

Cancer du sein, mécanismes de défense et psychose

Guy Gimenez, S Norbert, Françoise Antoni

► **To cite this version:**

Guy Gimenez, S Norbert, Françoise Antoni. Cancer du sein, mécanismes de défense et psychose. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1289-2130, 1998, pp.23-27. hal-01387133

HAL Id: hal-01387133

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01387133>

Submitted on 25 Oct 2016

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

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

Cancer du sein, mécanismes de défense et psychose

F. ANTONI¹, G. GIMENEZ², S. NORBERT³

Résumé :

Certaines maladies somatiques graves, comme le cancer, provoquent des stratégies défensives importantes chez les patients. Ce travail explore la spécificité des mécanismes de défense mis en œuvre dans le cas de deux patientes psychotiques atteintes d'un cancer du sein - une paranoïaque et une schizophrène - ainsi que l'effet produit sur les constructions délirantes et hallucinatoires.

Mots clés:

Cancer, psychose, déni, rejet, clivage.

Breast cancer, defensive strategies and psychosis.

Summary :

Some severe diseases as cancer provoke into patients important defensive strategies. This work explores the specificity of defenses implemented in the case of two female psychotic patients suffering of breast cancer – a paranoiac and a schizophrenic – as well as the effect produced on a hallucinatory and delusion constructions.

Key words:

Cancer, psychosis, denial, reject, splitting.

Introduction

L'annonce d'une maladie grave, comme le cancer, peut provoquer chez tous les sujets, des stratégies défensives importantes, dans cette période où le patient semble de ne pas pouvoir intégrer l'événement traumatique. Et cela à tel point que l'on parle quelquefois de **déni** de la maladie. Il s'agit certainement d'une utilisation abusive de ce terme, car les patients démontrent fréquemment qu'ils savent qu'ils sont atteints de cette maladie, même s'ils ne peuvent encore l'intégrer, et lui donner un sens.

Notre pratique clinique, à l'hôpital Montperrin, et en particulier le suivi de deux patientes atteintes d'un cancer du sein, nous a confrontés à cette difficile question de la gestion de l'annonce d'une maladie grave chez les patients psychotiques. Il s'agit de deux femmes, l'une schizophrène, l'autre paranoïaque, suivies actuellement dans deux unités de soins.

Nous faisons un constat clinique : ces deux patientes utilisent le déni de façon massive, n'intégrant apparemment pas le fragment de réalité intolérable (Freud, 1924), c'est-à-dire le fait d'être atteinte d'un cancer. Mais la situation est loin d'être aussi simple. En effet, pour ces deux patientes, le déni demeure un mécanisme de défense insuffisant. Il est complété par d'autres mécanismes de défenses spécifiques à ces deux affections, la paranoïa et la schizophrénie.

Présentation de Mme F.

Mme F. est une patiente âgée de 53 ans. Ancienne institutrice de maternelle, elle a été hospitalisée à plusieurs reprises à l'hôpital Montperrin, depuis 1993, pour des troubles dont le début se situe en 1984 mais qui se sont progressivement accentués. Elle présente en effet un délire de persécution bien systématisé, de type paranoïaque, de mécanisme interprétatif, intuitif mais aussi hallucinatoire (hallucinations acoustico-verbales, cénesthésiques et visuelles).

La thématique, très stable, est à peu près inchangée depuis que nous la connaissons : Mme F. se dit persécutée par un inspecteur du rectorat qui est responsable de son éviction de l'éducation nationale,

s'oppose à sa réintégration et jouit de la complicité de certains de ses voisins mais aussi de divers personnages politiques. Ces persécuteurs la suivent dans la rue, lui adressent des injures à caractère sexuel et la malmènent physiquement (elle se plaint de coups reçus dans le dos). Ses trois filles, avec lesquelles elle a très peu de contact, sont elles aussi en butte à de mauvais traitements. Ce vécu persécutif amène la patiente à tenter des actions en justice, écrire des courriers de récriminations à diverses instances et, parfois, à faire des esclandres à ses voisins ou à la mairie d'Aix-en-Provence. Ces derniers comportements ont été à l'origine de plusieurs hospitalisations sous contrainte.

Quand elle est hospitalisée et traitée, Mme F. devient rapidement plus abordable et moins persécutée. Les phénomènes hallucinatoires disparaissent et l'angoisse diminue. Il n'y a cependant jamais, même dans ces périodes d'apaisement, d'ébauche d'une critique du délire. Mme F. se borne à constater que ses persécuteurs la laissent, selon ses propres termes, « *tranquille comme par enchantement* ».

Elle n'a jamais accepté la nécessité de soins et toutes les sorties du service ont été rapidement suivies d'un arrêt du traitement et des consultations et d'une résurgence de l'activité délirante.

Au mois de février 1993, elle nous est adressée en HDT, par les urgences de l'hôpital général, après la découverte d'une tumeur du sein gauche de trois centimètres de diamètre avec rétraction mamelonnaire, ulcération à la peau et adénopathies axillaires. Le tableau est fortement évocateur d'une pathologie cancéreuse mais la coexistence manifeste de troubles délirants amène les somaticiens à juger impossible une prise en charge à l'hôpital général.

A son entrée dans le service, Mme F. déclare avoir été victime d'une agression (un coup de couteau) et nie l'existence d'une pathologie cancéreuse. Sa fugue du service dès le lendemain ne permet pas de recueillir plus d'éléments. Tout au plus apprendrons-nous, en menant une enquête pour la retrouver, qu'elle a consulté une fois, trois mois auparavant, en service de gynécologie. Au mois d'avril, cependant, une réintégration en HDT est enfin réalisée. Mme F. dénie toujours l'existence possible d'un cancer. Elle est très délirante et son discours est inchangé. Elle dit avoir ressenti dans sa chambre, dans le noir, un coup de couteau au sein gauche (hallucination cénesthésique) lors d'une agression

¹ Praticien hospitalier, Service du docteur Fornari, CH. Montperrin, Aix-en-Provence.

² Maître de Conférence en Psychologie, Université de Provence, Faculté de Psychologie, 29, av. R. Schuman, 13621 Aix-en-Provence. Psychologue, CH. Montperrin, Aix-en-Provence, Service du Dr Fornari.

³ Médecin assistant, Service du docteur Fornari, CH. Montperrin, Aix-en-Provence.

commanditée par ses persécuteurs. Mais elle évoque cependant des souvenirs dont elle n'avait jamais parlé jusque-là. Ils concernent la mort, vers l'âge de 25 ans, de l'une de ses sœurs atteinte d'un « cancer du genou ». Ce décès est survenu en quelques mois, dans des conditions très pénibles et sans que les médecins aient pu faire quoi que ce soit.

Après quelques jours de traitement, comme lors des précédentes hospitalisations, le délire de persécution devient moins pregnant et la patiente accepte la réalisation d'explorations concernant son problème mammaire, même si elle n'admet toujours pas sa nature très probablement cancéreuse. L'assurance que personne ne lui imposera un traitement chirurgical, qu'elle redoute beaucoup, nous semble avoir joué un rôle décisif dans son accord.

Les explorations confirment, comme c'était prévisible, la nature cancéreuse de la tumeur et révèlent l'existence de métastases osseuses. La communication des résultats à Mme F. ne se heurte plus alors au déni massif constaté à son entrée et, sans plus reparler du « coup de couteau », elle accepte la chimiothérapie qui lui est proposée. Celle-ci est réalisée dans le cadre d'une sortie d'essai avec traitement par N.A.P. (Haldol® decanoas) et en coopération étroite avec le service de gynécologie.

Six cures sont initialement prévues mais trois seulement sont réalisées. En effet, la patiente, après la troisième cure, refuse de les poursuivre. Elle se dit très fatiguée et supporte surtout très mal l'alopécie, induite par la chimiothérapie, qu'elle semble ne pas avoir anticipée. Il est vrai que Mme F., habituellement assez coquette et féminine, présente alors un aspect d'autant plus impressionnant qu'elle se refuse à porter une perruque (sous le prétexte peu convainquant d'un prix jugé exorbitant). Elle exhibe ainsi sa misère capillaire, quasiment vécue comme une mutilation définitive, d'une façon qui n'est pas sans nous rappeler la complaisance avec laquelle elle expose sa plaie du sein, qu'elle s'acharne, malgré nos mises en garde répétées, à toucher et gratter toute la journée.

L'arrêt volontaire du traitement est suivi d'une période d'angoisse majeure pendant laquelle Mme F. est hospitalisée à sa demande (situation tout à fait exceptionnelle). Elle se plaint alors d'une asthénie intense et de douleurs dans les jambes qu'elle attribue spontanément aux métastases osseuses, bien que celles-ci soient localisées dans d'autres zones du squelette. Le refus de la chimiothérapie reste toutefois inébranlable : « *cela ne sert à rien* », répète la patiente sur un mode qui nous paraît très dépressif, se différenciant nettement du déni délirant constaté quelques semaines auparavant.

L'importance de l'altération de l'état général et l'existence de phases d'obnubilation nous amènent cependant à demander un scanner cérébral pour éliminer de possibles métastases cérébrales. Cet examen est normal, ce qui a pour effet immédiat de rassurer Mme F. et de faire disparaître l'asthénie et les douleurs. La mobilisation de sa famille a aussi un effet bénéfique et la patiente accepte alors de consulter un autre cancérologue pour avoir un deuxième avis sur le traitement. Celui-ci propose une radiothérapie accompagnée ou suivie d'une chimiothérapie. Mme F. choisit la deuxième solution et va très régulièrement à ses trente-cinq séances de radiothérapie. Durant cette période, elle se montre souriante, détendue, très rassurée par la repousse de ses cheveux et l'amélioration de l'état local de son sein. Elle insiste beaucoup sur la guérison des croûtes et de la suppuration. Les affects dépressifs ont disparu et elle s'inscrit même, ce qu'elle avait toujours refusé, à un club d'activités proche de son domicile et auquel elle se rend très régulièrement.

A l'issue de la radiothérapie, elle persiste cependant dans son refus d'une nouvelle chimiothérapie dont elle déclare, avec un petit sourire énigmatique, qu'elle sait bien qu'elle n'est pas indispensable, voyant dans les améliorations évoquées ci-dessus une preuve de ses dires. Et nous nous retrouvons donc face à un déni, non plus de la pathologie cancéreuse, mais de la nécessité d'un type de traitement, que rien n'est parvenu à ébranler jusqu'à ce jour. Il n'est pas impossible qu'il s'intègre dans une nouvelle construction délirante, mais la patiente se montre actuellement très réticente et s'exprime peu à ce sujet.

Commentaires sur Mme F.

Le matériel clinique présenté met en évidence comment la patiente tente de se défendre contre la connaissance qu'elle pourrait avoir de son cancer du sein et comment elle essaie de sauvegarder une image du corps non dégradée par la maladie. Elle se défend ainsi contre la maladie (et la représentation qu'elle pourrait en avoir), mais aussi contre l'effet de la maladie (qu'elle perçoit), c'est-à-dire l'atteinte corporelle causée par le cancer.

- La patiente utilise de façon massive un mécanisme de défense : elle **dénie** le fragment de réalité non métabolisable. De façon concomitante, elle rejette la représentation potentielle qu'elle pourrait avoir de cette réalité.

- Mais ce mécanisme de défense semble insuffisant pour la maintenir coupée de cette réalité intolérable : ce dont elle essaie de se débarrasser fait retour sous forme d'hallucination et de délire persécutif, structuré (systématisé). Ainsi, ce qui a été rejeté comme pensée fait retour sous forme hallucinatoire et délirante : appréhendé comme une perception (Freud, 1911) ; ou, comme le dirait Lacan (1958), ce qui est forclos du symbolique revient dans le réel, sous forme d'hallucination.

- Mais ce retour se produit après une **transformation**. Par analogie avec le retour du refoulé chez le névrosé, l'un d'entre nous a décrit ce qu'il a nommé le « retour du rejeté » et quelques-uns des mécanismes de transformation portant sur la représentation potentielle rejetée faisant retour sous forme hallucinatoire (Gimenez G., 1994 et 1997). On retrouve bien, dans le contenu formel de l'hallucination (hallucination d'une attaque au couteau), une atteinte de la partie malade du corps de la patiente : ici le sein. Mais, dans l'hallucination, l'origine du mal vient de l'extérieur. Il semble ainsi que la patiente se protège, non de l'atteinte somatique elle-même, mais de son origine interne.

Le scénario de base qui pourrait ainsi être énoncé « *Je me détruis de l'intérieur par le cancer* », devient : « *On me détruit de l'extérieur en m'attaquant avec un couteau* ». La transformation qui a porté sur le scénario intolérable semble ainsi sous-tendue par un mouvement projectif visant à se débarrasser de l'origine interne du trouble. La patiente garde ainsi le contrôle sur ce qui lui arrive. Il n'y a pas ici d'inversion de la valence de l'affect comme Freud le décrit dans le cas Schreber avec la phrase « *Je l'aime lui un homme* » (Freud, 1911).

- Le retour de ce qui a été dénié (le fragment de réalité intolérable) et rejeté (sa représentation possible) se fait également par le **délire** de persécution, construit, systématisé.

- Malgré tous ces mécanismes de défense, il semble que la patiente ait toutefois accès à la connaissance de son atteinte somatique : elle ne peut se défendre contre ce vécu traumatique, qui de plus s'impose à elle de façon perceptible.

Présentation du cas de Anne

Anne est une patiente schizophrène âgée de 43 ans, actuellement suivie au centre hospitalier Montperrin. Les troubles psychotiques débutent vers l'âge de 20 ans, suite à son départ du domicile familial. Elle présente un tableau d'incurie et d'apragmatisme dans son nouveau logement, associé à un syndrome dissociatif, un délire polymorphe avec des idées de persécution centrées sur sa mère et un automatisme mental avec des voix de femmes l'injuriant.

Après plusieurs hospitalisations en clinique privée et divers traitements qui permettent d'atténuer la symptomatologie sans abraser en totalité les idées délirantes, elle est hospitalisée pour la première fois au CH Montperrin, sur le mode de l'hospitalisation sur demande d'un tiers, en 1990. Lors de cette hospitalisation, elle est **enceinte** de six semaines, grossesse qu'elle évoque très peu dans son discours : ses préoccupations à ce sujet sont centrées sur son image corporelle, elle réclame régulièrement aux infirmières des crèmes contre les vergetures, des produits de beauté, manifestant ses inquiétudes concernant sa prise de poids. Elle refuse de parler du père de l'enfant, répétant à plusieurs reprises : « *Mon enfant n'a pas de père* ». Une interruption thérapeutique de grossesse est réalisée deux mois après, en partie sous la pression de la mère, toujours très présente dans la prise en charge de sa fille.

Lors d'une hospitalisation ultérieure, Anne se lie avec un patient schizophrène du pavillon, Jean-Marc, qu'elle épouse quelques mois plus tard, pendant une période de stabilisation des troubles.

En 1996, elle est à nouveau enceinte. Elle interrompt d'elle-même le traitement neuroleptique ainsi que le suivi psychiatrique. Elle présente une décompensation délirante riche en post-partum ; les idées délirantes sont centrées sur son enfant, un petit garçon : dans ses propos, elle évoque une grossesse gémellaire, les infirmières lui auraient volé sa fille à la naissance. Le délire concerne également son mari et sa mère : « *Mon mari a un frère jumeau, je suis confrontée tantôt à l'un, tantôt à l'autre... J'ai deux mères, l'une est vraie, l'autre est fausse...* ».

Un traitement par Léponex® est instauré. Il entraîne une prise de poids importante, mais il permet une réduction des troubles du comportement, un apaisement de la symptomatologie productive, avec la persistance d'idées délirantes de mécanisme imaginaire, évoquant une paraphrénisation. Malgré les troubles psychiatriques, le couple parvient à élever l'enfant, aidé par la mère de la patiente.

En décembre 1996, la mère d'Anne nous informe que sa fille a passé il y a deux mois une mammographie suite à l'apparition d'une induration mammaire droite, et a consulté divers gynécologues de la région (dont un au centre anticancéreux de Marseille). L'image radiologique présente des signes en faveur d'une malignité, les médecins consultés préconisent une intervention chirurgicale, que la patiente refuse.

Elle accepte cependant une hospitalisation dans le service du médecin gynécologue l'ayant suivi lors de son accouchement. L'intervention chirurgicale sera programmée, mais l'équipe psychiatrique devra intervenir suite à des troubles du comportement de la patiente : elle présente un délire paranoïde centré sur des idées de mort, des sensations de transformation corporelle, des hallucinations psychosensorielles menaçantes, ainsi qu'un déni massif de la nature cancéreuse de sa pathologie. Le tableau **dissociatif** est intense, associant une ambivalence majeure rendant l'acceptation du geste chirurgical impossible, un maniérisme, un discours diffluent et désorganisé, des angoisses de morcellement. Nous décidons d'hospitaliser Anne au CH Montperrin, afin d'aider la patiente à accepter l'intervention chirurgicale. Elle nous sollicite

continuellement par l'intermédiaire de plaintes somatiques variées et bizarres, nécessitant des étayages corporels permanents : séances de kinésithérapie, massages dorsaux, des jambes... Ses demandes sont essentiellement centrées sur des préoccupations corporelles concernant son aspect physique (masques capillaires, crèmes de beauté, coiffeur...) Des idées délirantes à thème persécutoire, rapidement résolutes, se développent envers des infirmières : « *Elles sont jalouses de moi parce que je suis plus belle qu'elles, elles veulent me voler mon mari...* »

Lors de l'hospitalisation, Anne présente un déni massif : « *Je n'ai pas de cancer, j'ai un grain de beauté à enlever au sein...* » Elle dénie également sa prise de poids importante, se pesant plusieurs fois par jour en présence d'infirmières, s'exclamant avec joie qu'elle a maigri et s'ôtant généreusement une trentaine de kilos... Tout en refusant d'entendre le mot cancer, elle accepte néanmoins l'intervention chirurgicale et les soins (radiothérapie et traitement antihormonal) réalisés en service de gynécologie, avec toutefois une présence constante de l'équipe psychiatrique. L'examen anatomopathologique révèle un adénocarcinome mammaire de quatre centimètres, avec un curage ganglionnaire positif.

Le tableau clinique est alors dominé par le syndrome dissociatif (plus intense qu'auparavant) : angoisses de morcellement envahissantes, préoccupations corporelles délirantes et discordantes, maniérisme et discours diffluent. En revanche, la symptomatologie délirante semble moins prégnante.

Le tableau dissociatif s'amende progressivement, le déni est moins intense. Anne parvient enfin à évoquer, mais de façon très allusive, son opération du cancer du sein. Elle verbalise alors en pleurant des affects dépressifs.

Actuellement, elle est retournée à son domicile, suit son traitement antihormonal par Zoladex® et accepte de consulter régulièrement son médecin gynécologue. Le tableau dissociatif est moins franc, persistent les idées délirantes riches, mal systématisées, évoquant un délire en voie de paraphrénisation, à thème fantastique, mégalomane, de mécanisme imaginaire.

Commentaires sur le cas de Anne

Nous avons vu comment, dans ce cas clinique, une atteinte somatique, analogue à celle de Mme F., le cancer du sein, est également déniée, mais ne fait pas retour sous forme délirante. Au contraire, l'atteinte corporelle a pour effet d'augmenter de façon importante la dissociation et de diminuer les productions délirantes en cours de paraphrénisation. L'hypothèse freudienne (1924 a et b) selon laquelle la construction délirante fait suite à un mécanisme actif de lutte contre une représentation intolérable nous aide à mieux nous représenter ce mouvement psychique.

Il semble que la représentation traumatique contre laquelle elle se défend ne fait pas retour de façon claire, comme chez Mme F. Nous faisons l'hypothèse que la patiente s'en est défendue par le mécanisme de morcellement. Ce mécanisme découpe activement les constructions faites par la patiente : le délire en cours de paraphrénisation. La patiente ne présente plus alors que des parties de délire très peu reliées entre elles, peu compréhensibles, peu construites, ou comme le décrit Bion dans un cas clinique, comme un « nuage de délire » dans lequel on ne repère plus les éléments éparpillés.

Nous différencions le mécanisme de défense (mécanisme actif) que l'on nomme morcellement de l'état du moi du même nom qui consiste en un état en deçà de l'unification, en deçà du stade du miroir tel que l'a décrit Lacan, en deçà de la constitution de l'enveloppe psychique (Moi-peau tel que l'a décrit Anzieu, 1974). Mécanisme actif à rapprocher de la dissociation et qui consiste en une déliaison psychique (l'attaque contre les liens décrite par Bion), une déliaison active (Bion W.R., 1959).

Notons également que, tout en niant avoir un cancer, la patiente ne s'oppose pas activement au traitement et accepte sans grande difficulté d'être opérée et de subir une radiothérapie. Ce qui soulève la question de la coexistence dans son psychisme de deux positions psychiques antagonistes : « *Je n'ai pas le cancer. Je me soigne pour mon cancer.* » Ce mouvement ne serait-il pas à mettre en relation avec la notion de clivage du moi : « phénomène qui traduit la coexistence au sein du moi de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production de désir » (Laplanche J., Pontalis J.L., 1967, p.67).

Une autre hypothèse pourrait être que, par moments, le mécanisme de défense qu'est le déni serait moins efficace et ne couperait pas le sujet du fragment de réalité intolérable.

Conclusion

En conclusion, nous dirons que les patients psychotiques, confrontés à l'irruption dans leur vie et leur corps d'une maladie cancéreuse, utilisent les mécanismes de défense propres à leur trouble psychique : déni, projection et clivage du moi. Les deux cas cliniques que nous avons présentés nous semblent une illustration assez convaincante de cette proposition.

Sans nier l'existence d'une atteinte somatique, ces mécanismes permettent à nos patientes d'en dénier la gravité en l'assimilant à une plaie ou un « grain de beauté », lésions superficielles qui se traiteront facilement et disparaîtront sans laisser de trace. Il semble que, pour elles, la perception du corps se réduise à un simple reflet de surface, sans arrière-plan et qu'il faut normaliser. Ainsi Mme F. voit-elle dans la cicatrisation de sa plaie une preuve indubitable de sa guérison et Anne se préoccupe-t-elle uniquement, lors de sa grossesse, de l'apparition possible de vergetures. Peut-être faut-il rattacher aussi à cette perception particulière du corps, l'effroi de Mme F. devant la chute de ses cheveux, associée pour elle au cancer et à la mort beaucoup plus fortement que ses symptômes antérieurs. Ces mécanismes de défense permettent à nos patientes de lutter contre l'angoisse. Cependant, en particulier pour le déni et la projection, ils sont aussi à l'origine d'un refus des soins dont les conséquences peuvent être mortelles.

Le thérapeute se trouve donc confronté à un problème particulièrement délicat : les mécanismes de défense sont devenus un obstacle aux soins, mais jusqu'où doit-il aller, dans ses efforts, pour confronter le patient avec une vérité souvent insupportable ? Il lui faut parfois se contenter, comme avec Anne, d'une acceptation tacite des soins malgré un déni persistant de la maladie. Sa situation n'est peut-être pas alors fondamentalement différente de celle de tout médecin face à un patient atteint d'une pathologie engageant le

pronostic vital : rien ne justifie une dissimulation de la vérité mais rien n'autorise à l'imposer à un sujet qui n'est pas prêt à l'entendre. Cette question débouche évidemment sur celle du « consentement éclairé aux soins ». Que recouvre cette notion dans le cas d'un patient psychotique mettant en œuvre les mécanismes de défense que nous avons évoqués ? Nous n'avons pas de réponse satisfaisante à cette interrogation ; tout au plus dirons-nous qu'il s'agit là d'un problème éthique qui relève certainement plus d'un questionnement toujours renouvelé que d'une résolution péremptoire. •

REFERENCES

- Anzieu D (1974) . Le Moi-Peau: *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 9,195-203.
- Aulagnier P (1964). Remarques sur la structure psychotique. *La Psychanalyse*, 8, 47-64.
- Bion WR (1959). Attaques contre la liaison. In *Réflexion faite*. Paris, Presses Universitaires de France, 1983, 105-123.
- Freud S (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber). In *Cinq psychanalyses*. Paris, Presses Universitaires de France, 1970, 263-321.
- L'inconscient. In *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 1940, 65-123.
- Freud S (1924a). Névrose et psychose. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris, Presses Universitaires de France, 1973, 283-286.
- Freud S (1924b). La perte de la réalité dans la névrose et la psychose. In *Névrose, psychose et perversion*. Paris, Presses Universitaires de France, 1973, 299-303.
- Gimenez G (1994). Entre chaos et pensée, l'hallucination, un contenant présymbolique. In : D Anzieu (directeur), B Gibello, D Houzel, S Tisseron, G Lavalée, G Gimenez, Barruel, *L'activité de pensée, émergences et troubles*. Paris, Dunod, 145-156.
- Gimenez G (1997). Des Voix à la parole. In : Green A, Boyella S, Botella C, Boubli M, Gimenez G, Aulagnier P, Fonagy J, Pinol-Douriez M, *Pulsions, représentations, langage. Théorie et clinique psychanalytiques*. Delachaux et Nieslé, 93-133.
- Lacan J (1955-1956). *Les Psychoses. Le Séminaire*, Livre III. Paris, Seuil, 1981.
- Lacan J (1958). *Écrits*. Paris, Seuil.
- Laplanche J, Pontalis JB (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France.