

# Relation du vécu du vide avec la perte des introjections

David Rosenfeld

DANS **JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT 2012/1 Vol. 2**, PAGES 261 À 284  
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0994-7949

ISBN 9782130593652

DOI 10.3917/jpe.003.0261

Date de mise en ligne : 08/01/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2012-1-page-261?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 Presses Universitaires de France.**

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](http:// 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.

# RELATION DU VÉCU DU VIDE AVEC LA PERTE DES INTROJECTIONS<sup>1</sup>

David ROSENFELD<sup>2</sup>

J'associe le vécu du vide avec la perte des introjections.

J'utilise le terme « introjection » dans le sens le plus large, c'est-à-dire comme tout lien ou contact émotionnel entre un enfant et ses parents. Les séparations ou les pertes de contact précoces apparaissent chez les patients plus tard, à un âge plus avancé, par le biais de mécanismes déli-rants, psychosomatiques ou linguistiques. Je développe ces concepts dans la suite de cette conférence en présentant des cas cliniques.

Je voudrais souligner mon hypothèse méthodologique : toutes les introjections peuvent se perdre. Tout est dynamique<sup>3</sup>.

Comme je l'explique dans le titre de cette présentation, j'essaierai de présenter ma notion du vide. Je considère qu'en principe – en me basant sur les concepts dialectiques de Sartre – le vide n'existe pas comme une chose-en-soi. La liberté n'existe pas comme une « chose ». La notion d'*acting out* ou de « mise-en-acte » n'existe pas en soi. C'est l'analyste qui conceptualise comme « mise-en-acte » certaines conduites et attitudes du patient quand il peut les associer

1. L'article de David Rosenfeld que nous publions ici est le texte d'une conférence qu'il a donné dans le treizième arrondissement de Paris en janvier 2011. Il a déjà été publié dans la revue du Centre Evelyne et Jean Kestemberg. Voici les références de cette première publication : Rosenfeld D. (2012), « Le vécu du vide par la perte des introjections », in *Psychanalyse et psychose*, Centre de psychanalyse et de psychothérapie Evelyne et Jean Kestemberg (Association de santé mentale de Paris 13<sup>e</sup>), n° 112, pp. 37-66.

Nous remercions très vivement le Comité de rédaction de *Psychanalyse et psychose* de nous avoir autorisés à reprendre ce texte qui aborde des aspects essentiels de la pensée de l'auteur, en particulier sur la question de la construction de l'image du corps et de ses anomalies dans les pathologies psychotiques et *borderline*.

2. Membre titulaire de l'Association psychanalytique de Buenos Aires

3. Les exemples se trouvent dans mon article de 1986 « Identification and Nazi phenomenon » (Rosenfeld D., 1986).

au transfert. Il en est de même de la notion ou de l'hypothèse du vide du psychisme. Il s'agit d'une hypothèse de contre-transfert, que le psychanalyste crée devant certains faits cliniques qu'il observe chez le patient ou que le patient lui fait sentir dans son contre-transfert à travers la puissante identification projective, si bien définie par P. Cl. Racamier (1978) comme « injection projective ».

Il en est de même pour les concepts de la physique atomique. Par exemple, la notion qu'il existe un noyau constitué de neutrons et de protons avec des électrons qui tournent autour de lui ; c'est une hypothèse créée par Bohr, qui est utilisée jusqu'à nos jours parce qu'elle est utile. C'est ainsi que fonctionne la conceptualisation de la notion de vide : elle nous sert tant qu'elle est utile à la recherche. Elle ne prétend pas être la vérité absolue.

Ces vécus de vide peuvent être exprimés par le patient de différentes manières et par des voies de communication diverses. J'ébauche ici quelques cas que je détaillerai plus tard.

Dans le traitement d'un patient qui rapporte un délire où il perd des morceaux de joue, je crée l'hypothèse de sa perte d'une relation infantile joue-contre-joue avec sa mère. Chez un autre patient, qui souffre d'une maladie psychosomatique de la peau, qu'il perd en s'écaillant constamment sur tout le corps, je peux avancer l'hypothèse qu'il me montre comment il a perdu l'enveloppe affective, le contact peau contre peau, quand sa mère l'abandonna à la naissance et jusqu'à l'âge d'un an.

Un autre patient exprime dans son délire qu'il n'a pas de cœur. Je peux alors supposer qu'il montre à travers ce délire comment il s'est vidé d'un lien ou d'une relation émotionnelle.

Dans le cas d'un patient qui reste en silence pendant des jours et des mois, je peux supposer ce qui se cache derrière ce silence. Il s'agit d'une jumelle identique, qui reste en silence depuis le mois d'octobre jusqu'au mois de mai suivant, à la suite du mariage de sa sœur jumelle, qui quitte la

maison. Mon hypothèse est que la patiente exprime qu'elle s'est vidée dans son psychisme, dans ses idées, dans son intérieur, à la suite du mariage de sa sœur qui abandonne la maison et l'abandonne en emportant son *self*.

Je souligne l'idée suivante : la non-communication n'existe pas ; tout est communication.

Comme je l'ai déjà dit, l'hypothèse du vide est une création transférentielle de l'analyste dans son champ de travail, où le concept de vide ne s'exprime pas toujours par le biais du langage et de la parole, mais aussi à travers des maladies psychosomatiques ou l'odorat. Je dirai, plus tard, comment un patient exprimait à travers les odeurs, un deuil mal élaboré de son père.

De très rares patients arrivent à dire en paroles qu'ils se sentent vides à l'intérieur. Sur le plan linguistique, un patient est capable de le dire après la mort d'une tante qu'il a beaucoup aimée depuis son enfance. Mais, plus tard, il est capable d'apporter des rêves où il joue à des jeux amusants avec sa tante aimée et il se récupère, il remplit le vide.

Un patient, qui survécut aux camps de concentration d'Auschwitz et de Dachau, a demandé l'année passée, en 2010, à parler avec moi parce qu'il se sentait vide. Il avait tout perdu, il ne lui restait rien. Je lui dis qu'il avait une fille fort jolie, trois petits-enfants et que de nombreuses personnes l'admiraient à cause des livres qu'il avait écrits. Mais il continua pendant plusieurs jours à répéter qu'il n'avait rien ni personne. Pendant ces jours-là, je l'aperçu dans la rue, en pantalons courts comme un petit garçon, le regard perdu, regardant les immeubles en marchant de façon erratique et ce fut alors que je le vis exactement comme il s'était décrit des années auparavant, seul et perdu. Lors du bombardement du camp de Dachau, quand il était enfant, il s'échappa en marchant sur la route. Il racontait qu'il ne lui était rien resté dans la vie, puisque toute sa famille avait été exterminée.

Les artistes sont ceux qui expriment le mieux la sensation de vide. Un poète comme Baudelaire peut le décrire, un sculpteur comme Henry Moore peut l'exprimer ou encore un

mime génial comme le Mime Marcel Marceau : il est le seul qui peut le représenter comme une scène, montrer le vide et l'absence. Ce sont les seuls capables de créer un espace, une relation, un dialogue, où il n'y a que le vide. Marceau arrivait à recréer le dialogue à travers du silence, avec son père, qui n'avait pas non plus été capable de parler en revenant des camps nazis. Marceau entre en conflit avec Shakespeare qui écrit : « Nothing can be made out of nothing<sup>4</sup> » (*Le Roi Lear*).

Les pertes peuvent, en outre, se manifester sur le plan sensoriel, sur la muqueuse de la bouche, la langue et le palais. Une patiente, avant chaque séparation d'avec son analyste, avait des lésions et des ulcères sur les lèvres et sur le palais. Cela paraît correspondre à un modèle dans lequel lorsqu'on lui arrache le sein et le mamelon, on lui arrache aussi les lèvres, la langue et le palais. Autrement dit, il n'y a pas de séparation entre l'enfant et la mère, le *self* et l'objet.

Je présente la notion de vide en décrivant le délire d'un patient qui assure qu'il n'a pas de sang et qu'il n'a aucun liquide dans son corps.

## LE VIDE DANS LE CORPS

Le premier incident inattendu, qui stupéfia les neurologues, les chirurgiens et moi-même, fut un épisode psychotique postopératoire – un délire dans lequel le patient affirmait avec conviction que l'on extrayait des liquides de son corps. J'entendais par là ses liquides vitaux : liquide céphalo-rachidien, sang, sperme et urine. La troisième nuit qui suivit l'intervention chirurgicale, Pierre chercha à vérifier qu'on ne l'avait pas vidé de tous ses liquides ; pour cela, il eut des rapports sexuels avec son amie, qui se trouvait avec lui à ce moment-là. Son intention, selon ses propres paroles, était de « voir si du liquide sortait... ». On peut imaginer la tête que firent les médecins et les infirmières quand le patient, son bandage en travers de la tête, raconta ce qu'il avait fait.

4. « Rien ne peut se faire à partir de rien. »

Un exemple de son image corporelle psychotique primitive au cours de l'épisode délirant qui suivit l'ablation de la tumeur (bénigne) du cerveau qu'il avait, apparaît dans ce fragment :

Pierre : « J'ai peur d'avoir une leucémie... J'ai commencé à perdre espoir... à m'inquiéter à cause de la destruction des globules rouges par la tumeur... Comme si j'avais peur de me vider... d'être vidé de mon sang... comme si j'étais mou. »

Je lui ai alors demandé :

Dr R. : « Tout mou ? »

Pierre : « Oui, mou de partout... comme un sac plein de sang... J'ai peur d'avoir une hémorragie et que tout... sorte... »

La précision avec laquelle il exprimait ses fantasmes relatifs à son image corporelle est remarquable. Le patient formule verbalement et clairement sa conception du corps comme un sac plein de fluides vitaux ou de sang (image corporelle psychotique primitive).

Je vais, à présent, reproduire des parties du matériel correspondant aux premières semaines qui ont suivi l'intervention. Ces fragments mettent en évidence les fantasmes de Pierre concernant l'image ou le schéma corporel et montrent la manière dont je suis intervenu, dans le transfert délirant ou psychotique (par exemple, quand il s'est identifié sur un mode psychotique avec son père mort).

Pierre : (dans un langage embrouillé, bégayant) « Oui... j'ai peur d'uriner... j'ai peur de saigner... que du sang sorte, vous voyez ? Qu'en urinant du sang sorte à flots et que je saigne à en mourir... J'ai peur que la tumeur ne soit logée dans la vessie, la prostate, les testicules... Je crois que j'ai une métastase de la moelle osseuse. »

Dans ce matériel, il devient de plus en plus clair que le patient est convaincu que la tumeur n'a pas été enlevée, qu'il

a des métastases malignes, qu'il est son père atteint d'un cancer de la moelle osseuse, que je le trompe comme son père a été trompé.

Dr R. : « Et qu'avez-vous pensé ? »

Pierre : « Eh bien, j'ai pensé que je pourrais saigner, je ne sais pas. »

Dr R. : « Vous avez pensé que le sang pouvait sortir en quantité ? »

Pierre : « Eh bien, oui... Comme une sorte d'hémorragie externe, je crois. J'ai demandé à maman de regarder ce qui sortait. »

C'est ici que j'ai commencé à intervenir dans le transfert. Je dois préciser, pour être parfaitement clair, que le transfert sur moi s'amplifiait chaque fois qu'on lui prélevait du liquide céphalo-rachidien pour faire des examens. Je devenais quelqu'un qui lui faisait mal, qui lui prenait ses fluides vitaux – un vampire.

Dans l'extrait qui suit, qui correspond à la troisième semaine après l'intervention, nous pouvons voir mon interprétation du transfert lié à l'identification psychotique dans laquelle le patient croit être son père atteint d'un cancer de la moelle osseuse.

Au cours de la séance, tandis qu'il parlait de ses repas, Pierre dit : « C'est comme si c'était... euh... le désir de prendre du poids, vous ne croyez pas ? »

Dr R. : « Avez-vous peur de perdre du poids ? »

Pierre : « Ça apparaîtrait comme ça. Papa a perdu du poids quand il a eu son myélome. »

Dr R. : « Vous rendez-vous compte de l'état de panique dans lequel vous vous trouvez parce que vous croyez être votre père ? »

Pierre : « On dirait que je suis Papa avec tous les symptômes, non ? Que je pourrais boiter, que les médicaments me détruiraient comme la dialyse paraissait le détruire,

non ? Et il semble que j'aie peur d'avoir à subir une dialyse, non ? C'est comme si j'avais la tumeur... et que la tumeur m'avait entièrement envahi... que l'intervention a été pratiquée trop tard, vous savez ? Que vous aviez menti sur le diagnostic, quand vous m'avez lu... comment vous appelez ça ? »

Dr R. : « Le rapport anatomopathologique ? »

## MODÈLES ET THÉORIES

Il peut arriver que l'on rencontre dans la pratique psychanalytique des exemples semblables à ceux que je présente. C'est la raison pour laquelle le schéma corporel psychotique primitif constitue un modèle explicatif qui convient à toutes sortes de cas cliniques. Certes, il existe différents modèles explicatifs, mais je considère actuellement que le schéma corporel psychotique primitif est le plus utile et le plus complet, car il convient parfaitement à bon nombre de phénomènes cliniques que j'ai observés. Il me permet d'incorporer, à l'intérieur d'un même modèle, les concepts génétiques, développementaux et de transfert, avec les patients schizophrènes comme avec les patients psychosomatiques. L'élaboration d'un modèle s'applique généralement à un patient donné, mais s'avère souvent utile pour d'autres également. À cela nous pourrions ajouter, pourvu que cela soit compatible, une théorie développementale et génétique des liens infantiles dont il faut faire la démonstration empirique dans le transfert avec le thérapeute.

La théorie du schéma corporel psychotique primitif est une entité qui ne peut être observée, mais lorsque nous en construisons le modèle, il se révèle opérant du point de vue explicatif. Cela ne signifie pas que ce modèle représente la vérité ultime, comme c'est le cas pour la théologie, mais seulement qu'il est utile à un moment donné.

Les physiciens atomistes voient les effets des atomes, non les atomes eux-mêmes. Dans le cas de la

psychanalyse et du schéma corporel psychotique primitif, il nous est permis d'observer les effets du modèle chez différents types de patients. La science pourrait se définir comme la capacité de découvrir des faits au-delà de l'observation (par exemple la théorie atomique). Le pouvoir de la science (Klimovsky, 2004) réside dans les modèles théoriques décrivant ce qui dépasse l'observation, ainsi que dans la possibilité d'observer ces modèles sur une base empirique. Quant à l'atome, il ne peut pas être observé directement, mais nous en avons une grande connaissance par déduction indirecte. Il s'agit de modèles d'entités non observables porteuses, cependant, d'un grand potentiel explicatif.

La spécificité de l'explication de ce qui se passe dans chaque cas particulier est légitime et indéniable. Chaque phénomène demande sa propre explication de sorte qu'il n'est pas surprenant que ce chapitre doive précisément adopter une approche méthodologique.

## HYPOCONDRIE, DÉLIRES SOMATIQUES ET IMAGE DU CORPS

Pour certains auteurs (Meltzer, 1964), la conception métapsychologique du délire somatique renvoie à un clivage du *self* dans lequel une partie clivée prend possession d'une partie du corps. Cette partie clivée et projetée du *self* est ressentie comme existant de façon indépendante et, par elle-même, aliénée du moi et entravant les bonnes relations d'objet. Le délire somatique peut réapparaître lorsqu'il se produit une tentative de réincorporation de la partie clivée du *self*. Comme le dit Resnik (1999), il s'agit d'une conception égocentrique du monde, « un monde où il n'y a personne sauf Lui comme centre de l'Univers ». C'est une tentative de rétablissement des liens. Outre le clivage et la dissociation grave, un autre mécanisme du délire somatique, l'identification projective massive, peut comporter des fragmentations et des dissociations inappropriées avec des angoisses confusionnelles. La ré-intériorisation

du délire peut se produire dans une région du corps. Dans ce cas, elle peut s'accompagner d'une intensification de la paranoïa. Ce processus peut être compris de la façon suivante :

1. Le processus commence avec ce que nous appellerions une hypocondrie classique : le patient expulse une partie de ses liens avec son monde interne vers un objet externe.
2. Il opère ensuite une ré-introjection de ce qu'il avait projeté (libido, sadisme, angoisse confusionnelle) et le localise dans une région de son corps.
3. L'hypocondrie peut ainsi s'installer dans une région du corps. C'est le type d'hypocondrie basée sur la ré-introjection et l'angoisse confusionnelle, telle que l'a décrite Herbert Rosenfeld (1965).
4. Il se produit ensuite une deuxième projection ou re-projection, qui a une qualité particulière de déstructuration du moi : les conflits et les liens existants dans le monde interne qui ont été situés dans la région corporelle hypocondriaque deviennent intolérables. Le patient tente de les projeter de nouveau ; autrement dit, ce qui se passait auparavant à propos de l'organe ou de la région du corps implique maintenant l'objet externe, de sorte que s'établit le délire somatique. Ici, il y a déjà perte du sens de la réalité. Le délire constitue la tentative pathologique que fait le patient pour rétablir ses liens avec l'extérieur et pour compenser ainsi son sentiment de « fin du monde » et la déstructuration de son *self*. Le délire somatique qui se développe désormais est une lutte pour doter le *self* de signification et d'organisation.
5. Il peut y avoir une deuxième ré-introjection : le délire est ré-introjecté, avec en conséquence une intensification de la paranoïa. Dans le cas de Paul, se sentant persécuté à cause de ses lèvres et de ses joues, le patient s'enfuit en courant dans la rue. Tout ceci est localisé (pour la deuxième fois) dans une région du corps. À mon avis, cette ré-introjection du délire somatique – qui comporte une perte du sens de la réalité, d'objets partiels et totaux – est la clé qui permet de comprendre les

cas d'hypocondrie grave qui peuvent éventuellement déboucher sur le suicide.

6. Le patient essaie aussi parfois de projeter son délire sur le thérapeute, mettant ainsi en place un transfert délirant ou psychotique. Du point de vue technique, il s'agit là de la situation la plus difficile pour le psychanalyste.
7. De même, le patient psychotique hypocondriaque délirant peut essayer, en ce qui concerne ce noyau :
  - a) De l'éliminer, l'amputer, s'en débarrasser (Paul voulait s'arracher les lèvres) ;
  - b) De se suicider dans les cas où des éléments homosexuels sont surajoutés à la paranoïa. L'objectif est de tuer un lien intolérable localisé dans le corps et qui est pris pour la vie même de l'individu. À mon avis, dans ces cas il existe un délire somatique préalable.

#### PAUL. DÉLIRE SOMATIQUE

Avec son délire, il essaya de remplir le vide par perte des liens internes perdus : il exprimait aussi des préoccupations au sujet de son corps, encore que celles-ci ne l'empêchaient pas de bien travailler. Au fur et à mesure que se déroulait le traitement, le transfert devint de plus en plus régressif, montrant ainsi les rapports du patient avec des aspects maternels et paternels liés à certaines parties de son corps (les lèvres, les joues, le pénis). Paul commença à parler de sa « préoccupation » concernant son propre visage. Il avait 39 ans. À l'âge de 8 ans, il perdit son père alors âgé de 43 ans. La mère de Paul mourut à 53 ans lorsqu'il en avait 18. Il avait un frère, de cinq ans son aîné. Paul s'était marié à 29 ans ; un an plus tard il était père d'une petite fille et cinq ans plus tard d'un garçon, que ses parents appelèrent Paul. Quand le petit garçon eut 2 ans, Paul et sa femme décidèrent de divorcer. Le patient raconta qu'au moment de la naissance de sa fille, il s'était senti exclu de la vie de sa femme. En évoquant sa jeunesse, il remarqua que pendant un certain temps il avait vécu seul avec son frère, mais qu'à partir de 18 ans il était resté absolument seul ; il ajouta qu'après avoir vécu avec

un oncle pendant six mois, il avait décidé d'entreprendre des études universitaires et de travailler pendant l'été pour payer celles-ci. Il dit qu'il ne s'était pas senti à l'aise avec ses amies et qu'il fuyait les gens parce qu'il pensait qu'il était homosexuel : c'est pourquoi il avait décidé de se laisser pousser la barbe. Après un certain temps, il avait arrêté d'avoir des rapports sexuels avec son épouse. À son tour, sa femme commença à ne plus vouloir sortir de leur maison après la naissance de leur fille. La même chose se passa à la naissance du second enfant, mais de manière moins accentuée. Paul dit ensuite que, lorsqu'ils allaient dans des soirées il ressentait une jalousie terrible parce que sa femme flirtait avec d'autres hommes ; il se sentait blessé et « offensé » par sa femme, dont le comportement lui donnait l'impression d'être faible aux yeux des autres.

Pendant l'analyse, il devint de plus en plus évident que le patient s'imaginait qu'il se passait des choses sur le visage et dans la tête des autres : par exemple, il s'imaginait que les autres le regardaient fixement. Sur le plan microscopique, il y avait des signes plus subtils. Par exemple, lors d'une séance, il me dit : « Vous êtes sûrement inquiet parce que je pleure. » Il projetait ainsi vers moi son propre chagrin et son angoisse à propos de ses larmes et il voyait en moi les inquiétudes qui, en fait, étaient les siennes.

Lors d'une autre séance, il me raconta un rêve : « Voilà plus de vingt ans que je ne me suis pas souvenu d'un rêve. » Dans ce rêve, il voyait un vieil ami qui s'appelait Davis : « C'était juste un type ordinaire, rien de spécial, pas du tout intéressant, que j'avais connu à l'armée. » Paul, des deux enfants et Davis, qui conduit, sont dans un camion qui prend feu et tombe dans un ravin. Pendant plusieurs séances nous reprenons l'analyse de ce rêve dans le contexte du transfert en le reliant à ce que nous avons vu au début du traitement : sa crainte de se livrer à quelqu'un qui, dans l'incapacité de bien le « conduire », pourrait détruire et incendier ses parties infantiles masculines et féminines (symbolisées dans le rêve par ses deux enfants). Sa méfiance au sujet de ma capacité de bien conduire l'analyse/camion semble évidente, de même que l'association de Davis avec David, mon prénom.

À ce moment-là, le thérapeute était pour lui un père qui pouvait l'abandonner, ou un fou qui pouvait le conduire vers un avenir incertain. Lors de séances ultérieures, nous nous sommes rendu compte que le rêve représentait également l'histoire de son enfance. Après le rêve, il me dit qu'il aimait lire, et il ajouta que lorsqu'il était enfant il étudiait l'hébreu pendant l'après-midi ; il ajouta qu'il aimerait passer les prochaines fêtes (la Pâque juive) avec ses enfants.

Pendant une autre séance, Paul me parla de son père qu'il n'avait plus vu à partir de 4 ans, excepté pour une rencontre quatre ans plus tard, peu de temps avant sa mort. La famille avait été séparée du père par la guerre et la persécution nazie en Europe. Il ajouta que lorsqu'il était enfant, il fréquentait une synagogue près de Buenos Aires avec un de ses cousins ; et il évoqua sa mère, qu'il décrivit comme une femme merveilleuse, très affectueuse, qui avait durement travaillé, quelqu'un de très tenace ; si elle donnait l'impression d'être faible, en réalité elle était dure et tendre à la fois. La mère de Paul avait connu plusieurs épisodes de dépression grave après la mort de son mari et avait été hospitalisée une fois. Plusieurs années plus tard, elle avait eu une relation avec un autre homme. Paul ressentait une grande culpabilité à ce sujet : « Coupable, je me sens coupable, parce que nous avons chassé cet homme de la maison ; cette culpabilité me persécute toujours. » Spontanément, il revint à l'époque où sa mère avait fui l'Europe pendant la guerre : « Je me souviens d'un soir où on entendait passer les avions, on disait que c'étaient des avions anglais ; nous sommes restés cachés au sous-sol pendant vingt-quatre heures ; j'ai voulu entrouvrir un rideau, et j'ai senti une claque sur la joue, parce qu'on aurait pu voir la lumière. » (Ici déjà la joue apparaît comme un lieu de représentation important.) Je lui posai une question, qui évoqua en lui un souvenir : « Je me souviens qu'ils ont fait lever mon frère qui était dans son lit, nous avons dormi dans le refuge et il n'arrêtait pas de sautiller. » Il évoqua un autre souvenir de la même époque : « Ma mère m'avait envoyé acheter des gâteaux et je les ai perdus parce qu'ils étaient blancs et ils sont tombés par terre sur la neige, et tout était blanc ; je n'ai pas pu les retrouver et ma

mère non plus. » Il se souvenait aussi de l'école maternelle où il allait : la maîtresse s'étant plainte à sa mère parce qu'il était désobéissant, Paul s'était senti très honteux à ce sujet. Il ajouta que lorsqu'il restait seul avec son père, il se conduisait en enfant terrible [en français dans le texte]. J'interprétais que, peut-être, maintenant se souvenait-il de ses parties infantiles qu'il croyait avoir perdues dans son rêve, des deux enfants. Paul me répondit, d'un ton de voix plus triste : « Je me souviens des jeunes nazis qui ont frappé ma mère et mon frère parce qu'ils étaient juifs. » Ensuite, il se souvint que son père avait réussi à s'enfuir à peine deux ans après eux. Je poursuivais mon interprétation en lui signalant que le camion en flammes pouvait représenter Paul avec tout son monde infantile, dont il se souvenait maintenant pendant la séance et qu'il craignait qu'il ne fût perdu et détruit. Il craignait aussi que moi, le conducteur, je ne fusse pas là pour l'empêcher de tomber dans le ravin, de s'effondrer. Plus tard, nous nous sommes rendu compte que le camion qui prend feu et tombe dans le ravin annonçait déjà l'effondrement de son moi et l'émergence du délire somatique. Dans son souvenir des « gâteaux qu'on ne peut retrouver », nous trouvons le modèle de sa relation interne avec les objets – un objet difficile à retenir : quand il prend quelque chose, il le perd. Je pensais qu'il avait appris à retenir les choses, mais elles lui échappaient d'entre les doigts. Après ce rêve, il devint évident que sa partie corporelle hypocondriaque, initialement les lèvres et les joues, commençait à s'étendre au reste de son visage.

Les lèvres sont aussi le lien de la relation primitive peau-à-peau du bébé qui appuie son visage contre le sein de sa mère. Le bébé regarde d'abord le sein/mamelon et l'introjecte à travers ses yeux ; lorsque le sein/mamelon devient trop persécuteur, il se manifeste sous forme de mamelons ou de lances ou de couteaux qui blessent les yeux : dans ce cas, ses verres de contact. Il laissa pousser sa barbe de plus en plus à mesure que son délire se déroulait : elle envahissait ses sourcils, son front et ensuite toute sa tête et son visage ; il avait peur que les gens dans la rue ne puissent penser qu'il avait le visage d'une femme ou d'un homosexuel. Lorsque,

en plein délire, il montrait ses lèvres, il disait que c'étaient des lèvres de femme ; puis la même chose pour ses joues et le reste. Il semblait un cas de recherche désespérée de sa mère qui lui manquait, comme il cherchait sa propre identité sexuelle, située dans une région du corps, en l'occurrence son propre visage. Une autre fois, il toucha son pénis et il me dit : « Mon pénis circoncis est pareil à celui de mon père et je suis comme mon père. » À ce moment-là, son discours semblait devenir plus cohérent. Pendant cette période de délire complet, lorsqu'il venait à pied jusqu'à mon bureau, il avait parfois une hallucination : les gens lui disaient qu'il avait un visage de femme et qu'il était homosexuel – alors il se mettait à courir jusqu'à mon bureau.

Lors d'une autre séance, il apporta un aspect différent de son hypocondrie, qui concernait cette fois ses yeux. Il parla de façon insistante de ses yeux, du fait qu'ils lui faisaient mal, et il ajouta que ses verres de contact irritaient ses yeux. Il dit : « Mes yeux me font si mal que je voudrais me les arracher. » Mon interprétation porta essentiellement sur son désir de s'arracher l'appareil perceptif pour ne pas voir la réalité (fermer les yeux, fermer les fenêtres sur une réalité dangereuse et douloureuse). Mais, lors de séances ultérieures apparut à nouveau le fantasme d'arracher une partie de son corps : son insistance sur le fait que ses lèvres étaient des lèvres de femme et que les gens le dévisageaient dans la rue parce qu'ils s'en apercevaient le conduisait à penser à « s'arracher les lèvres, ou bien à les enlever ». Il avait aussi un fantasme selon lequel des gens le poursuivaient. Je pensais qu'il paraissait vouloir arracher ses liens avec ses objets primitifs localisés dans certaines régions du corps. Il essayait de fusionner avec sa mère afin de retrouver le lien infantile, mais au prix d'une erreur entre son corps et celui de sa mère/femme/femelle/homosexuelle. Son corps était mélangé, confondu, indifférencié avec celui de sa mère/femme. Il y avait également des aspects mélancoliques, avec leur séquelle de deuil pathologique et de persécution par les parents, ré-introjectés et ressentis dans des régions du corps (Abraham, 1924). Tout au long de cette période mes interprétations furent rejetées, le transfert étant très régressif

(niveaux de transfert psychotiques ou délirants) puisque j'étais transformé en quelqu'un qui voulait le rendre fou ; je devenais ceux qui le persécutaient dans la rue. C'était une manière de mettre en acte dans le transfert et de projeter sur moi ses craintes homosexuelles et la folie qui commençait à l'envahir. Pendant cette période, il s'asseyait sur le divan et avait besoin de me contrôler en me regardant. À d'autres moments, il s'agrippait à moi, comme s'il cherchait un père qui pouvait le sauver du « bombardement d'idées folles ». Cette protection était parfois idéalisée.

#### AGNÈS. IMAGE DU CORPS ET PSYCHOSE

Le matériel que j'analyse ici appartient à Agnès, une patiente dont le fonctionnement exhibe la prévalence d'une image corporelle psychotique exprimée par le biais du langage corporel dans le contexte d'une maladie psychosomatique. La patiente, une femme de 26 ans, dit qu'elle a pris conscience de sa maladie à la suite de sa rupture avec son ami. Elle demande à être traitée, parce qu'elle « est déprimée, elle veut mourir » ; elle explique que ses symptômes consistent en plaies nécrosées sur différentes muqueuses et sur la peau du corps, dont l'origine, selon les nombreux médecins qu'elle a consultés, est inconnue. Les médecins ont déclaré sa maladie si grave qu'ils la considèrent comme incurable. Lorsqu'elle traverse une crise émotionnelle, l'inflammation vasculaire et la nécrose de la muqueuse orale, du larynx et des lèvres sont effectivement très impressionnantes. Lors d'une de ces crises, elle a été incapable de parler ou de manger pendant six mois et a dû être alimentée par voie intraveineuse. Une autre fois, elle est tombée dans un coma qui a duré trois jours. La patiente ajoute : « Ma maladie n'a plus aucun pronostic. En ce moment je n'ai plus tellement de plaies nécrotiques sur les jambes. »

Je résumerai brièvement un phénomène étonnant : chaque fois que quelqu'un quitte Agnès, sa réaction de transfert peut être comprise comme une manifestation de son image corporelle psychotique. Lorsqu'elle se sent

abandonnée, ses ulcères s'aggravent réellement et elle saigne et suinte plus abondamment.

Ce cas est typique de la façon dont l'utilisation et le fonctionnement de l'image corporelle psychotique deviennent rigides. La réémergence, lors des crises, de l'ancienne image corporelle psychotique devient chronique.

Trois années de traitement débouchent sur une compréhension de la nature du transfert de la patiente et nous permettent d'étudier plus précisément, de façon presque microscopique, l'origine de ses plaies saignantes ou nécrotiques, liées à des étapes spécifiques de l'histoire analytique. Ce n'est qu'à la fin de la troisième année de traitement qu'Agnès peut dire qu'elle ressent quelque chose avant l'apparition de ses plaies. C'est là un premier pas, mais un bien petit pas. Elle commence à ressentir des affects au lieu de les exprimer concrètement à travers son corps. Sur la base de son image corporelle psychotique, la menstruation signifiait pour cette patiente que son corps allait complètement se vider de son sang. Cette année-là, elle dut se soumettre à une chirurgie esthétique afin de remodeler sa bouche et ses lèvres déformées par la grave nécrose qui attaquait la peau et la muqueuse. Nous pouvons étudier ici plus en détail le matériel associé à la relation entre le mamelon et la bouche, c'est-à-dire la relation de transfert d'Agnès avec sa thérapeute, une femme.

À cause du manque de frontières psychiques entre son corps et le sein de la thérapeute, qu'elle imagine téter, toute séparation ou perte signifie pour elle que le mamelon lui enlève ou lui arrache des fragments de sa propre peau. Le mamelon la décortique, la prive des limites extérieures de son propre corps.

La confusion sujet-objet-lèvres-mamelon conduit à l'attaque de l'objet dans un espace à l'intérieur de son corps non différencié ; l'attaque contre le mamelon implique donc une attaque contre ses propres lèvres. Le manque de frontières (fusion) (Mahler, 1968 ; Searles, 1979) est la raison pour laquelle, en attaquant l'objet qui l'abandonne, elle s'identifie avec des parties de sa propre surface corporelle. Ainsi

s'explique comment elle peut attaquer et détruire l'enveloppe de son propre corps : il lui reste les parois artérielles ou veineuses, qui contiennent du sang comme unique conception d'image corporelle. Dans ce cas les parois artérielles ou veineuses remplacent la fonction que devrait remplir la peau normale.

En ce qui concerne les vécus de transfert, il devient possible de détecter, à partir du matériel de l'enfance, que la mère était tombée enceinte quand la patiente était âgée de moins d'un an. Autrement dit, elle avait été précocement abandonnée par sa mère sur le plan de ses besoins d'affect, précisément durant l'époque où l'image corporelle se structure (Abraham, 1924 ; Schilder, 1935 ; Scott, 1948). Avant les vacances, il se produisait une nouvelle intensification du sentiment de se vider de son sang, manifesté surtout en termes corporels – plaies et nécrose – pendant l'absence de la thérapeute.

Je voudrais souligner que je parle ici de l'expérience psychique de la notion d'une peau protectrice qui recouvre et protège le corps. Il en est de même de la notion psychique selon laquelle le corps d'Agnès est une espèce de grande artère ou veine qui est sur le point d'être perforée, et je ne fais en aucun cas référence au corps organique concret, tel qu'il peut être étudié au niveau anatomique ou histologique.

De mon point de vue, cette variété d'hypocondrie, centrée sur et exprimée à travers l'image corporelle psychotique est différente de toutes les autres, non seulement parce qu'elle concerne le sang et l'image corporelle psychotique, mais aussi parce que, dans mon expérience, elle implique un risque d'« accidents » ou de tentatives de suicide. Tout ce qui concerne l'image corporelle psychotique correspond à un niveau plus primitif. Ici, comme dans le cas d'autres patients, le fantasme de souffrir d'une leucémie est un exemple de trouble hypocondriaque centré sur l'image corporelle psychotique. Ce fantasme peut inclure diverses manifestations qui vont de celle qui consiste à se vider de son sang, jusqu'à un délire persécuteur grave lié à des monstres ou des organismes qui dévorent le sang ou à une tentative

d'obtenir un contrôle hypocondriaque. Ces délires déclenchent parfois des tentatives de suicide, en se coupant les veines, par exemple. Des fantasmes hypocondriaques transitoires liés au sang peuvent néanmoins émerger dans toute personnalité névrotique.

J'essaierai d'illustrer ce concept en présentant un matériel extrait des rêves d'Agnès. Notons que dans le cas de patients gravement perturbés, les rêves nocturnes n'apparaissent parfois qu'après une longue période de traitement. Le premier rêve, six ans après le début du traitement d'Agnès, concerne le chewing-gum que la patiente garde dans sa bouche. C'est la première fois où apparaît une représentation de quelque chose qu'elle conserve. En outre, il s'agit d'une matière semi-solide, différente du fluide qui suinte à travers ses pores – et qui est en plus centrée sur une zone érogène limitée : la bouche.

Après six ans il y eut une période où elle était capable de symboliser ses fantasmes à travers ses rêves, tandis que les troubles de l'image corporelle étaient exprimés au niveau linguistique d'une façon singulière. Sur le plan linguistique, la désorganisation du langage peut exprimer la déstructuration de l'image corporelle (Lieberman, 1970-1972). Pendant cette période, la patiente rêva d'« une petite robe en laine tricotée et avec des trous dont on lui a fait cadeau quand elle était une petite fille » : fragments de peau-robe, qui la recouvrent de façon incomplète. Le fait que le matériel du rêve montre que la perte ou le vécu de vide n'est pas lié(e) à des fluides ou à du sang, mais à des matériaux plus solides, qui sont plus faciles à retenir, comme l'apparition de fèces solides, représente une piste très importante qui marque le début – mais seulement le début – de son fonctionnement sur la base de l'image corporelle névrotique et montre que l'image corporelle psychotique n'est plus tellement dominante. Dans ce rêve, le corps est aussi vidé de son contenu, mais cette fois-ci, il ne s'agit pas seulement de sang ou de fluides mais aussi de matières fécales, qui sont dures et vues comme un pénis. Non seulement, elles sont plus solides, mais elles sont contenues dans une zone érogène ou introduites dans

un orifice de son propre corps (le vagin), qui les contient. Par rapport à l'image corporelle psychotique, ce ceci s'exprime à un niveau évolutif différent.

La patiente, au cours d'une séance dit : « ... Oh, je me suis souvenue d'un rêve... j'étais dans la salle d'attente et je riais toute seule en me le rappelant. La séance est finie ? (Elle dit) J'ai sorti un... je ne sais pas comment l'appeler... pouf... ouch... ouf... (elle fait des bruits). Je me tais pour voir l'expression de votre figure. » La thérapeute remarque que, contrairement à la patiente, elle n'est pas alarmée, elle ne ressent pas de crainte. La patiente paraît croire ce que dit la thérapeute et poursuit : « Bon, il est sorti de la merde, un très long morceau... Mon Dieu ! Ce n'était pas poisseux, ni désintégré... le mettre dans mon vagin... quel fantasme de masturbation ! »

À neuf ans de traitement, la patiente apporte un rêve qui inclut du matériel concernant la perte de sang liée à la menstruation, où elle montre une serviette qui n'est pas tachée de sang menstruel. Mais la menstruation n'est plus exprimée comme par le passé, c'est-à-dire comme un saignement à travers tous les pores (nous évoquons ici les plaies qui apparaissaient tous les mois). Il se produit une manifestation symbolique dans le fait que le sang ne sort pas et ne tache pas. Ce qui est important est que, maintenant, elle peut en rêver et le symboliser. Avant, elle exprimait son rêve de vide à travers l'image corporelle psychotique et les lésions de la peau.

Lorsqu'un espace intérieur peut se créer (Bick, 1968), ainsi qu'un espace mental entre le patient et le thérapeute (Anzieu, 1974, 1987 ; Winnicott, 1957, 1971), une autre étape commence. Chez un patient avec une maladie si grave, cette étape implique l'espoir que la lutte ou la bataille ne seront plus exprimées à travers le corps et pourront atteindre des niveaux de transfert psychique.

Dans les divers troubles cliniques, j'ai observé que l'idée de la membrane ou peau protectrice disparaît, en particulier, lorsqu'il se produit la perte de l'objet. Il s'agit de patients

fixés à l'idée que leur corps reste en continuation de celui de leur mère. Lorsqu'elle s'éloigne, l'enfant sent qu'elle emporte son corps avec elle.

L'abandon de l'objet maternel n'est pas ressenti par le nourrisson comme la perte du mamelon de l'intérieur de sa bouche, mais comme s'il était écorché vif et comme si sa mère emportait avec elle la surface extérieure ou les lèvres, la langue, le palais ou la surface extérieure ou la peau de son corps quand elle part. Le nourrisson ressent sa peau en continuité avec celle de sa mère.

Le cas que j'ai présenté de la maladie d'Agnès est un cas exceptionnellement clair pour démontrer ces idées. Je voudrais insister sur le fait qu'il existe des idées hypochondriaques liées à l'image corporelle psychotique, comme la crainte de souffrir de leucémie ou d'hémophilie et qu'elles devraient nous alerter sur la possibilité d'une tentative de suicide. Quand la relation se base sur l'image corporelle psychotique primitive, le rapport avec le sein maternel paraît s'établir sans la notion du mamelon recouvert de peau. Un liquide se mélange à un autre : lait, salive, sang – un cocktail de liquides.

#### PORTÉE CLINIQUE ET ÉPISTÉMOLOGIQUE DU MODÈLE DU SCHÉMA CORPOREL PSYCHOTIQUE

Les concepts décrits plus haut constituent sur le plan méthodologique un modèle explicatif. Nombre des hypothèses que nous formulons découlent de ce que l'on connaît dans le monde de la méthodologie comme une généralisation inductive. Mais, si je peux me permettre une hypothèse comme modèle explicatif, quoiqu'empirique, il n'y a aucune raison pour qu'il soit d'un très bas niveau d'abstraction : tout au contraire, il peut atteindre un niveau explicatif élevé, ne serait-ce que comme modèle.

Par exemple, la théorie atomique n'a pas été formulée sur la base de l'observation directe, mais d'un modèle explicatif (Meadows, 1969).

« UNE CHAUVES-SOURIS SUR LA JOUE ».  
LE PETIT NÈGRE DE RELIGION BAPTISTE

Le prestigieux hôpital d'enfants et d'adolescents de Milwaukee est le plus important centre de neurochirurgie et d'orthopédie. Je reçois un jeune homme de 20 ans qui dit qu'il a une fille d'un an. Nous étions entourés de tous les neurochirurgiens, des chirurgiens orthopédistes et des oncologues, qui n'étaient pas sûrs de devoir l'opérer pour la paralysie de ses membres inférieurs. Ils pensaient qu'il fallait faire une autre opération et le jeune garçon était convaincu qu'il avait un cancer. On allait faire une nouvelle biopsie. Je lui demandai de me dire ce qu'il avait et il me raconta qu'il avait un cancer et que c'était pour cette raison qu'il n'avait pas de sensibilité dans ses jambes. Il dit qu'il était paralysé. Il ajouta qu'il espérait guérir. Je lui demandai s'il était très croyant et il me répondit que oui, qu'il était baptiste, protestant baptiste. Je l'interrogeai sur sa famille. Il répondit qu'il avait une petite amie et une petite fille d'un an. Quand je l'interrogeai sur son père et sa mère, il me dit que sa mère était morte quelques mois après sa naissance.

Les médecins disaient que le garçon avait un délire (fantasme) de chauves-souris qui s'envolaient de sa joue. Je pensai à la joue de la mère de l'enfant. Je demandai quel âge il avait quand sa mère était morte. On me dit qu'il avait un an. À ce moment-là, je lui dis : « Le même âge que ta fille maintenant. »

Lorsque je lui demandai la cause de la mort de sa mère, il me dit qu'elle était morte d'un lupus érythémateux. Il s'agit d'une maladie auto-immune qui provoque une lésion de joues qu'on appelle « la marque de la chauve-souris ». Je demandai au jeune homme s'il savait ce qu'était le lupus et s'il connaissait la lésion appelée « chauve-souris sur la joue ». Il répondit que oui.

Mon hypothèse fut alors la suivante : son fantasme était sa manière de récupérer sa mère à travers les premières caresses peau-contre-peau sur sa joue. C'était le contact avec sa mère à travers la joue. Cette idée se fixa dans sa

pensée. L'hypothèse était qu'il voulait récupérer sa mère et, en même temps, il la voyait sortir et disparaître du contact avec sa propre joue. La peau de la mère sortait, disparaissait de sa propre joue, comme une chauve-souris qui s'envole. Je supposai qu'il voulait récupérer sa mère qui volait comme une chauve-souris.

Il voulait récupérer sa mère ainsi et, en même temps, il exprimait sa perte. Je dis alors aux médecins de l'équipe de psychiatrie et de chirurgie qu'il ne fallait pas travailler avec le patient comme s'il fantasmait, il fallait le traiter en considérant qu'il s'était transformé en sa mère malade du lupus. Il s'était transformé en sa mère en ayant des paralysies neurologiques, comme s'il s'agissait du lupus avec la lésion appelée « chauve-souris sur la joue ». C'était ce qui était resté enregistré chez le bébé d'un an, dans son psychisme et dans ses yeux, le contact peau-contre-peau le plus primitif avec sa mère.

Ce tableau délirant et la paralysie neurologique psychosomatique se déchaînèrent précisément quand sa fille eut un an, l'âge où il perdit sa mère d'un lupus érythémateux. L'hypothèse était donc la suivante : il se transformait en sa mère en soignant un bébé d'un an qui était en même temps lui-même.

Les chirurgiens décidèrent de ne pas l'opérer et je sus plus tard que l'équipe de psychiatres et de psychanalystes put traiter avec beaucoup plus de succès ce tableau délirant et psychosomatique.

## Résumé

Dans cet article dense et complexe, l'auteur nous renvoie à la question du vide et de ses effets psychiques, vide résultant d'une « perte d'introjections » entendues comme rupture des liens émotionnels entre l'enfant et ses parents. Sans doute peut-on entendre là un trouble de la fonction de pensée, une contenance perforée qui soit laisserait partir « dans le vide » les projections primitives du bébé, soit les contiendrait « corporellement » peau à peau, les laissant

non pensées, à charge pourrait-on dire du corps ou de la psyché naissante du bébé. Plutôt qu'un enkystement autistique, plus global, s'installerait alors un système fragmenté où certains organes, ou certaines fonctions physiologiques demeureraient surchargés en tensions non pensées, génératrices de troubles psychosomatiques plus ou moins sévères, en attente d'être reprises, au plus près du corps et de ce qu'il éprouve, par le travail analytique (exemples de l'article). La psyché réagirait en comblant le vide de façon délirante, y associant le corps, tentative de réparation d'un monde interne amputé, où le vide, trace de l'arrachement, se serait installé là où le manque aurait dû être pour reprendre cette formulation de Bion sur la genèse du délire en lieu et place de la pensée symbolique.

**Mots clés :** délire somatique, hypocondrie, image du corps psychotique, perte des introjections, vécu du vide.

## Summary

In this dense and complex paper, the author tackles the issue of void resulting of the loss of introjections understood as the breaking of emotional links between child and parents and its psychic effects. Probably one can understand this issue as a disorder of the thinking function, a pierced containing which either would let go out the primitive projections of the infant in the void, or would contain them within the body, skin-to-skin, not thought, being a charge on the body or on the nascent infant's psyche. Rather than an autistic encapsulation, which is more global, a fragmented system would take place, in which some organs or some physiological functions would remain overloaded with not thought tensions, generating more or less severe psychosomatic disorders and looking forward to be worked through by a psychoanalytic process as close as possible to the body and its feeling (examples in the article). The psyche would react by filling in the void with delusional material, including the body, in an attempt to repair an amputated internal world within which the void, mark of the tearing out, would set up

where lack should be to borrow this Bion's statement about the genesis of a delusion instead of a symbolic thinking.

**Key words:** actual experience of void, hypochondria, loss of introjections, psychotic bodily image, somatic delusion.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abraham A. (1924), « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux », in *Œuvres complètes*, t. II, Paris, Payot, 1966.
- Abraham A. (1945), *Œuvres complètes* (2 vol), trad. I. Barande, Paris, Payot (1965-1967).
- Anzieu D. (1974), « Le Moi-Peau », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 9, pp. 195-208.
- Anzieu D. (1987), « Les signifiants formels et le Moi-Peau », in D. Anzieu (sous la dir.), *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- Bick E. (1968), « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », in *Les Écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, trad. J. & J. Pourrinet, Larmor Plage, Éditions du Hublot, 1998, pp. 135-139.
- Liberman D. (1970-1972), *Lingüística interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, vols 1-3, Buenos Aires, Nueva Vision-Galerna.
- Klimovsky G. (2004), *Epistemología y Psicoanálisis*, vol. I *Problemas de Epistemología*, vol. II *Análisis del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Ediciones Biebel.
- Mahler M. (1968), *Psychose infantile, Symbiose humaine et Individuation*, trad. P. et J. Léonard, Paris, Payot, 1972.
- Meadows P. (1969), *Modelos sistemas y ciencia*, Buenos Aires:University of Buenos Aires Publications.
- Meltzer D. (1964), "The differentiation of Somatic delusions from Hypochondria", *International Journal of Psychoanalysis*, 45.
- Racamier P.-Cl. (1978), « Le paradoxe des schizophrènes », *Revue française de psychanalyse*, vol. 42.
- Resnik S. (1974), *Personne et psychose. Étude sur le langage du corps*, Larmor Plage, Éditions du Hublot, 1999.
- Rosenfeld D. (1986), "Identification and Nazi phenomenon", *International Journal of Psychoanalysis*, 67: 53-64.
- Rosenfeld H. (1965), *Psychotic States, A Psychoanalytical Approach*, trad. G. Diatkine, A. et M. Gibeault, J. Miller et M. Vincent, *États psychotiques, Essais psychanalytiques*, Paris, Puf, 1976.
- Schilder P. (1935), *The Image and Appearance of the Human Body*, London, Kegan Paul, Trench Trubner; trad. fr. F. Gantheret et P. Truffer *L'Image du corps. Étude des forces constructives de la psyché*, Paris, Gallimard, 1968.
- Scott W. C. (1948), "Embryological, neurological, and analytical implications of the body scheme", *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 141-155.
- Searles H. F. (1979), *Countertransference and Related Subjects*, New York, Internat. Univ. Press ; trad. fr. *Le Contretransfert*, Paris, Gallimard, 1981.
- Winnicott D. W. (1957), *L'enfant et le monde extérieur*, trad. A. Stronck-Robert, Paris, Payot, 1972.
- Winnicott D. W. (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, trad. C. Monod et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975.