

Les cliniques de l'extrême

Auteur(s) : Simone Korff-Sausse

Mots clés : Bion (Wilfred) - contre-transfert - déficience mentale - extrême (cliniques de l'-) - handicap - procédés littéraires

Mes recherches sur l'enfant handicapé m'ont amenée à dégager un certain nombre d'aspects cliniques et théoriques que j'ai étendues à ce que j'appelle maintenant les cliniques de l'extrême¹. Dans l'extrême, je rassemble des champs cliniques (les traumatismes, le handicap, la maladie somatique, les soins palliatifs, la maladie d'Alzheimer, la périnatalité, les grands prématurés, le vieillissement, les déportés, la torture, les traumas de guerre, les cérébro-lésés, la précarité sociale, les SDF, la grande criminalité etc) dont le point commun est la notion de l'extrême, c'est-à-dire ce qui nous amène aux frontières :

- de ce qui est pensable,
- de ce qui est symbolisable ou subjectivable,
- de ce qui est partageable,
- ou encore et surtout : aux frontières de l'humain, car c'est bien la question qui traverse comme un fil rouge ces cliniques, qui interrogent inévitablement l'appartenance à l'humanité et évoquent la question du post humain²

Approche psychanalytique du patient atteint d'une déficience mentale

La présence d'un handicap mental chez le patient pose de manière aiguë la question des ressemblances et des différences, les convergences et les divergences aussi bien psychiques que culturelles. Le traitement amène un certain nombre de réflexions techniques et théoriques, au moyen desquelles les analystes pourront comparer leur approche selon les horizons culturels et de références psychanalytiques différentes elles aussi.

Peu de recherches psychanalytiques ont été consacrées aux patients atteints de handicap et/ou de déficience mentale, comme si l'impact d'une réalité irrémédiable et envahissante ou d'une corporalité traumatisée et traumatisante, produisaient une butée de la pensée. Ces cliniques sont négligées par les psychanalystes, blessés dans leur narcissisme par ces patients qui obligent à des identifications qu'ils peuvent éprouver comme déshumanisantes. Porteur d'une atteinte extrême, ces patients ont franchi une frontière, ils ont transgressé les règles de l'humain, ils ont dépassé un tabou. Ils sont scandaleux. C'est pourquoi on veut les éviter (fuite du regard), les éloigner (exclusion, difficultés de l'intégration), les annuler (stérilisation des femmes handicapées), voire les supprimer (prévention du handicap, eugénisme, euthanasie).

Cas clinique

Pascal est un jeune adulte atteint de trisomie 21, âgé de vingt ans que sa mère m'amène pour des entretiens psychothérapeutiques. Je vois arriver un jeune homme assez trapu, l'attitude ramassée, l'air renfrogné, la posture replié, mais de cette présence massive et tassée, surgit un regard vif et observateur, qui me scrute par-en dessous, même un peu narquois, en tout cas interrogateur. J'entends une mère très attentive, ayant de grandes capacités de

comprendre la vie psychique de son fils handicapé, en s'appuyant sur sa propre expérience psychanalytique, très investie, qui lui permet d'imaginer et de soutenir l'idée qu'il pourrait bénéficier lui aussi d'une psychothérapie. Cette alliance et ce respect ne se démentiront pas au fil des années. Les symptômes justifiant la demande sont des crises de violences, des colères difficiles à contrôler, des troubles du langage, des difficultés à s'adapter au CAT (Centre d'Aide par le Travail, actuellement ESAT). Au cours du premier entretien, je ressens un très fort mouvement contre-transférentiel, un de ces moments marquants, qui constitue la matrice de surgissement d'une pensée clinique (André Green) et le moment inaugural d'un processus psychothérapeutique.

Nous voici assis tous les trois et la mère commence à me faire l'historique de toutes ces années, vingt ans de "parcours du combattant" selon la formule habituelle dans le milieu du handicap, formule particulièrement - et douloureusement - juste. (Korff-Sausse, 2005). Je l'écoute... Ou plutôt une partie de moi l'écoute, la partie névrosée, rationnelle, secondarisée, intégrée ; mais une autre partie est à l'écoute de ce que j'entends - ou de ce que je n'entends pas, plutôt faudrait-il dire ce que je perçois - de Pascal.

Au début de l'entretien, Pascal a répondu aux questions qui lui étaient posées, tant bien que mal, car il a une articulation très défectueuse. Je ressens très fort à quel point participer à une conversation entre adultes valides et parlants est pour Pascal d'un très grand embarras qui demande une immense application et ne peut qu'inspirer un sentiment d'échec. D'ailleurs au fur et mesure de l'entretien. Pascal parle de moins en moins, Je le vois s'affaisser sur son fauteuil. Ses yeux clignent et il s'endort.

Face à cette configuration, je me dis de deux choses l'une : il me faut choisir, choisir entre ces deux modes de communication si antinomiques l'une de l'autre et qui font résonance en moi à des registres psychiques hétérogènes. Le discours maternel, aussi bienveillant soit-il, m'empêche d'entendre Pascal. En s'endormant, Pascal me signifie que ce discours, bien qu'il s'agisse du récit de sa vie, ne le concerne pas. Cette version langagière de son existence lui reste étrangère et le dépossède de sa subjectivité. « Tout être humain, aussi démuné soit-il, et même s'il ne dispose pas du langage, a quelque chose à dire de sa position subjective dans le monde ». C'est le principe que je me suis donnée dès le départ dans mes travaux sur le handicap (Korff-Sausse, 1996) et qui, selon pour moi, fonde la possibilité d'une approche psychanalytique de personnes très démunies. Forte de cette conviction, je propose d'arrêter là cet entretien, où Pascal n'a pas une place de sujet parlant et pensant, et je l'invite à venir seul pour des séances hebdomadaires. Par cette rupture, je m'expose au risque d'écouter un patient qui parle, mais dont je ne comprends pas un mot.

Il faut donc une conviction, celle de penser que l'anormalité a quelque chose à nous enseigner. Cette position était déjà celle de Freud lorsqu'il a montré que le pathologique nous instruit sur le fonctionnement psychique normal et qu'il a fait le pas inaugural et révolutionnaire de ne pas produire un discours objectif sur les hystériques pour faire place à leur parole subjective. Sans cette conviction, il ne saurait y avoir de traitement psychanalytique avec un patient atteint de déficience mentale. Bion a été un pionnier dans ce domaine, lui qui parlait de foi, lui qui s'intéressait autant à la vie psychique des grands génies que des personnes mentalement très atteintes. Bion montre l'analogie des

processus de pensée à l'œuvre dans ces deux cas apparemment opposés. « Les difficultés éprouvées par le patient qui souffre d'un « trouble de la pensée » ne sont pas différentes de celles rencontrées par les savants » (Bion, 1962). Les mécanismes de la pensée dans leur origine et leur déroulement se trouvent éclairés aussi bien (ou mieux : de manière conjointe) par les deux extrêmes : d'une part les œuvres intellectuelles et artistiques de haut niveau, d'autre part la psyché dans ses balbutiements et son inachèvement.

Il y a un décalage entre nos outils de connaissance, et en particulier le langage, et la chose à connaître. Pour les patients ayant un handicap mental, ce décalage est accentué. L'analyste doit alors lâcher le langage pour faire place à la communication non-verbale. Laisser advenir de l'inconnu, de l'insolite, dans la perspective de Bion qui considère l'inconscient comme « le non-découvert ou le non évolué » (1965, p.192).

Je prends donc le pari d'écouter Pascal. Écouter ? Quel sens donner à ce mot dès lors qu'il s'agit de recevoir des messages en partie incompréhensibles ? En d'autres termes, les paroles de Pascal ne rencontrent pas chez moi. Ces paroles, je les reçois néanmoins et leur laisse faire leur chemin en moi. Quels chemins ? Avec quoi je l'écoute ?

Pour me retrouver dans cet univers éclaté, fragmenté, où les paroles surgissent, circulent, disparaissent, où les phrases se chevauchent, se télescopent, je vais m'appuyer sur des expériences esthétiques et en particulier certaines formes littéraires modernes, qui me viennent à l'esprit spontanément au cours des séances. Après tout, me dis-je, on lit bien *Finnegan's Wake* qui plonge le lecteur dans un univers où le sens se dérobe et

doit se déchiffrer. Après tout, on rencontre chez Beckett des personnages qui pratiquent l'absurde et délitent le sens.

En effet, le discours de Pascal est structuré selon des procédés littéraires connus dans la littérature moderne, se déroulant souvent selon un fil d'énumérations et de formules répétitives. Refrains, reprises, rythmes. Plutôt que de les considérer uniquement dans leur valeur défensive, je préfère y voir des modalités originales de communication. C'est comme une phrase sans virgules, une page sans paragraphes. Comme certains écrivains modernes, Pascal ignore la ponctuation du texte. C'est un flot de paroles dont je ne capte pas le sens, comme une langue étrangère, ou une langue relevant de la poésie, car, comme le disait Marcel Proust, le poète est celui qui parle sa langue maternelle comme une langue étrangère. On a pu dire que l'analyste doit rêver la séance (Ogden), ici il me faut peut-être écrire la séance comme le poète écrit un poème.

Néanmoins je remarque à plusieurs reprises qu'un élément significatif se cache dans une énumération qui paraît dénué de sens. Quelque chose se donne à décrypter. Peu de situations vérifient autant que les cliniques avec handicap la proposition bionienne de « pensées à la recherche d'un penseur ». Pensées errantes, sauvages, sans propriétaire, qui vagabondent et virevoltent, auxquelles le thérapeute va donner un abri temporaire. Ainsi dans la liste des chanteurs que Pascal écoute et qu'il aime reviennent de manière répétitive Georges Brassens Coluche, Claude François, Jacques Brel, c'est-à-dire des morts ... Est-ce sa manière d'amener dans le matériel clinique une préoccupation relative à la mort ? D'évoquer le souhait de mort que tout enfant handicapé suscite dans son entourage ? Il ne peut

ignorer qu'à l'heure actuelle se met en place un dispositif de prévention du handicap qui consiste précisément à détecter la trisomie 21 in utero afin de permettre aux parents de pratiquer une IMG (interruption médicale de grossesse). De plus, on sait que l'espérance de vie des trisomiques était jusqu'à récemment assez réduite, mais Pascal fait partie d'une nouvelle génération qui est appelé à traverser l'âge adulte, aborder le vieillissement et vivre au-delà de la mort de leurs parents.

A cette évocation de la mort, fait écho le rappel régulier qu'il fait de sa date de naissance. A quoi correspond ce besoin de poser les bords de l'existence, le début et la fin, les frontières de la vie humaine ? C'est comme si pour Pascal son histoire était réduite à ses extrémités, mais que faire du présent, de ce temps entre les deux ? Rappeler la date de sa naissance ne serait-ce pas une manière de revenir en arrière pour se soustraire à cette obligation douloureuse de l'inscription dans l'ordre humain. pour celui dont l'identité est menacée et menaçante, afin de retrouver le champ sans bornes d'avant le miroir, dont Lacan a montré qu'il implique non seulement la jubilation, mais aussi une part de nécessaire mutilation aliénante.

« Rien à dire »

Dans ces situations extrêmes, on peut avoir l'impression qu'il ne se passe rien. Mais ce rien n'est pas rien... Écoutons les poètes, qui comme le disait déjà Freud en savent plus long que nous et le disent plutôt mieux

« Il est plus beau de n'être rien et il y faut plus de ferveur que d'être quelque chose » (Robert Walser)

« *Je ne suis rien
Je ne serai jamais rien
Je ne peux vouloir être rien
À part ça, je porte en moi tous les rêves du monde.* »

(Fernando Pessoa, *Fragments d'un voyage immobile*)

Parfois Pascal termine une séance par un « rien à dire » qui semble clore l'entretien pour ce jour-là. Il a alors une tonalité assez dépressive, qui tranche avec la jovialité un peu maniaque qui marque habituellement les séances. N'est-ce pas une dénégation ? Je me hasarde : « Il semble y avoir là pour vous quelque chose qui est difficile à dire... » Après une hésitation, il lance deux mots : « sexualité... trisomie ». Si l'économie des moyens au service de la richesse du message est une des caractéristiques des grands créateurs, on ne peut qu'admirer ici la capacité de Pascal à effectuer le passage d'un presque rien à un message hautement significatif.

Deux mots pour soulever la question existentielle de tout être humain, celle de la sexualité, mais qui pour un être né avec une anomalie chromosomique, réveille toujours des fantasmes de filiation fautive, de transmission dangereuse et de procréation interdite.

La formule revient : tantôt « rien à dire », tantôt « rien dire ». D'une part « je n'ai rien à dire », et d'autre part « il ne faut rien dire ». D'un côté l'incapacité à dire d'un homme atteint d'une déficience mentale qui déprécie ou annule ses propres opinions, pris dans une image réductrice projetée sur lui et qui ne peut accorder aucune valeur à ses productions psychiques. De l'autre côté, l'interdiction de parole, et même plus radicalement de

pensée, en ce qui concerne les souhaits, les oppositions, les conflits, d'où cette réduction de la vie fantasmatique et l'impossibilité de se projeter, d'espérer, de rêver, d'anticiper, qui souvent dans ces cas cliniques rend l'univers terne, immobile, sans issue. La difficulté de parole, la lenteur idéique créent les conditions d'un appareil psychique-éponge, qui absorbe les projections de l'autre. Pascal se trouve envahi de pensées qui ne sont pas les siennes, de paroles qu'il reproduit venant des autres mais qu'il ne s'approprie pas.

Aspects spécifiques du contre-transfert

L'impact émotionnel immense du handicap sur la relation thérapeutique mobilise des aspects particuliers, spécifiques, intenses, archaïques du contre-transfert. Les paramètres qui caractérisent le handicap font obstacle à l'identification : l'organicité, le caractère irrémédiable, la déficience des moyens intellectuels, le retard, l'absence ou l'anomalie du langage, le corps déformé par des mouvements incontrôlés, l'anomalie ou la déficience de l'organisation de la pensée. C'est une clinique qui incite à des réactions excessives - l'horreur ou la banalisation, le rejet ou la fascination, la fusion ou l'indifférence - et fait facilement basculer d'un évitement sans nuances à une affectivité sans limites. C'est pourquoi le traitement de ces patients oblige le psychanalyste à un travail très rigoureux sur les aspects spécifiques du contre-transfert qui mobilisent la toute-puissance, la haine, la fusion archaïque, le rejet violent, l'illusion réparatrice et l'idée de meurtre. Cela revient à se demander quelle fonction a pour le thérapeute la relation avec un être si blessé, vulnérable, irrémédiablement atteint dans son intégrité, car l'une des caractéristiques du processus transférentiel/contre-transférentiel

dans le domaine du handicap est l'asymétrie. En effet, si toute relation thérapeutique est marquée par définition par l'asymétrie, celle-ci est accentuée par le handicap. Asymétrie entre un psychanalyste armé de son outillage théorique et si versé dans les raffinements et les nuances de la vie affective et un enfant ou un adulte déficient qui ne dispose ni du langage, ni d'aucun contrôle de sa vie émotionnelle, ni de la maîtrise de son corps. Comment aborder les aspects érotisés de la relation transférentielle ? C'est une question extrêmement difficile et qui est probablement à l'origine de la réticence de beaucoup d'analystes à recevoir des patients handicapés.

Compte tenu de ces difficultés, quelles sont les conditions de possibilité, mais aussi les obstacles, à une écoute analytique de patients handicapés ? On sait que le contre-transfert n'est utilisable que comme effet du transfert. Le clinicien doit donc être à l'écoute du transfert, c'est à dire se laisser pénétrer, altérer par le transfert du patient. Le handicap peut entraver ce processus à cause de la difficulté à se représenter la vie psychique de la personne handicapée. En effet, face au handicap, la sidération amène une méconnaissance de la vie psychique de la personne handicapée, et donc une méconnaissance de la relation transférentielle. Pour plusieurs raisons, la situation est rarement envisagée du point de vue de la personne handicapée elle-même, et de ce qu'elle pourrait dire de son expérience singulière. Face à cet être qui suscite une inquiétante étrangeté, et fait un effet de miroir brisé (Sausse, 1996), le mouvement d'identification est mis en échec ou demande un effort qui en décourage plus d'un. Ensuite, il s'agit d'une personne très démunie dans ses capacités de pensée et d'expression, ce qui ne fait qu'accentuer la difficulté à s'identifier à lui. Puis surtout, il y a une anormalité, un écart à la

norme, ce qui décourage encore plus toute tentative d'identification.

L'évolution de la psychanalyse est étroitement liée à l'approfondissement du travail contre-transférentiel. On connaît les étapes de cette évolution que je ne ferais qu'esquisser pour mémoire. À partir de *Constructions en Analyse* (Freud, 1937), l'accent se déplace du fonctionnement psychique du patient vers le travail psychique de l'analyste, qui en devient l'indicateur et le révélateur. C'est Ferenczi qui a donné une grande place au contre-transfert. Le problème du contre-transfert s'ouvre devant nous « comme un gouffre », écrit-il dans son *Journal Clinique* au cours d'un propos critique à l'égard de Freud (1932, p. 148), à qui il reproche d'avoir reculé devant ce gouffre. Ferenczi, lui, s'y engage malgré les mises en garde de Freud. Ferenczi passe outre, il s'éloigne de la neutralité analytique freudienne et fait du pôle contre-transférentiel le moteur de l'analyse, qui devient à partir de là l'outil principal de la méthode psychanalytique, en tout cas dans sa version contemporaine. Paula Heimann (1955) l'instaure comme l'outil principal du psychanalyste. « Je soutiendrai l'hypothèse que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient à l'intérieur de la situation analytique constitue son outil de travail le plus important. Le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient. »

Dans une conception contemporaine du contre-transfert, le but de la cure ne sera plus tant de dévoiler - et interpréter - des représentations inconscientes que de constituer du psychique là où il n'y en a pas, ou de manière incomplète ou défailante³. Donald Meltzer (1984) a donné de ce type de travail analytique,

essentiellement basée sur le contre-transfert, la description suivante à laquelle j'adhérerai volontiers. « Un autre psychisme humain, disponible de façon très particulière : prêt à exercer une attention minutieuse et à recevoir des projections susceptibles d'être extrêmement perturbatrices et douloureuses ; capable et désireux, à propos de ses observations et des projections qu'il reçoit, de penser inconsciemment. »

Des contenus psychiques, paroles mais aussi communications non-verbales, s'exprimant dans une relation transférentielle, sont reçus par un analyste, prêt à recevoir les projections et de les soumettre à son activité psychique transformationnelle. Les informations que l'analyste reçoit de son propre psychisme en écho au psychisme du patient peuvent alors emprunter des formes qui ne sont pas forcément des représentations, mais des formes perceptivo-hallucinatoires ou psychosomatiques, entre autres. Une thérapeute rapportait qu'elle sortait d'une séance d'analyse avec un patient athétosique en éprouvant de fortes courbatures... D'autres signes somatiques - fatigue, nausées, céphalées - sont fréquents.

La réciprocité

Une autre caractéristique du processus psychanalytique avec le patient handicapé concerne la réciprocité. La construction de l'appareil psychique, selon le modèle bionien de la fonction , implique que le sujet rencontre un autre sujet contenant qui va recevoir ses projections, et les lui restituer transformées, digérées, psychisées. Un sujet pensant, qui pense quelque chose à propos de l'autre, mais surtout qui le considère aussi pensant.

C'est le modèle de la réflexivité, qui postule que le sujet humain se

constitue en miroir, et donc en double de l'autre, dans un lien de réciprocité. Comme se le demande René Roussillon (2004), la réciprocité n'est-elle pas mise en danger dans les cliniques de l'extrême, lorsque « les conjonctures transférentielles sur lesquelles doit porter l'analyse comportent, de manière centrale, un trouble de l'identité, un trouble important de la régulation narcissique. » Le handicap, surtout la déficience mentale, introduit ici une difficulté. Même si moi je pense, est-ce qu'il pourra penser avec moi ? Pourra-t-il se penser pensant, et peut-il me penser pensant ? Mais d'abord est-ce que moi je le pense pensant ? La capacité réflexive permet de se situer par rapport aux autres et les autres par rapport à soi, dans un mouvement de dédoublement du moi : le moi qui perçoit les autres et le moi qui est perçu par les autres. Une défaillance de la réflexivité, que ce soit pour des raisons cognitives et/ou identitaires entrave ce dédoublement et provoque un « collage » à l'autre. Les objets externes sont sur-investis, si les objets internes ne sont pas solidement établis, car ceux-ci sont soit trop fragiles soit fragilisés par les attitudes dévalorisantes et disqualifiantes de l'environnement. Infantilisation par l'entourage et dépendance interne vont de pair ; ils s'alimentent et se renforcent l'un l'autre. Chez les patients atteints de déficience mentale, on rencontre ainsi souvent une difficulté dans l'organisation de la réflexivité, c'est-à-dire l'organisation du « miroir interne » du Moi.

L'identité et la subjectivation sont mises en danger. Est-ce parce que le sujet handicapé ne se voit pas qu'il ne voit pas les autres ? Et que du coup le thérapeute se sent mis à mal parce qu'il a l'impression de n'être pas vu ? Ou est-ce parce que le sujet n'est pas vu par les autres qu'il ne se voit pas ? En réalité l'un ne va pas sans l'autre puisque sujet et objet se constituent mutuellement

dans le même mouvement intersubjectif, où chacun est à la fois sujet et objet de l'autre. Faute de cela, la personne déficiente mentale oscille entre le renoncement dépressif à être sujet et la quête avide d'apports narcissiques, jamais suffisants. Le thérapeute sera le lieu de réception de ces projections transférentielles contradictoires, ce qui nécessite un travail contre-transférentiel particulier, obligeant de recourir à des niveaux de fonctionnement psychique différents. Sollicité à la fois à être très actif comme un moi auxiliaire qui assure les fonctions défaillantes du Moi du patient, mais aussi à se mettre dans un état de réceptivité passive extrêmement attentive, afin de pouvoir capter les messages archaïques, inachevés, fragmentaires, non secondarisés, qui émanent du patient.

Or la clinique du handicap a comme caractéristique d'être envahie par la réalité : réalité de l'organicité, des soins et des appareillages, le savoir médical, les pratiques rééducatives etc. La réalité matérielle ne laisse que peu de place à la réalité psychique. Cet envahissement fait obstacle à l'écoute, c'est-à-dire l'écoute des enjeux psychiques des événements, l'écoute des fantasmes inconscients liés à la réalité envahissante et traumatisante du handicap. Le savoir fait écran.

C'est pourquoi, dans ces cas, auprès du patient, il faut abandonner toutes les théories, comme le recommande Bion, car avec elles nous imposons des césures infranchissables, « nous sécrétons simultanément une sorte de calcification qui transforme ces pensées davantage en prison qu'en une force libératrice » (1977, p.24). Ces situations requièrent une ouverture, une disponibilité, dans l'esprit de la « capacité négative » de Bion. La capacité négative, c'est l'aptitude à tolérer l'inconnaissable, soit

en soi-même soit dans sa relation avec l'autre avec une attitude d'attente prête à recevoir une pensée émergeant de cette zone d'incertitude et de turbulence. Lorsque l'analyste s'offre ainsi contre-transférentiellement, c'est-à-dire se propose à recevoir les messages du patient, il y a souvent un effet spectaculaire par le simple fait (pas si simple que cela en réalité ...) que les séances attribuent existence et valeur aux productions psychiques du patient puisqu'ils peuvent être exprimées transférentiellement et reçues contre-transférentiellement, ouvrant des espaces symboligènes, permettant une appropriation subjective de ces contenus psychiques dévalorisés, voire discrédités.

Conférences de Sainte-Anne

28 novembre 2011

BIBLIOGRAPHIE

- Bion W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF 1979.
- Bion W.R. (1965), *Transformations*, Paris, PUF, 1982
- Bion W.R. (1977), *Séminaires italiens, Bion à Rome*, Ed. In Press, 2005.
- Eliade M. (1963), *Aspects du mythe*, Paris, Gallimard
- Ferenczi S. (1908-1931), *L'enfant dans l'adulte*, Paris, Payot & Rivages (2006), avec une préface de Korff-Sausse S., *De l'enfant terrible au nourrisson savant*.
- Ferenczi S. (1933), Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, *Psychanalyse* 4, Paris, Payot, 1982, p.125-138. Réédité en Payot & Rivages, 2004.
- Ferenczi S., (1932), *Le traumatisme*, avec une préface de Korff-Sausse S. *Ferenczi, un pionnier méconnu*, Paris, Payot & Rivages, (2006).
- Heimann P. (1955), A propos du contre-transfert, In: *Le Contre-transfert*, Paris, Navarin Ed.
- Klein M., Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, In : *Développements de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1966.
- Korff-Sausse S. (2003), Le visage du monde. L'autoportrait et le regard de la mère, *Rev.*

Franç. Psy, 2003/2, pp.627-646.

Korff-Sausse S. (2004 a), Les corps extrêmes dans l'art contemporain. Entre perversion et créativité, *Champ Psychosomatique*, Esprit du Temps, 2004, N° 35, pp. 61-75.

Korff-Sausse S. (2005), Un exclu pas comme les autres. Handicap et Exclusion, *Cliniques Méditerranéennes*, N° 72, Erès, 2005

Korff-Sausse S. (2006), Contre-transfert, cliniques de l'extrême et esthétique, *Rev. Franç. Psychanal.*, 2/2006, pp.507-520.

Meltzer D. (1984), Les concepts d' « identification projective» (Klein) et de « contenant-contenu» (Bion) en relation avec la situation analytique, *Rev. Franç. Psy*, 2/1984, p.443-462.

Michel De M'Uzan (1976) Contre-transfert et système paradoxal, In: *De l'art à la mort*, 1976

Roussillon R., (2004), La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double », *Rev. Franç. Psychanal.*, vol. 68, N° 2, pp. 421-439

Sausse S. (1996), Le miroir brisé. In : *L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy.

Winnicott D. W. (1947), La haine dans le contre-transfert. In : *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Payot, 1971, p.72-83.

Winnicott D. W. (1986), *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1988.