Il nécessite de la part du psychiatre un dialogue intérieur permanent entre :

- un regard de psychiatre attentif à la dangerosité potentielle et,
- une « oreille » sensible aux harmoniques du discours, avec toujours l’espoir de mobiliser ce qui pourrait s’organiser à partir d’éléments paranoïaque ou narcissiques perturbateurs.

De la psychanalyse il y en a dans cette manière de se situer en psychiatrie : dans cette technique qui délibérément cherche à potentialiser ce qui vient du patient et à ne le canaliser que si besoin est ; dans cette position qui s’intéresse à faire place à tout ce qui reste d’inconnu dans les problématiques psychiatriques. Dans cette attention portée à ne se laisser emporter par aucune vague, ni celle de l’angoisse, ni celle des simplifications réductrices. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Diatkine R., Quartier F., Andreoli A. *Psychose et changement*. Paris : PUF, 1999.
2. Gurdal-Küey A. *Le contre-transfert, une réalité non-dite en psychiatrie*. Intervention au Congrès International de l’Association mondiale de psychiatrie, Istanbul 2006 (non publié).
3. Kapsambélis V. La psychanalyse face aux médicaments neuroleptiques, in *Monographies de la Revue française de Psychanalyse*, Psychoses III, sous la direction de J. Chambrier, R. Perron, V. Souffir, 1999, 125-144.
4. Kestemberg E. Remarques sur le contre-transfert dans le traitement des malades psychotiques (1983). In *La psychose froide*. Le fil rouge.

- Paris : PUF, 2001 : 201-214.
5. Kipman D.S. (sous la dir. de), Amslem A., Torrente J. *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Paris : Doin, 2005.
6. Kipman S.D. *Les destins croisés de la psychiatrie et de la psychanalyse*. Collection Thématiques en santé mentale. Paris : Doin, 2005.
7. Quartier F. *Freud clinicien. Pratiques cliniques contemporaines en psychiatrie et en médecine*. Paris, Doin, 2004.
8. Stalder H. Médecine générale : pensée linéaire et complexité. *Rev. Med. Suisse*, 2006 ; 2 : 2150-2153.
9. Green A. (sous la dir. De). *Le travail psychanalytique*. Paris : PUF, 2003.