

Christiane de BEAUREPAIRE* , Catherine FAYADA**

**RÉACTIONS PARANOIAQUES AU TRAVAIL :
EXPERIENCE DE LA CONSULTATION MEDICO-
PSYCHOLOGIQUE D'UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT
FERROVIAIRE, IMPLICATIONS CLINIQUES, PATHOGENIQUES
ET PROFESSIONNELLES**

La consultation médico-psychologique

La consultation médico-psychologique de la SNCF a une double vocation, d'expertise diagnostique et de médiation (Fayada, 1994). Coordonnée par un médecin compétent en neurologie, psychiatrie et psychologie, elle est assurée par une équipe de psychiatres qui travaillent en collaboration avec des psychologues cliniciens de l'entreprise (Fayada, 1994, 1996). Les agents sont adressés à la consultation médico-psychologique par le médecin du travail. Ce dernier est sollicité directement par l'agent, parfois par sa hiérarchie, pour des troubles divers, affectant les performances professionnelles, les relations, la sécurité, survenue d'une affection aiguë ou chronique, un reclassement. Le médecin du travail, qui constitue ainsi une sorte de "pivot" fonctionnel de la procédure, a souvent eu connaissance de difficultés par le médecin traitant de l'agent, soit lors de son arrêt de travail, soit auparavant, dans le cas de difficultés relationnelles ou dysfonctionnelles importantes dans l'équipe ou au poste de travail. L'agent ainsi orienté vers la consultation médico-psychologique, avec, bien entendu, son consentement total, est un sujet antérieurement adapté à son contexte professionnel. Il est informé du problème posé actuellement dans le cadre de son activité professionnelle, et du sens de cette consultation, qui doit pouvoir lui apporter une aide et un support pour la résolution de son problème professionnel.

Les praticiens de la consultation interviennent sur l'ensemble du territoire national. Leur intervention concerne une difficulté impliquant un agent en souffrance et une situation professionnelle donnée, où se trouvent intriqués des éléments pathologiques individuels, des troubles relationnels, des dysfonctionnements institutionnels, des dérives professionnelles, et une inadaptation récente à la tâche. L'objet de la consultation est l'agent en souffrance, conçu ici comme l'objet-symptôme d'une conjoncture, dans une perspective systémicienne.

Au cours des deux dernières années, la consultation médico-psychologique a reçu environ 400 agents par an, dont approximativement 150 étaient adressés pour des troubles signalés comme relevant du registre de la "paranoïa". Leur signalement dépendait d'une part de leur récente apparition (généralement inférieure à deux ans), du caractère aigu ou non des manifestations et des enjeux pour la sécurité. Les agents n'avaient pour la plupart jamais présenté, au travail ou dans leur vie personnelle, de troubles de l'adaptation psychique, relationnelle et comportementale.

* Psychiatre Chargée de Missions, Service Médical, 88 rue Saint Lazare, 75009 Paris.

** Médecin Coordinateur de la consultation médico-psychologique, Cabinet Médical, Paris Sud-Est, Gare de Lyon, 75012 Paris.

Dans l'ensemble, le diagnostic de trouble paranoïaque avait été porté par l'entourage professionnel et médical principalement devant l'existence de troubles relationnels récents, expression d'un syndrome psycho-comportemental de préjudice ou de persécution, avec aggravation progressive des troubles, marginalisation, voire exclusion progressive du groupe, installation d'un sentiment de peur et de danger chez les collègues de l'agent, rigidification mutuelle des positions et des conduites chez l'intéressé et ses collègues et apparition d'une méfiance réciproque.

L'examen mettait alors en évidence chez ces agents les manifestations suivantes : allégation d'un conflit aigu mais souvent difficile à décrire ou analyser, générant l'exacerbation d'une souffrance narcissique, une attitude dénégative avec trouble corrélatif du jugement, une position revendicative, colérique voire rageuse, associée à la réclamation d'un arbitrage officiel ou public du conflit fondé sur la loi et les règlements (dont on connaît dans l'entreprise l'importance, la généralisation et le respect rigoureux), la recherche de preuves, la revendication active du bon droit, l'accusation d'autrui, le sentiment diffus d'une mise à l'écart, d'une injustice visant ses capacités et son identité professionnelle, d'une sorte de complot impliquant éventuellement la hiérarchie et d'une mise en danger identitaire sinon physique, enfin, le type de relation avec le praticien, quête d'une alliance et obtention de sa compréhension élective avec sa caution protectrice ou réticence méfiante avec inclusion du praticien dans le système persécutif. L'existence d'un délire classique à mécanisme interprétatif restant en règle exceptionnelle.

On retrouvait souvent dans les antécédents récents : du point de vue personnel, un état dépressif, du point de vue familial, des difficultés conjugales ou affectives diverses, et, du point de vue professionnel, une conjoncture marquée par des changements a) au sein du groupe, par exemple dans le leadership ou la hiérarchie, l'arrivée de nouveaux collègues, b) dans l'activité professionnelle par l'introduction de nouveaux modes de fonctionnement ou de nouvelles technologies à maîtriser, ou encore par un changement de poste.

Il avait été question, lors du signalement, d'un tableau "en symétrie" décrit par l'entourage, posant naturellement la question des mécanismes d'identification projective, de projection et de relation à modalité transactionnelle persécutive.

Dans nombre de cas, plusieurs entretiens avec l'agent ont suffi à faire évoluer sa position. Les techniques psychothérapeutiques se sont appuyées sur une "renarcissisation" du sujet, sur une dédramatisation du conflit, et sur une élaboration du processus psychologique en jeu, susceptibles de conduire l'intéressé à une décentration idéique et affective et à une position plus distanciée et relativisée.

Enfin, dans certains cas et dans un second temps, des entretiens ont été conduits avec l'intéressé et sa hiérarchie, dans une perspective de médiation. Les résultats de ces interventions ont pour la plupart été suivis d'effets favorables, en permettant la restauration d'une communication authentique, fondée sur l'évidence retrouvée d'une altérité et délestée du poids des fantasmes mutuels de menace, d'agression et d'atteinte narcissique voire identitaire. Ils ont également permis que s'engage dans certains cas un travail psychothérapeutique individuel à long terme.

L'écllosion puis la dynamique évolutive de ces manifestations d'allure paranoïaque se produisant sur la scène du travail, nous nous sommes posé la question d'une "interaction" persécutive entre un sujet et un environnement déterminé, et naturellement celle de ses conditions, vulnérabilité persécutive ou paranoïaque antérieure chez l'agent, particularités du contexte institutionnel et relationnel, ou encore nature et particularités de l'expérience vécue subjectivement par un sujet dans un contexte déterminé à un moment donné. En d'autres termes, et dans ce dernier cas, peut-on considérer cet état de type paranoïaque comme une organisation défensive, à vocation fonctionnelle adaptative compte tenu de l'ensemble des données, destinée par exemple à faire rempart contre un effondrement d'ordre dépressif ou, plus gravement, d'ordre identitaire, ou plutôt comme l'expression d'un échec adaptatif ?

Discussion

La clinique des tableaux décrits précédemment reproduit en tout point celle de la psychiatrie classique. C'est la raison pour laquelle elle nous interroge, alors même qu'elle semble strictement "réactionnelle" à une situation particulière. En effet, si l'expression des affects, de la pensée et du comportement traduit une organisation psychique ou un type de personnalité, à quelles conditions ceux-ci sont-ils dépendants d'un environnement actuel ? Faut-il dans ces cas, évoquer l'"activation" d'une organisation psychique stable ou bien la formation d'un "état", par nature instable et réversible ? Dans les deux cas, nous pourrions en évoquer la fonction défensive.

a) La paranoïa dans la nosographie classique

Les agents dont il a été question ici semblent avoir brutalement présenté des symptômes évocateurs de paranoïa : péjoration de l'expérience, vécue comme l'effet de l'influence d'une intention malveillante attribuée à autrui, rapidement interprétée comme une persécution agie par un persécuteur désigné ou suspecté, sentiment de contestation de ses compétences professionnelles puis de son identité professionnelle, sabotage de son travail et de ses productions, dévalorisation et disqualification systématique, puis développement d'une attitude de méfiance généralisée suivie de repli, interprétation systématique des intentions d'autrui comme des menaces (contre son intégrité psychique, puis contre son intégrité physique), troubles du jugement et agressivité corrélatifs. Le mécanisme commun et sous-jacent est de l'ordre de l'interprétation erronée, c'est-à-dire en contradiction avec le contenu de vérité des faits, puis franchement délirante, dès lors que s'installe un système de croyances en contradiction cette fois avec la réalité même de la situation. S'installe alors une sorte d'auto-centration, d'encerclement, le monde s'organisant pour le paranoïaque à son encontre, à son détriment, pour son préjudice sinon sa perte. C'est ainsi qu'il se conçoit au centre d'une sorte de connivence générale liant les autres et les objets, cerné, assiégé et dans l'obligation vitale de résister, de lutter et de se défendre. Sa situation ainsi fondée, il lui reste à développer un système défensif particulièrement incisif et actif, où les mécanismes du raisonnement et de la logique, l'élaboration de stratégies rationnelles ou rationalisatrices demeurent intacts et pourraient être sans doute efficaces et performants s'ils pouvaient s'ancrer dans la réalité et la vérité.

Les auteurs classiques insistaient sur le développement progressif de ces systèmes paranoïaques, l'apparition du délire signant la psychose, par opposition aux formes pré-délirantes qui ne concernaient que la personnalité et le caractère (Ey et coll, 1978). Dans cette conception, l'unité de la paranoïa reposerait sur des degrés ou des niveaux de gravité évolutive, l'éclosion délirante généralement bruyante supposant une longue "incubation", le plus souvent muette, et, paradoxalement, venant "rassurer" le sujet en lui apportant une explication enfin crédible (Lanteri-Laura et coll, 1985).

b) Approche psychanalytique du paranoïaque

Nous empruntons à Racamier l'essentiel de cette analyse. Il s'agit ici du paranoïaque, et non plus de la paranoïa, des "mécanismes" paranoïaques et non plus de la clinique de la paranoïa (Racamier, 1966, 1990). Ceci nous amène a) à établir ce qui du triple point de vue économique, topique et dynamique, sur le plan des défenses et des aménagements relationnels, constitue en propre la solution de type paranoïaque ; b) à distinguer sur ces bases et selon les cas les différents aspects de cette organisation paranoïaque. Cette approche nous semble bien rendre compte du caractère défensif de la nature et de la fonction de la "solution paranoïaque", et de ses modes d'expression et d'évolution, soit labiles, transitoires et partiels, soit inscrits au contraire dans le caractère et constitutifs du moi.

Quelles sont donc les cibles de cette modalité paranoïaque ?

a) L'angoisse identitaire et la dépersonnalisation

On connaît l'hypothèse classique de l'homosexualité inconsciente du paranoïaque. En réalité on peut considérer que cette homosexualité recouvre un conflit plus ancien, contre lequel elle constitue une sorte de modalité défensive de second ordre. Le problème originel concernerait le type matriciel de toutes les relations ultérieures, c'est-à-dire la forme originelle de la relation avec la mère, mère vécue par le sujet-enfant comme "océanique" et toute-puissante, dispensatrice unique de la vie, mais exposant à l'engloutissement, et vitalemment dangereuse et anéantissante en cas de défaillance, d'atteinte ou de rupture. Dans cette configuration, le lien entre une mère ainsi vécue et son enfant pourrait être assimilable à un montage prothétique destiné à maintenir vivants les deux : la mère, en maintenant intacte la fonction narcissisante et vitale que lui procure son enfant-complément (à la condition qu'il ne lui échappe jamais), l'enfant, en maintenant intacte la "machine à vivre" que constitue pour lui sa mère (ce qui suppose qu'il consente à jamais d'en demeurer le gardien et le protecteur attentif et soumis). On perçoit bien le caractère terrifiant du système qui, soit suppose une croyance en son infaillibilité (Chazaud, 1990), ancrant le sujet dans une irrationalité fondamentale, favorisant des fantasmes ultérieurs de toute puissance et de mégalomanie et une position de de renoncement et de soumission plus ou moins masochique, soit la crainte d'une défaillance, fatale pour les partenaires. L'une des solutions pour l'enfant est alors une identification homosexuelle masochique, par exemple au père, écarté de mais non concerné par la dyade dangereuse, ou à la mère, pour ses propriétés idéalisées et son tout-pouvoir terrifiant, ou encore à un frère plus âgé, autonome et modèle possible.

Si un événement frustrant venait exposer l'identification homosexuelle inconsciente et l'affaiblir, le sujet ne disposerait plus alors de moyen défensif efficace contre son statut fantasmatique de dépendance vitale originelle. C'est son identité narcissique, son existence même qui se trouveraient alors menacées, engendrant cette angoisse identitaire qui peut confiner à l'expérience paranoïde.

b) La dépression

C'est probablement l'autre versant étiopathogénique de la défense paranoïaque. Il faut introduire la notion d'objet et de relation d'objet pour en saisir les particularités.

Compte tenu de ce qui a été dit à propos de la relation "matricielle" que le sujet a formé avec sa mère, l'une de ses motions sera nécessairement de recréer au

cours de sa vie un environnement destiné à lui procurer cette "perfusion narcissique" (Racamier, 1990) qui lui est vitalemment nécessaire.

Ce dispositif concerne les divers aspects de sa vie, familiale et professionnelle. Quoiqu'il en soit du contexte, le sujet entretiendra avec une ou plusieurs personnes de son entourage un type de lien tel qu'autrui n'existe pour le sujet que pour sa fonction (voir la notion d'"objet-non-objet", décrit par Racamier, 1980 ; 1990), et non pour ses qualités intrinsèques, son autonomie ni son propre besoin d'amour.

Pour peu qu'il arrive que l'un ou les objets impliqués dans cette opération de survie fasse défaut à sa tâche, une angoisse dépressive s'installe chez le sujet, angoisse de perte, d'abandon ou de mort, à la fois intolérable et associée à l'angoisse de dissolution identitaire précédemment décrite.

c) Le système paranoïaque

Angoisse paranoïde ou dépression, la parade est alors pour le sujet l'édification du système paranoïaque, avec ses mécanismes de déni, de projection, de méfiance et de persécution, de déception avons-nous envie d'ajouter, qui élèvent l'ultime protection contre la dissolution du moi et les affects dépressifs qui lui sont attachés.

Concernant à la fois les affects, la relation et la pensée, la défense paranoïaque rend compte de la symptomatologie, dominée par la méfiance et l'agressivité, le déni et la projection, la persécution et le recours à la loi, avec surinvestissement du raisonnement et de la logique (déductive, par la preuve).

Il s'agit en effet, pour sa sauvegarde et sa survie, d'annuler ces expériences insupportables d'angoisse de dissolution et d'anéantissement, et de réaliser une véritable opération d'"expulsion" des affects et des représentations correspondantes, en utilisant les mécanismes classiques du déni et de la projection. Tant que le narcissisme primaire est ainsi menacé, "à découvert" pourrait-on ajouter, le système demeure actif.

Mais, les effets mêmes du système, ceux qu'engendrent précisément la méfiance, l'agressivité, la projection sur autrui d'intentions menaçantes et destructrices, le repli défensif contre le danger perçu, l'isolement progressif et hostile, le désengagement de toute relation suspecte de duperie potentielle, l'exacerbation de la susceptibilité, ceux-ci interdisent progressivement la réintégration du sujet dans le groupe, consommant la rupture et entretenant le malentendu, dans un processus symétrique ou circulaire infernal.

Le système paranoïaque ne concerne plus seulement le sujet et sa vie psychique. Il inclut nécessairement l'entourage, dans une configuration symétrique "en miroir", où la notion de "malentendu" semble centrale et pertinente à la lettre. Le sujet, en effet est "mal entendu" par l'autre, qui ne perçoit que ce qui lui est adressé. Or, entre le sujet et son entourage, déni et projection sont à l'œuvre. Ce qui est "entendu" par l'autre ne peut dans ces conditions le concerner puisqu'il s'agit des propres intentions du sujet, en contradiction avec l'identité d'autrui. Rien ne le dispose alors à déceler et reconnaître, à l'arrière-plan de ses représentations, l'expression de la souffrance, de l'angoisse et de la blessure du sujet.

Autrui, de même, n'est pas mieux entendu par le sujet. Celui-ci en effet en attend l'impossible, par exemple que l'autre le rassure et restaure son narcissisme vital, le confirmant ainsi dans son bon droit, sa toute puissance et son infaillibilité, au prix, exorbitant, d'un renoncement à son autonomie, voire à son altérité. Dialogue de sourds, mal-entendu : le "mal-perçu", litote d'un "mal-interprété", requiert alors le recours à un interprète "entendant", par exemple un médiateur.

c) La réaction paranoïaque, stratégie défensive d'adaptation

Les auteurs, cliniciens classiques de la paranoïa et psychanalystes, ont tous insisté sur le polymorphisme du syndrome, son caractère stable, "endogène", et "intrinsèque", ou bien son caractère circonstanciel, réactionnel, aigu ou critique.

Ils ont également insisté sur l'existence d'un contexte relationnel permettant au trouble du sujet de s'exprimer et au système paranoïaque de se déployer.

Deux questions se posent alors : a) le développement d'une symptomatologie paranoïaque a-t-elle une fonction pour un sujet ; b) le développement d'un système transactionnel paranoïaque a-t-il de même une fonction pour l'entourage ? A quel prix ? Dans quelles conditions ?

a) Fonction de la réaction paranoïaque pour le sujet

L'analyse psychopathologique de la position et de la formation des symptômes de la paranoïa indique qu'elle détient une fonction économique, celle de protéger le sujet contre l'annéantissement dépressif et identitaire.

Les conceptions bio-psychologiques relatives à l'adaptation décrivent en tant que "stratégies d'adaptation contre l'adversité" des mécanismes destinés à faire face à des situations vécues comme particulièrement menaçantes et dangereuses (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1996 ; Paulhan et Bourgeois, 1994), analogues comportementaux des défenses psychanalytiques.

Par exemple, les comportements de dépendance addictive peuvent constituer des solutions adaptatives comportementales contre la dépression, la phobie sociale, les névroses traumatiques etc... Ils ont évidemment un coût et engendrent des troubles qui se développent ensuite pour leur propre compte, mais dans un contexte de renforcement continu avec le déterminant initial.

Dans une perspective analogue, on pourrait faire l'hypothèse que l'apparition du délire chez le paranoïaque constituerait une forme de stratégie d'adaptation psychique face au doute insupportable et à la quête explicative du sujet au cours de ce que Racamier appelle "la période d'incubation" (Racamier, 1990).

De même, on a volontiers décrit l'accès maniaque, ou des émergences d'allure maniaque, en tant que stratégies défensives, c'est-à-dire adaptatives, face au deuil, à la perte d'objet, à la souffrance dépressive.

L'une des hypothèses possibles en ce qui concerne la "réaction paranoïaque" est qu'elle pourrait constituer une forme de stratégie d'adaptation psychique destinée à lutter (et nous reprenons à dessein le terme de lutte, "fight" des anglo-saxons) contre la menace subjective d'atteinte identitaire et de dépression narcissique (Khesghi-Genovese, 1996 ; Oldham et al, 1997). Le système psychique constituerait ainsi un dispositif de combat, élaboré à la lettre contre l'expérience psychique du sujet (consciente et inconsciente) et mis en œuvre dans un contexte situationnel "actuel", avec son impact inévitable sur le système relationnel du sujet avec son entourage.

Dans cette approche adaptative, le syndrome paranoïaque nous paraît trouver une signification différente. La question posée serait alors moins celle du traitement médical d'une pathologie psychiatrique que l'analyse et l'identification d'une problématique individuelle s'exprimant sur un mode particulier dans une situation donnée, et constituant la solution originale d'un conflit intime pour un sujet aux prises avec son histoire, sa souffrance actualisée et son atteinte narcissique. Nous y reviendrons.

b) Fonction du système paranoïaque pour l'entourage

Un système qui se développe par nature dans un contexte interhumain a nécessairement des répercussions sur les protagonistes.

Nous avons évoqué le quiproquo engendré par le "mal-entendu" fondateur qui structure la transaction paranoïaque. Il est clair que la surdité psychique ne

permet pas d'avancer dans la compréhension mutuelle. La langue commune se réduisant au sens littéral des mots dans une modalité transactionnelle paranoïaque, appelle inévitablement, de part et d'autre, la contestation, la protestation, puis la revendication éperdue de la reconnaissance du bon droit et de la raison, enfin, le recours à la force pour en finir avec les évidences de l'injustice et son incohérence.

A paranoïaque, paranoïaques et demi pourrait-on dire, ce qui, dans un groupe, crée nécessairement une bipolarité manichéenne. En effet, la stratégie défensive du groupe "attaqué" par l'un de ses membres, lui-même mis en danger par le groupe, ou du groupe mis en danger par l'un de ses membres lui-même attaqué, est de projeter en boomerang affects et représentations destructrices sur le sujet. Ainsi "blanchi", le groupe trouve une nouvelle cohésion fondée sur la condamnation unanime et l'exclusion du sujet.

En terme de cohésion, on pourrait avancer que l'émergence d'une réaction paranoïaque chez un sujet, membre d'un collectif, resserre les relations et le sentiment identitaire groupal. Toutefois, il s'agit, dans cette conjoncture transactionnelle paranoïaque d'un effet en "trompe l'œil", fondé sur une méprise et un trouble du jugement, déni et projection jouant sur des effets de réalité mais ignorant le contenu de vérité de cette réalité (Racamier, 1966 ; 1990). L'effet de cohésion est donc un artifice, tant pour le sujet dans son illusion de quête éperdue de reconnaissance que pour son entourage qui commet une erreur à propos des intentions réelles du sujet.

On pourrait, sur cette base et dans une perspective systémique, s'interroger de manière provocatrice, sur l'intérêt pour un collectif donné, à propos de son efficacité et de sa survie, de favoriser le déclenchement de telles réactions paranoïaques, chez l'un de ses membres, désigné pour sa vulnérabilité narcissique circonstancielle ou implicitement connue, selon le modèle classique du "bouc émissaire". C'est alors au sein même du collectif et dans l'analyse de son fonctionnement qu'il y aurait lieu de trouver une vulnérabilité telle qu'elle constituerait les ressorts de l'émergence de la paranoïa problématique. Et c'est dans ce cas que la réaction paranoïaque prendrait alors sa dimension incontestable de stratégie d'adaptation chez le sujet.

Conclusion

Ce survol de la question fascinante de la paranoïa à propos de la clinique médico-psychologique du travail nous a permis de montrer la complémentarité des points de vue cliniques classiques, psychopathologiques, psychanalytiques et bio-psychologiques.

Sans sous-estimer l'existence d'une prédisposition psychologique, ni même l'existence de formes de "paranoïas dormantes" (Racamier, 1990), il nous paraît essentiel d'analyser le contexte dans lequel émergent les formes actives dont il a été question.

On pourrait enfin généraliser la problématique des "paranoïas situationnelles", en formant l'hypothèse que chacun d'entre nous y est exposé, à condition d'être un jour

confronté à un "détonateur" (Racamier, 1990) suffisamment "puissant" pour que notre identité se trouve menacée et notre narcissisme vital en danger. Il serait alors autant question de "seuil" d'activation situationnelle que de prédisposition individuelle.

Le contexte professionnel où se joue l'une des composantes majeures de notre identité et où s'expose constamment notre narcissisme, à travers nos investissements, nos affects et nos émotions, nous paraît receler les conditions paradigmatiques de la "mise à feu" (Racamier, 1990) de nos paranoïas, plus ou moins structurées ou plus ou moins dormantes.

Bibliographie

BRUCHON-SCHWEITZER M., DANTZER R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé, PUF, Paris.

CHAZAUD, J. (1990). Retour à la paranoïa. Perspectives psychiatriques, 29, 1, 22-25.

EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C. (1978). Manuel de psychiatrie (5ème éd.), Paris, Masson.

FAYADA, C. (1994). L'expérience de la consultation médico-psychologique : un outil plurivalent à la disposition de la SNCF, Congrès de l'Association de Psychologie du Travail de Langue Française, Neuchâtel, Suisse.

FAYADA, C. (1996). L'évaluation : facteur de santé au travail (a), Le stress au travail et les bilans médico-psychologiques (b), Congrès de l'Association de Psychologie du Travail de Langue Française, Sherbrooke, Canada.

KHESHGI-GENOVESE, ZAREENA (1996). The crystallisation of a paranoid symptom : three theories, Clinical Social Work Journal, vol 24, 1, 49-63.

LANTERI-LAURA, G., DEL PISTOIA, L., BEL HABIB, H. (1985). Paranoïa. EMC Psychiatrie. 37299, D 10-20.

OLDHAM JM (Ed), BONE S (Ed) (1997). Paranoïa : New psychoanalytic perspectives. Interanational Universities Press, Madison, CT, USA.

PAULHAN, I., BOURGEOIS, M. (1994). Stress et Coping, Les stratégies d'ajustement à l'adversité, PUF, Nodules, Paris.

RACAMIER, PC. (1966). Esquisse d'une clinique psychanalytique de la paranoïa. Rev. fr. psychanal., 30, 1 : 145-172.

RACAMIER, PC. (1990). La paranoïa revisitée. Perspectives psychiatriques, 29, 1, 8-21.