



**HAL**  
open science

## Esquisse d'une théorie du soin en psychanalyse

Guénaél Visentini

► **To cite this version:**

Guénaél Visentini. Esquisse d'une théorie du soin en psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*, 2019, 10.1016/j.evopsy.2019.07.004 . hal-02399561

**HAL Id: hal-02399561**

**<https://hal.science/hal-02399561v1>**

Submitted on 13 Dec 2019

**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.

**Titre**

Esquisse d'une théorie du soin en psychanalyse

**Title**

*Sketch of a care/cure theory in psychoanalysis*

**Auteur**

Guénaël Visentini, Attaché temporaire d'enseignement et de recherche © Université de Paris, CRPMS, F-75013 Paris, France. Psychologue clinicien.

Mail : [guenael.visentini@yahoo.fr](mailto:guenael.visentini@yahoo.fr)

**Résumé**

*Objectifs.* – La « santé mentale » est aujourd'hui un enjeu crucial pour les sociétés. Mais le statut clinique des troubles visés fait débat, complexifiant l'appréciation des thérapies à recommander. Cet article prend part aux controverses actuelles. Son objectif est de dégager les opérateurs conceptuels d'une théorie psychanalytique du soin, et de les situer par rapport à ceux d'autres approches – centrées sur le cerveau, les symptômes, ou le vécu des personnes.

*Méthode.* – Dans une perspective épistémologique attentive aux pratiques cliniques et à partir d'une relecture des comptes rendus de cas de l'œuvre complète de Freud (1886-1939), il est proposé une extraction des « schèmes opérateurs » de la psychanalyse freudienne, entendue comme forme renouvelée de psychothérapie.

*Résultats.* – Ces « schèmes opérateurs » peuvent être distribués en deux groupes, correspondant aux deux faces de la pratique freudienne : les schèmes du « prendre soin » (*care*) et ceux des « actes de soin » (*cure*). Les premiers rendent possibles une attention clinique à l'universalité, à la typicité et à l'unicité de chaque patient. Les seconds, permettant un repérage du déclenchement et de la genèse des troubles, servent de points d'appui dynamiques pour conditionner des améliorations, voire des rétablissements au sens psychique.

*Discussion.* – L'extraction d'une telle théorie du soin chez Freud permet de relancer le débat sur les prises en charge. A focaliser sur le cerveau ou les seuls symptômes, le clinicien ne néglige-t-il pas la contextualité historique, sociale et surtout psychique (liée à l'histoire de vie propre) des troubles dits « mentaux » ? Et à focaliser sur les vécus individuels immédiats, le clinicien ne néglige-t-il pas l'*insu* psychique tout autant que la *typicité* des souffrances adressées – dé-qualifiant ainsi son écoute, pourtant au fondement de sa pratique du soin ?

*Conclusions.* – Face à ces deux écueils, la psychanalyse freudienne permet une approche holistique et intégrative. Se centrant sur la dimension psychodynamique, elle propose des traitements sur mesure, pragmatiques, inventifs, surprenants – dont l'efficacité est aujourd'hui mesurable et mesurée. C'est peut-être pourquoi, même si ses concepts relèvent des sciences *humaines* (et non expérimentales), la psychanalyse reste un référentiel attractif pour les cliniciens en formation et pour une grande partie des praticiens les plus expérimentés.

**Abstract**

*Objectives.* – « Mental health » is nowadays a crucial issue for societies. But the clinical understanding of the related disorders is still under debate, making it more difficult to assess which therapies are to be recommended. This article is part of the current controversies. Its objective is to clarify the conceptual operators of a psychoanalytical theory of care/cure, and

to situate them in relation to those of other approaches – focused on brain, symptoms, or person's experiences.

*Method.* – Drawing from an epistemological perspective attentive to clinical practices and basing our reflexion on a review of the case reports of Freud's complete work (1886-1939), we propose to extract the « operator schemes » of Freudian psychoanalysis, taken as a renewed form of psychotherapy.

*Results.* – These « operator schemes » can be divided into two groups, according to the two sides of Freudian practice: the schemes of the « taking care » and those of the « cure ». The first make it possible to pay clinical attention to the universality, typicality and uniqueness of each patient. The second, allowing the identification of the disorders' onset and genesis, serve as dynamic support points to condition improvements or even recoveries, in the psychical sense.

*Discussion.* – The extraction of such a care/cure's Freudian theory makes it possible to reopen the debate about the different forms of therapy. Focusing on the brain or symptoms alone, the clinician may neglect the historical, social and above all psychological (linked to the history of one's own life) contextuality of so-called « mental » disorders. And focusing on immediate individual experiences, the clinician may neglect the unconscious part as well as the typical dimension of the sufferings addressed – thus de-skilling his listening, though at the foundation of the cure/care?

*Conclusions.* – Faced with these two obstacles, Freudian psychoanalysis allows a holistic and integrative approach. Focusing on the psychodynamic dimension, it offers bespoke, pragmatic, inventive and surprising treatments – whose efficiency is now measurable and measured. This is perhaps why, even if its concepts are part of the human (and not experimental) sciences, psychoanalysis remains an attractive reference tool for clinicians in training and for a large part of the most experienced practitioners.

### **Mots clés**

Soin ; psychodynamique ; métapsychologie ; typologie ; étiologie ; thérapeutique ; transfert ; neurosciences ; symptômes ; Freud.

### **Keywords**

Care; cure; psychodynamics; metapsychology; typology; etiology; therapy; neuroscience; symptom-centered; Freud.

## Introduction

La « santé mentale » est aujourd'hui un enjeu crucial pour les sociétés. Mais le statut clinique des troubles visés fait débat, complexifiant l'appréciation des thérapies à recommander.

Pour les neurosciences, qui suscitent depuis vingt ans de grandes espérances théoriques et thérapeutiques, les « maladies mentales » sont la conséquence d'états pathologiques du *bios* (génétiques, neurodéveloppementaux, fonctionnels). Les soins les plus adaptés – à évaluer à partir d'essais contrôlés randomisés – relèvent de traitements centrés sur les substrats neuronaux (psychotropes, neuro-amélioration, psychochirurgie).

Pour les psychiatres et psychologues des courants dits « fondés sur des preuves » (*evidence based*), les soins les plus légitimes sont les approches thérapeutiques ayant démontré expérimentalement leur efficacité. Un ensemble de thérapies protocolisées et centrées sur les symptômes, spécialement conçues pour se plier aux conditions d'épreuve, sont ainsi tendanciellement préférées (thérapies cognitivo-comportementales, des schémas, d'exposition par réalité virtuelle, par mentalisation, d'acceptation et d'engagement, par méditation en pleine conscience, par intégration neuro-émotionnelle à partir de mouvements oculaires).

En contrepoint de ces courants, se développent depuis une dizaine d'années des approches mixtes, requestionnant les pratiques soignantes à partir des vécus individuels et du droit des usagers. Ces « nouveaux modèles de soin » [1] critiquent la réduction des troubles mentaux à la seule co-présence de symptômes objectivables et quantifiables – comme y poussent les outils internationaux de diagnostic. Ils font valoir les dimensions contextuelles et subjectives de ces troubles et défendent un pragmatisme thérapeutique. Le savoir des personnes concernées sur les effets *pour elles* réels des traitements a dès lors autant de valeur que l'expertise scientifique, n'informant que sur des effets statistiques *potentiels*. On peut citer, parmi ces théories nouvelles « centrées sur les besoins de la personne », celles du pouvoir d'agir (*empowerment*) [2], du rétablissement (*recovery*) [3], du soin (*care*) [4], de la présence [5], de la narrativité [6]. La « clinique fondée sur les valeurs » [7] essaie de les intégrer théoriquement.

Face à ces mutations du champ de la santé mentale au XXI<sup>e</sup> siècle, une question se pose. Comment expliquer que la psychanalyse – dont les fondamentaux cliniques datent du siècle dernier – soit aujourd'hui encore fortement soutenue dans les institutions de soin, enseignée à l'université et appréciée par les jeunes praticiens en formation ? En un certain sens, cela fait énigme. Doit-on considérer qu'il s'agit des reliquats d'une position historique de pouvoir dans le champ institutionnel, comme le pensent certains ? En ce sens, les psychiatres et psychologues s'orientant de la psychanalyse abuseraient des derniers crédits d'une autorité clinique désormais illégitime. Ou la psychanalyse, en son histoire et ses remaniements les plus récents, est-elle toujours à même, face aux souffrances « mentales » des femmes et des hommes du contemporain, de proposer une théorie du soin non seulement éthiquement raisonnable, mais scientifiquement défendable ? Et dans ce cas, où situer son niveau épistémique d'opérativité ?

Kuhn le rappelle dans *La structure des révolutions scientifiques* :

« [L]es scientifiques n'ont pas toujours [...] besoin d'être philosophes [...]. Dans la mesure où le travail de recherche normale peut progresser en utilisant [un] paradigme comme modèle, les règles et les hypothèses n'ont pas besoin d'être explicitées [...] C'est surtout [...] dans les périodes de crise patente que les scientifiques se tournent vers l'analyse philosophique. » ([8], p. 131,130)

Les praticiens d'orientation analytique – qu'ils soient psychiatres, psychologues ou psychanalystes – sont aujourd'hui pris malgré eux dans une telle « crise patente » de leur

référentiel théorique. Celui-ci est régulièrement controversé. Cela nous paraît être une occasion de réactualiser la réflexion sur ses « règles et hypothèses », en matière thérapeutique.

A l'adresse de ceux qui font de la psychanalyse une théorie datée, de ceux qui voudraient la voir disparaître du champ de la santé mentale, ou de ceux qui, ne s'y intéressant plus depuis longtemps, intègrent beaucoup de ses idées sans toujours le savoir, il nous semble important de formaliser succinctement – et de rendre ainsi discutables et critiquables – ce que nous croyons être les fondements de la théorie du soin en psychanalyse, en sa version freudienne tout du moins. On s'y essaiera en proposant un inventaire structuré des outils cliniques conceptualisés par Freud. Il s'agira, en d'autres termes, d'éclaircir épistémiquement ce qu'est une entrée en maladie, un diagnostic, un traitement, une amélioration et un rétablissement au sens *psychodynamique*.

Nous reviendrons, pour commencer, sur les fondamentaux de la clinique freudienne. Puis nous exposerons les deux grands pans de sa théorie du soin, tels que nous croyons pouvoir les extraire de l'ensemble de ses écrits cliniques (1886-1939), à partir d'une lecture réflexive.

## I. – Les fondamentaux de la clinique freudienne

### 1. La psychanalyse comme pratique de soin

Pour certains psychanalystes, aujourd'hui, une cure est essentiellement une expérience de connaissance de soi, de responsabilisation subjective, d'affrontement du manque à être ou de questionnement du désir propre. Le traitement des symptômes apparaît comme une question annexe. Nous ne discuterons pas ici ce positionnement. Pour Freud, un point a toujours été clair : au-delà de ses possibles applications à d'autres fins (éthico-existentielles, théoriques, spéculatives), la psychanalyse est avant tout une pratique de soin *clinique*, à visée thérapeutique :

« Vous le savez, la psychanalyse est née comme thérapie, sa croissance est allée bien au-delà, mais elle n'a jamais abandonné son sol maternel et, pour son approfondissement et son développement ultérieur, elle est toujours liée à la fréquentation des malades [...]. Les insuccès que nous connaissons comme thérapeutes nous assignent constamment des tâches nouvelles [...]. » ([9], p. 236)

Pour lui, l'invention pratique et théorique de la psychanalyse est initialement une manière de répondre au défi de la souffrance psychique, *de l'intérieur de la médecine*, même si c'est, de façon non médicale, par un traitement psychique – c'est-à-dire une forme de thérapie où « les mots sont [...] l'outil de travail essentiel » ([10], p. 155) :

« La psychanalyse est un procédé médical qui vise à la guérison de certaines formes de nervosité [...] au moyen d'une technique psychologique. » ([11], p. 99)

Au-delà du fait qu'il considère la tâche de soigner comme un des trois métiers impossibles, Freud considère cette branche nouvelle de la psychothérapie comme la plus efficiente de toutes :

« C'est dans la psychanalyse que la psychothérapie a atteint son sommet. » ([12], p. 236)

D'où est supposée lui venir cette efficacité ? Du fait que, selon son inventeur, plutôt que de travailler directement à la guérison des patients (avec les illusions de toute puissance que cela comporte et les désillusions que cela engendre), le psychanalyste travaille essentiellement à favoriser les conditions du « travail de guérison » ([13], p. 201) par les patients eux-mêmes :

« [L]orsque nous prenons en traitement psychanalytique un névrosé, [...] [n]ous lui faisons valoir les difficultés de la méthode, sa durée, les efforts et les sacrifices qu'elle coûte, et, pour ce qui regarde le succès, nous disons que nous ne pouvons le promettre à coup sûr, qu'il dépend de son comportement, de sa compréhension, de sa docilité, de sa persévérance. » ([14], p. 9)

Autrement dit, soit qu'il exige du patient de nouvelles synthèses (suite à des actes analytiques, c'est-à-dire dé-synthétiques), soit qu'il soutienne et accompagne ses synthèses existantes (par des techniques plus anciennes – suggestion, influence éducative, conseils relatifs à la vie somatique ou sociale), le thérapeute-analyste laisse place aux initiatives du patient. C'est parce que *ce qui fait la différence* vient au final du patient – sous la forme d'une responsabilité dans l'activité de synthèse – que la guérison est qualifiée par Freud de « gain marginal » ([13], p. 201). Ce n'est pas qu'elle soit dépréciée (comme il a pu être parfois interprété). C'est qu'elle est du ressort du patient concerné – ce en quoi il sort de son statut médical de « patient » pour devenir *agent* de son propre soin. La psychanalyse, pour Freud, est de ce point de vue (celui de la guérison) une auto-psycho-thérapie cliniquement conditionnée<sup>1</sup>.

## 2. La psychanalyse comme théorie du soin

Pour certains psychanalystes, aujourd'hui, l'analyse est une pratique de contingence, informalisable, ordonnée aux seuls inattendus de la rencontre. Pour être formé à cette pratique, il suffirait d'avoir soi-même effectué une analyse et de posséder une érudition suffisante – perçue comme culture « générale » non professionnalisante. La rigueur et l'esprit scientifique seraient, en ce sens, des questions annexes. Nous ne discuterons pas ici ce positionnement. Pour Freud, un point a toujours été clair : le psychanalyste a l'impératif de « faire science » des cas dont il a l'expérience, en les mettant en série, en typologisant à partir de leur richesse clinique et en révisant constamment les productions théoriques ainsi produites. Ces « devoirs envers [...] la science » ([15], p. 188) sont avant tout une question éthique. A partir du moment où l'on prétend soigner, remarque-t-il, on ne peut pratiquer avec la seule inspiration. Ce serait mettre en œuvre une théorie du soin intuitive (implicite, indiscutée) et donc potentiellement insuffisante et arbitraire. Il faut, selon Freud, se mettre à la place des patients en souffrance. En demande d'aide, ils ont besoin de confiance :

« J'estime que personne d'entre nous ne voudrait seulement monter dans une automobile dont le conducteur déclare qu'il roule sans se laisser gêner par les règles de la circulation, selon les impulsions de sa fantaisie portée par l'inspiration. » ([16], p. 255)

Situant la psychanalyse – science clinique *humaine* – dans une « position intermédiaire [...] entre la médecine et la philosophie » ([17], p. 130), Freud formalise au cours de son œuvre – même si les éléments en sont disparates – une théorie du soin psychodynamique fine et cohérente. Avant d'entrer dans le détail de ses différents outils (*cf.* parties II et III), quels en sont les principes généraux ?

Il convient de partir d'une situation concrète. Un patient vient voir l'analyste. Il lui expose le contexte et la nature de ses souffrances. Il lui demande de l'aide. L'analyste lui annonce qu'il pourra l'aider à résoudre ses problèmes quand leur nature aura été plus précisément déterminée. Pour cela, il lui suggère de dire librement tout ce qui lui vient à l'esprit à propos de ces problèmes. S'ensuit une série d'échanges où l'analyste relance le patient, s'intéresse à ses dire, désire en savoir plus, tandis que le patient déploie de plus en

---

<sup>1</sup> C'est pourquoi on parle aujourd'hui plus volontiers d'« analysants ». Ce pouvoir d'agir des « patients » est, il nous semble, clairement redécouvert par les nouveaux modèles de soin, avec cependant très peu de références conceptuelles à la psychanalyse

plus, par sa parole, la carte singulière de ses pensées et vécus internes, c'est-à-dire aussi de ses modes de fonctionnement psychique.

Comment l'analyste passe-t-il de ce qui pourrait n'être qu'une rencontre amicale et ouverte (comme les psychothérapies humanistes le proposent aujourd'hui) à une rencontre scientifiquement armée ? En ajoutant une construction théorique (dissymétrisante) à la construction spontanée de l'expérience. En se donnant les moyens d'une rupture épistémologique, au sens de Bachelard – même si elle ne peut être entière, au sens où les phénomènes de transfert et contre transfert (comme nous le verrons), resymétrisent la rencontre et tendent à la re-continuer, voire à la dés-orienter.

Il reste néanmoins utile de distinguer méthodologiquement le niveau phénoménologique de la rencontre (descriptif) et sa reconstruction scientifique (explicative et opératoire). Que propose Freud en ce sens, dans un dialogue avec ses collègues cliniciens ? Pour aller à l'essentiel, on peut dire qu'il lègue une théorie de l'appareil psychique, comme il l'expose au tout début de *L'abrégé de psychanalyse* (1938), un de ses derniers textes ([18], p. 231-236).

Relu à partir du contemporain des pratiques, cet appareil psychique est la postulation que, pour chacun – et donc pour tout patient en souffrance –, entre le contexte *biologique* (la réalité du corps) et le contexte *socio-historique* (la réalité culturelle qui entoure), il y a un troisième contexte, *psychique*. Et la caractéristique notable de cette réalité psychique *intermédiaire* est :

- d'intégrer – en les retraduisant sous forme de représentations et d'affects –, les événements ayant lieu dans les deux autres (corps, vie sociale) ;
- de pouvoir en communiquer quelque chose à d'autres réalités psychiques – dont celle du thérapeute-analyste.

L'appareil psychique apparaît ainsi au fondement d'une expérience autonome de l'existence (le Moi, en son intériorité), liant et synthétisant des excitations venant du *bios* (le Ça, extériorité interne) ainsi que des normes et valeurs sociales (le Surmoi, intériorité externe) en un vécu propre, singulier, stratifié, non réductible à ce que pourraient en retraduire objectivement les sciences du vivant ou les sciences sociales. Cet intrapsychique complexe a une histoire (psychogénèse), au cours de laquelle chaque interaction prend sens et s'inscrit différenciellement. Les événements précoces (traumatiques ou pas) apparaissent comme plus significatifs, déterminant des styles de vie, psychiquement parlant. Ainsi, chacun a-t-il ses façons propres d'expérimenter son corps, les autres, les objets, le monde<sup>2</sup>.

Freud part du postulat – toujours aussi cliniquement confirmé, aujourd'hui – que les troubles dits « mentaux » ne sont pas décontextualisables des histoires (psychiques) de vie des personnes concernées. Sa proposition épistémique est conséquemment de se donner les moyens d'objectiver les dimensions complexes de l'intrapsychique des patients, pour que puisse *avoir lieu* un soin cliniquement ajusté.

C'est ce qui différencie la psychanalyse des « psychothérap[ies] de vieux style » ([19], p. 49), opérant par suggestions, conseils, rationalisations ou exercices *généraux*. Celles-ci relèvent pour lui de « cosmétologie[s] » ([14], p. 467) empiriques, dont il est facile d'apprendre les recettes standard, mais dont les opérations ne traitent (les cas échéant) que la dimension « typique » des symptômes, non leur *lieu* psychodynamique singulier, référé au Moi des patients. Cette question du niveau épistémique d'opérativité est aussi ce qui différencie la psychanalyse des thérapies somatiques :

---

<sup>2</sup> On pourrait dire, en ce sens, qu'il n'y a pas pour un appareil psychique de « corps » au sens général, mais un « psycho-corps » unique, tout comme – en l'absence de « sexualité » au sens général –, il y a pour lui une « psychosexualité » singulière, etc. De tous ces éléments de la réalité psychique d'une personne, on ne peut rien savoir a priori. On peut seulement les recueillir au cas par cas, cliniquement, dans la dimension de la parole.

« Avec notre thérapie psychique, nous attaquons en un autre lieu de l'ensemble, pas exactement aux racines des phénomènes telles qu'elles nous sont visibles, mais pourtant suffisamment loin des symptômes, en un lieu qui nous est devenu accessible en raison de conditions très remarquables. » ([14], p. 452)

Pour autant, l'approche freudienne ne réduit pas les troubles « mentaux » aux seules dimensions psychiques, telles qu'elle peut les recueillir par son dispositif de parole libre. Reconnaisant que le psychologique ne flotte pas dans les airs, Freud fait place théorique à la dimension somatique de la pathogenèse (dont il laisse le soin à d'autres professionnels de faire l'expertise, tout en restant au fait des dernières avancées en ces domaines) :

« Ce serait [...] une grave erreur d'aller supposer que l'analyse vise ou cautionne une conception purement psychologique des troubles de l'âme. Elle ne saurait méconnaître que l'autre moitié du travail psychiatrique a pour contenu l'influence de facteurs organiques (mécaniques, toxiques, infectieux) sur l'appareil animique. » ([11], p. 109)

De la même façon, il fait place théorique à la dimension socio-historique externe de la pathogenèse (dont il tente d'apprécier l'influence interne – en l'espèce du Surmoi –, par une formation annexe aux scientificités *humaines*) :

« Les détails de la relation entre le moi et le surmoi deviennent intégralement compréhensibles quand on les ramène au rapport de l'enfant avec ses parents. Bien sûr, dans l'influence parentale, ce n'est pas seulement la nature personnelle des parents qui exerce son effet, mais aussi l'influence perpétuée à travers eux des traditions familiales, raciales et populaires, ainsi que les exigences représentées par eux de tel ou tel milieu social. De même, le surmoi accueille ultérieurement, au cours du développement de l'individu, des contributions émanant des successeurs et des personnes substitutives des parents, tels que les éducateurs, les modèles publics, les idéaux vénérés dans la société. » ([18], p. 235)

Même si sa spécificité est de se centrer sur la dimension psychique individuelle (déjà riche des échos internes du corps et du *socius*) –, on peut dire que la psychanalyse freudienne met tout autant en œuvre une attention clinique externe de type « bio-psycho-sociale », pour reprendre un terme aujourd'hui en usage.

### **3. La psychanalyse comme « acte de soin », dans un « souci » de l'autre**

Afin de définir plus précisément encore – toujours en dialogue avec le contemporain – l'approche psychanalytique du soin, on peut utilement se reporter à la distinction conceptuelle aujourd'hui en usage en philosophie du soin, entre « soigner quelque chose » (*cure*) et « prendre soin de quelqu'un » ou « se soucier de lui » (*care*). Frédéric Worms, dans « Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales » (2006), les présente ainsi :

« [S]oigner, c'est soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable comme telle et que l'on peut traiter ; [...] mais soigner, c'est aussi soigner quelqu'un, et tout soin comporte dans son concept même une dimension intentionnelle et même relationnelle, aussi minimale soit-elle. S'il y a deux concepts du soin, ils se rejoignent donc bien de l'intérieur. [...] Il [...] s'agit [...] de deux concepts d'une même relation. » ([20], p. 143)

Et Worms de préciser que « le contraire du soin [est], en philosophie comme en médecine et dans la vie, la négligence ». Soigner, d'un point de vue éthique et thérapeutique, c'est donc ne pas négliger le traitement des symptômes, mais ne pas perdre de vue non plus la personne affectée d'un symptôme. Or le constat du philosophe est que, avec la montée en puissance de la médecine expérimentale, la relation soignante s'est quasi-exclusivement centrée sur le *cure* (le seul savoir de laboratoire étant supposé efficace contre les symptômes) au détriment du *care* (efficacité d'un soin en passant par les besoins du patient). Le facteur technique s'étant comme autonomisé, l'acte thérapeutique est devenu hyperspécialisé et

strictement opératoire – que ce soit en médecine somatique, en psychiatrie, ou en psychologie –, au point que le contemporain ait dû « redécouvrir », depuis peu, l'efficacité clinique de l'écoute, de l'empathie et de la prise en compte du point de vue des personnes.

Dans ce contexte controversé, l'approche analytique revendique à juste titre une légitimité nouvelle. Si Freud parle de « cure analytique », il ne suppose pas, en effet, qu'un traitement puisse avoir lieu sans le souci de la vie psychique souffrante, prise comme un tout dynamique. Il se démarque, sur ce point, des premières approches expérimentales qui lui sont contemporaines, lesquelles isolent la personne de ses symptômes (**lesquels** sont statistiquement appréhendés). Fondamentalement, pour lui, le *cure* en passe par un *care* des patients, de leur histoire et de leurs façons d'expérimenter un rapport au corps, aux autres et au monde. Seule une approche de type « sciences cliniques *humaines* » peut de ce point de vue rendre compte des intrications de cette double dimension de la relation soignante – ainsi dé-centrée des uniques traits symptomatiques.

Nous proposons en ce sens ainsi de distinguer, parmi les outils « humains » à disposition du thérapeute-analyste, ceux du « prendre soin/se soucier de/être attentif à » (*care*) et ceux des « actes de soin » (*cure*). Méthodologiquement, nous les nommons « schèmes opérateurs » de la pratique (reprenant le terme de « schème » à Kant<sup>3</sup>), pour insister sur le fait qu'ils sont des outils épistémiques, issus d'une formation professionnalisante<sup>4</sup>, laquelle asymétrise la rencontre analytique et lui donne son tranchant caractéristique, au-delà d'un *care/cure* spontané. Ces schèmes, en tant qu'ils permettent de transposer/reconstruire ce qui a lieu dans la rencontre (en vue de son maniement technique), constituent le « soi scientifique [*humain*] »<sup>5</sup> des psychanalystes.

## II. – Les schèmes du *care* psychanalytique

Contrairement aux schèmes des « actes de soin » (*cf.* partie III), qui créent les *conditions* du travail thérapeutique effectif, les schèmes du *care* donnent l'*horizon* du travail. Ils sont des schèmes d'accueil clinique. Ils permettent au thérapeute-analyste de prendre soin de l'universalité des patients (schèmes métapsychologiques), de leur typicité (schèmes sémiotypologiques) et de leur unicité (schèmes « du décentrement attentionnel »).

### 1. Les schèmes opérateurs d'universalité

Ils postulent méta-psychologiquement<sup>6</sup>, *chez tout patient*, l'existence d'un appareil psychique entendu comme espace autonome d'une vie affectivo-représentationnelle distincte, ayant la capacité même minimale de se communiquer à d'autres, et pouvant être décrite dans ses dimensions dynamiques, topiques et économiques. Ces schèmes permettent de retraduire les interactions de la situation clinique et de repérer, dans la parole du patient :

- des *conflits dynamiques* (entre des « dire » plus ou moins en contradiction) ;
- des *contrastes topiques* (entre des « dire » plus ou moins discursivement structurés) ;
- des *variations économiques* (entre des « dire » plus ou moins investis d'affects).

---

<sup>3</sup> Il désigne chez lui les « représentation[s] intermédiaire[s] » permettant des actes de jugement à propos des intuitions empiriques, à partir de catégories pures de l'entendement. Elles sont à la fois homogènes aux concepts et aux phénomènes, « d'un côté intellectuelle[s], et de l'autre, sensible[s] » ([21], p. 188).

<sup>4</sup> Nous entendons ici « profession » au sens sociologique d'un champ d'activité ayant des normes de fonctionnement sanctionnées par le groupe, au principe de la définition d'un mandat autonome vis à vis des demandes du social. *Cf.* Talcott Parsons, Andrew Abbott, Eliot Freidson.

<sup>5</sup> Si l'on reprend ici l'expression de Daston et Galison ([22], p. 50).

<sup>6</sup> Soit, pour Freud, au-delà des catégories en usage (pré-scientifiques) de la psychologie spontanée.

A partir de là, différents modes de fonctionnement peuvent être repérés dans les appareils psychiques, au niveau des rapports entre Moi, Ça et Surmoi – qu'ils soient *constituants* (introjections, liaisons, déplacements, condensations), *défensifs* (refoulement, dénégation, isolation, intellectualisation, banalisation, évitement des conflits, clivage, déni, rejet, projection, etc.) ou de *mise en rapport* (transferts, contre-transferts).

Ces schèmes métapsychologiques sont une des originalités de la théorie freudienne. Ils énoncent que l'on prendra soin d'une vie psychique distincte, à côté de la vie biologique et sociale. Ils actent l'universalité de l'accueil clinique. Aucune différenciation ne peut se faire à ce niveau, même dans les cas où les appareils psychiques sont le lieu d'identifications au non humain (animaux, végétaux)<sup>7</sup> et communiquent de ce fait sans verbalisation.

Ce qui permet cette universalité inconditionnelle de la rencontre psychanalytique, c'est la nature strictement formelle des schèmes métapsychologiques. Ils supposent des processus psychodynamiques chez tout patient, quels qu'en soient les contenus effectifs.

## 2. Les schèmes opérateurs de typicité

Ils représentent les acquis empiriques de l'approche analytique. Les cas particuliers d'appareils psychiques peuvent être mis en séries, à partir de certains traits significatifs objectivables : types de transfert, de scénarios fantasmatiques, d'identifications, de stratifications et instanciations internes, et (au niveau de l'objectivation des vécus) types d'angoisses, de problématiques et de demandes.

Peut se dégager, pour ne prendre qu'un exemple de typologie (la plus axiale au niveau clinique), une vue d'ensemble des types d'organisation psychique – par montée en généralité à partir de séries de cas. Freud distingue en ce sens des vies psychiques singulières pour lesquelles, quand cela va mal – soit en cas d'« échec de la fonction [synthétique] du moi » ([24], p. 6) –, les problèmes sont d'ordre :

- névrotique (conflictualité intrapsychique – vécue comme culpabilisante, paralysante, source de plaintes) ;
- narcissique (fragilité des liaisons internes – vécue comme disséquante, clivante, déprimante, préjudicielle) ;
- pervers (surforce de fixations pulsionnelles autoérotiques – vécues comme obsédantes, aliénantes, socialement isolantes, harassantes).
- psychotique (fragilité de l'appareil psychique lui-même – vécue comme sidérante, mélancolisante, morcelante, persécutante, dé-socialisante, handicapante) ;

On peut appeler « sémio-typologiques » ces schèmes, car ils permettent de passer, cliniquement, d'une attention aux signes empiriques à la position de types organisationnels. Ils complexifient l'universalisme des premiers schèmes en se surajoutant à eux et en les déclinant. Ils permettent de se soucier de chaque patient de façon *spécifiée*.

L'analyste freudien sera ainsi attentif à ne pas mettre en défaut, par des interprétations centrées sur l'intra-psychique, un patient ayant peu de capacités auto et/ou hétéro-interprétatives. Il accueillera un patient encombré de collages à des objets pulsionnels autoérotiques, sans réactions contre-transférentielles issues de ses propres défenses. Il prendra soin d'un patient à la vie psychique carencée, en se faisant plus présent et étayant dans la relation actuelle, pour qu'un travail de déclivage et de liaison des représentations et affects internes puisse progressivement se faire. Et il aura le souci, dans la relation à un patient intrapsychiquement complexé par le surinvestissement de représentations parentales infantiles, de proposer des interprétations *analytiques* (dé-synthétisantes), pour l'aider à ouvrir de nouveaux espaces d'auto-réflexivité psychique.

---

<sup>7</sup> Nous renvoyons ici aux travaux d'Harold Searles sur le non humain [23].

Entrer en relation avec des patients sans faire de différence entre leurs types d'organisations, de problématiques et de fonctionnements serait pour Freud négliger ces personnes dans leur *spécificité*. Les approches « indifférenciées » – pour lesquelles les thérapeutes ne sont pas formés à cette typologisation clinique – génèrent des maltraitances psychiques, comme de qualifier de « biais cognitif » un délire<sup>8</sup>, de porter des jugements moraux sur des fixations pulsionnelles, ou d'enjoindre à des personnes à l'intra-psychique fragile à positiver et à se reprendre en main, parce que « tout le monde peut y arriver »<sup>9</sup>.

Un autre écueil, du côté des psychanalystes cette fois, consiste à confondre ces schèmes avec ceux du groupe précédent. Cela aboutit à transformer des acquis empiriques *typiques* (valant pour des séries de cas) en acquis formels *universels* (valant pour tous les cas). C'est négliger le caractère psycho-socio-historiquement situé de la clinique et relayer – sans réflexivité critique – des normativités potentiellement violentes pour les patients. Ainsi en est-il quand certain.e.s analystes attribuent *a priori* à toute personne de sexe féminin, par exemple, l'envie du pénis. Ils ou elles usent face à toute femme de typologisations qui ne sont en réalité valables que pour une série d'entre elles. Le même type de paralogisme clinique est opéré quand le complexe d'Œdipe est dit structurer centralement la fantasmatisation de tout appareil psychique. En ce cas, ce qui fut un acquis clinique déterminant pour comprendre la série des patients dits « névrotiques » (femmes et hommes confondus) sert entre autres à méconnaître la série des patients dits « psychotiques » – pour qui la sexualité infantile n'est pas le problème structurant (mais bien plutôt les vécus énigmatiques et dissolvants).

### 3. Les schèmes opérateurs d'unicité

Ils représentent ce qu'il y a de plus originalement *psychanalytique* dans l'approche freudienne du soin. En effet, les deux premiers groupes de schèmes (même s'ils sont entièrement repensés pour les besoins d'une clinique psychodynamique) sont, pour les uns, repris des sciences de la nature (schèmes métapsychologiques), pour les autres, repris à la médecine (schèmes sémio-typologiques) – comme cela a été bien documenté<sup>10</sup>.

Nous proposons de nommer ce troisième groupe les schèmes « du décentrement attentionnel », car ils consistent en schèmes « évidés », destinés à accueillir un savoir non encore constitué, bien qu'activement attendu. Ils rendent possible, par un dés-apprentissage relatif de l'expérience accumulée, d'être réceptif aux contingences par lesquelles la singularité d'un appareil psychique se signe toujours – à un moment ou à un autre. Ils sont comme des capteurs d'*événementialités discrètes*, par où se marquent d'absolues différences d'un patient à l'autre, au sens des dynamiques en propre de leurs vies psychiques.

A titre d'exemple, mentionnons ici le schème de l'« attention aux détails dé-cohérents ». Le travail proprement analytique passe en effet, selon Freud, par le repérage de ce qu'il nomme les « rebut[s] du monde des phénomènes » ([14], p. 20). C'est dans ces petits riens isolés, non cohérents avec le tableau clinique (conçu grâce aux schèmes des deux autres groupes) que se présentent les traits singuliers par où un appareil psychique est *le seul de son type* :

---

<sup>8</sup> Nous faisons ici référence à un psychiatre orienté par les théories cognitivo-comportementales, qui, au chevet d'une patiente hospitalisée, lui fit une telle « leçon » cognitive.

<sup>9</sup> Nous faisons ici référence à une patiente qui, après qu'un hypnothérapeute lui ait dit cela avec les meilleures intentions du monde, commit une tentative de suicide qui aurait pu définitivement mettre fin à sa vie.

<sup>10</sup> Concernant l'héritage « naturaliste » de Freud, nous renvoyons ici au travail pionnier de Paul-Laurent Assoun [25] ainsi qu'à l'étude plus récente de Frédéric Forest [26]. Sur l'enracinement des concepts freudiens dans l'« épistémè » médicale, le travail de Paul Bercherie, dans la filiation de Georges Lanteri-Laura, pose de solides bases [27] – quant à l'héritage plus précisément neurologique et psychiatrique de Freud, d'un point de vue nosographique, les mises au point récentes de Thomas Lepoutre et François Villa sont tout à fait éclairantes [28, 29].

« [L]a technique de la psychanalyse médicale [...] est habituée, à partir de traits tenus en piètre estime ou non remarqués, à partir du rebut – du “*refuse*” – de l’observation, à deviner ce qui est secret et ce qui est caché. » ([30], p. 143).

Un caractère remarquable de ces schèmes opérateurs d’unicité est qu’une partie d’entre eux est progressivement partagée par l’analyste et le patient, chacun à leur place respective. Prenons le schème « de l’attention en égal suspens », un des plus connus d’entre eux. Il vise, pour l’analyste, à ne pas immédiatement juger, sélectionner et hiérarchiser, à partir de sa position de savoir, l’ensemble des signes cliniques qui s’offrent à lui, afin de laisser à l’analysant l’espace d’un libre déploiement associatif de ses *traits uniques*. Freud l’explicité ainsi :

« Ce n’est pas du tout notre tâche de “comprendre” d’emblée un cas de maladie, cela ne peut réussir qu’ultérieurement, lorsque nous aurons recueilli suffisamment d’impression à son sujet. Laissons provisoirement notre jugement en suspens et acceptons avec une égale attention tout ce qui peut être observé. » ([31], p. 19)

Mais au fond, l’analysant lui aussi apprend à manier ce schème, en étant empêché par l’analyste dans ses tentatives de tout de suite « se comprendre », rationaliser ses problèmes et théoriser sa vie sous l’espèce du « typique ». L’analysant doit lui aussi se décentrer de sa position de maîtrise consciente (synthèses du Moi) pour laisser libre cours au déploiement associatif que lui révèle – à travers le dispositif analytique – sa vie psychique non consciente, dans des nuances qui n’appartiennent qu’à lui.

On saisit alors également pourquoi le schème « de l’association libre » est comme l’autre face de celui de l’attention en égal suspens. Pour l’analysant, il invite à tout dire de ce qui vient à l’esprit, sans juger, hiérarchiser ni trier les pensées incidentes – c’est-à-dire qu’il ouvre l’horizon d’une attention à sa propre unicité. Pour l’analyste, il permet de se laisser aller à ses associations d’idées, dans l’ouverture réciproque à sa propre singularité psychique. On remarque que ces schèmes opérateurs d’unicité vont à l’encontre de ceux des deux premiers groupes. Ils en ralentissent le maniement et en limitent la portée d’usage, ouvrant l’espace et le temps du déploiement possible des énonciations propre des patients.

Organisant épistémiquement une position de non-savoir (dés-attention à l’universel et au typique), les schèmes opérateurs d’unicité donnent à l’écoute analytique une teneur unique et surprenante, sensible aux contextes, aux occasions et aux multiples événements de séance. Ils complexifient le *care* psychanalytique en superposant aux deux premières une dernière strate paradoxale, permettant d’« apprendre à connaître le cas » ([32], p. 164) en tant qu’à *nul autre pareil*. En cela, comme cela a souvent été remarqué, ils ne relèvent pas d’une formation théorique (tels les schèmes métapsychologiques) ni même d’une formation simplement clinique (tels les schèmes sémio-typologiques), mais exigent une formation *analytique* dont le fondement reste l’analyse personnelle. C’est en ayant été attentif à l’absolue différence de ses propres processus psychiques – en s’étant décentré de ses auto-typologisations et auto-universalisations –, qu’on peut être activement réceptif, au-delà de ses connaissances théoriques et cliniques, à l’unicité de la vie psychique d’une personne en souffrance. C’est d’ailleurs parce que ces schèmes sont progressivement intégrés par les analysants au cours de leur cure (comme acquis secondaire) qu’un certain nombre d’entre eux souhaite ensuite devenir psychanalyste.

Ces schèmes, pour finir, sont essentiels d’un point de vue thérapeutique. Car, à la différence de l’horizon du travail clinique (qui requiert les trois niveaux abordés), le travail thérapeutique *effectif*, d’un point de vue psychanalytique, n’est ni universel – comme dans les neurosciences –, ni même typique – comme pour les thérapies centrées sur les genres de symptômes. Il se joue dans la dimension de l’unique. C’est au cas par cas des patients, des

séances et des dynamiques énonciatives, qu'il a lieu – rendant ces schèmes opérateurs d'unicité essentiels tout le long du *cure*.

### III. – Les schèmes du *cure* psychanalytique

De quels moyens dispose le thérapeute-analyste pour ses actes de soin, proprement dit ? Freud, au travers de ses textes cliniques, permet de différencier deux groupes de schèmes opérateurs du *cure* :

- des schèmes étiologiques, qui permettent de déterminer, pour chaque cas, les coordonnées précises de son entrée en maladie ;
- des schèmes thérapeutiques, qui permettent d'acter, pour chaque cas, les conditions précises d'améliorations et de rétablissement.

Ainsi peut-être supportée, psychodynamiquement, la dimension opérative de la psychanalyse :

« Une psychanalyse n'est justement pas une investigation scientifique exempte de tendances, mais une intervention thérapeutique ; elle [...] veut [...] changer quelque chose. » ([31], p. 92)

#### 1. Les schèmes étiologiques

Dans son élaboration des schèmes étiologiques, Freud est une fois encore redevable à la médecine. C'est un acquis, au tournant des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, qu'il y a moins de causalité linéaire dans le vivant, que dans le monde physico-chimique. La présence du virus de la variole est nécessaire mais non suffisante pour contracter la maladie. C'est que l'organisme a, dans une certaine mesure, un pouvoir d'agir. Il peut contenir les effets du virus voire l'éliminer. Freud reprend cette conception dynamique, pour penser les « valeurs-seuils » ([33], p. 169) du normal et du pathologique *dans l'appareil psychique* :

« La maladie – du moins celle nommée à juste titre fonctionnelle – n'a pas pour présupposé [...] l'établissement de nouveaux clivages à l'intérieur de lui ; elle est à expliquer dynamiquement par le renforcement et l'affaiblissement des composantes du jeu des forces dont tant d'effets sont masqués pendant le fonctionnement normal. » ([34], p. 664)

Les types d'organisation psychique étant posés, c'est au cas par cas qu'il s'agit de déterminer, *à l'intérieur de chaque type*, comment s'opère le passage d'un « aller bien » (le normal) à un « aller mal » (le pathologique). Pour cela, il s'agit d'évaluer l'importance des différents facteurs en jeu. Ce qui ne se fait plus facilement qu'après coup, lorsqu'un trouble s'est déclaré. A la question de savoir sur quel terrain le processus pathogène apparaît, Freud répond grâce à une « vue d'ensemble étiologique » ([35], p. 69). Dès 1895, il construit une « équation étiologique à plusieurs membres » :

« Je crois qu'on se rend possible une présentation des circonstances étiologiques, vraisemblablement très compliquées, qui prédominent dans la pathologie des névroses, si l'on se fixe les concepts étiologiques suivants : a) condition, b) cause spécifique, c) cause concurrente et, comme terme d'une valeur inégale à celle des précédents, d) circonstance occasionnante ou cause déclenchante. » ([36], p. 74)

Les « conditions » indiquent le versant constitutionnel (on dirait aujourd'hui génétique ou neurodéveloppemental) des forces psychodynamiques en jeu. Elles ne doivent jamais être négligées. Soit qu'elles diminuent relativement les capacités de synthèse du Moi (par carence

somatique affectant l'appareil psychique)<sup>11</sup>, soit qu'elles déterminent l'étiage élevé d'une force en jeu (forte pulsionnalité, par exemple, que le Moi doit mettre au travail de liaison).

Les causes spécifiques sont celles qui définissent des types de structuration des rapports de force (conflictualité psychique dans le cas de troubles névrotiques, déliaison des investissements et néo-Moi de compensation dans les cas de troubles psychotiques, etc.). Ces types de structuration définissent des types de trouble potentiel et donc d'entrée en maladie. Comme Freud y fait allusion, un cristal jeté à terre ne « se brise [...] pas arbitrairement, [...] [mais] suivant ses plans de clivages en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, [est] cependant déterminé à l'avance par la structure du cristal » ([16], p. 142). Les schèmes sémio-typologiques servent ici d'appoint aux schèmes étiologiques.

Les causes concurrentes sont tous les facteurs susceptibles de modifier les rapports de force psychodynamiques. Les écrits de cas freudiens témoignent de leur grande variété : naissance d'un frère ou d'une sœur, puberté, tentation sexuelle, rencontre amoureuse, orgasme, disputes, jalousie, mariage, environnement familial, activité sexuelle, entrée dans la vie professionnelle, fatigue, surmenage, promotion professionnelle, pressions sociales, échecs personnels, changement de situation, paroles reçues, pensées interdites, deuil, ménopause, rigidification psychique, maladies, transfert négatif, etc. Freud finit par regrouper ces facteurs sous la bannière du « refusement » ([37], p. 119), au sens où, refusant à l'appareil psychique le *statu quo* (en perturbant ses équilibres internes), ils le forcent au travail de re-synthèse pour conserver sa stabilité fonctionnelle.

La cause déclenchante est enfin une simple cause concurrente, mais qui acquiert une valeur cliniquement décisive pour l'appareil psychique, en ce qu'elle est l'occasion pour lui d'une rupture franche de ses équilibres, conduisant à l'état pathogène. C'est par le type de rupture d'équilibre que des indications sont données, *a posteriori*, sur le type d'organisation. La perte d'un être aimé n'a par exemple pas les mêmes conséquences selon le statut psychique de l'objet chez les personnes concernées. Dans les organisations névrotiques, il est en place de substitut d'objet « perdu », mis en série avec d'autres, et peut de ce fait, après un temps de deuil, être à nouveau substitué. Dans les organisations psychotiques, il est psychiquement collé au Moi et lui sert d'étayage existentiel ; la perte de l'objet équivaut à la perte d'une partie du Moi :

« Sous l'effet des mêmes actions (perte d'un objet aimé), chez maintes personnes que pour cela nous soupçonnons de dispositions morbides, apparaît à la place du deuil une mélancolie. » ([38], p. 264)

On constate que le modèle psychodynamique de la psychanalyse est extrêmement complexe. Freud le compliquera encore, pour mieux l'ajuster aux enseignements de la clinique<sup>12</sup>.

Outre ses points de fragilité internes, cependant, l'appareil psychique a ses ressources propres. Freud remarque ainsi que « toute disposition ne se développe pas forcément en affection » ([40], p. 123). Des compensations psychodynamiques sont toujours à l'œuvre, avant qu'une cause déclenchante, le cas échéant, ne vienne les mettre à mal :

---

<sup>11</sup> Comme dans l'autisme, par exemple, mais aussi peut-être pour certaines schizophrénies.

<sup>12</sup> Il est inutile, ici, de raffiner le propos. Avec le temps, pour deux des facteurs étiologiques (le constitutionnel et l'adjuvant), Freud introduira le schème de la « série complémentaire ». Plutôt que de penser ces facteurs comme des séries à gradation unique (du plus vers le moins), il les pensera comme facteurs à gradation double (à deux pôles). Cela lui permet de faire la différence, dans le constitutionnel (non modifiable), entre l'héréditaire et le psychiquement acquis (fixations pulsionnelles, surmoïques, lesquelles déterminent elles aussi du non modifiable, en l'espèce de types d'organisation psychique) ([39], p. 178).

« [D]ans le tableau de maladie de la psychose [mais cela vaut pour tous les types d'organisation psychiques], les manifestations du processus pathogène sont souvent recouvertes par celles d'une tentative de guérison ou de reconstruction. » ([24], p. 5)

Le Moi peut toujours compter sur des capacités de synthèse, variables selon chacun. L'histoire de vie, tant passée (psychogène) que présente (conditions actuelles d'existence), entre pleinement en compte dans la « dynamique de la formation du symptôme » ([14], p. 292), qui n'est ainsi pas isolable de l'ensemble de la vie psychique de la personne, au contraire de ce que supposent les thérapies protocolisées, exclusivement centrées sur les symptômes. Pour Freud, l'évaluation globale du contexte psychodynamique donne des indications, tant sur le déclenchement et la genèse des troubles que sur les voies possibles du rétablissement :

« La tentative pour apprendre la circonstance occasionnante d'un symptôme est en même temps une manœuvre thérapeutique. » ([41], p. 343)

Les coordonnées de la décompensation donnent en effet des indications précises, au cas par cas, sur les points de fragilité caractéristiques de l'appareil psychique concerné et, par là même, sur le type et l'unicité des actes de soins à conditionner, du côté du thérapeute-analyste, dont Freud insiste sur le fait qu'ils doivent opérer « au lieu [psychique] qui convient » ([14], p. 453).

## **2. Les schèmes thérapeutiques**

Nous espérons qu'il apparaît plus clairement, à présent, que la conception freudienne de l'« aller mal » repose sur l'idée de déséquilibre interne, dans les rapports de force psychodynamiques. Être malade n'est donc rien de substantiel ni de « guérissable » une fois pour toutes :

« [L]a maladie du patient n'est pas quelque chose de figé, mais [...] poursuit son développement comme un être vivant. » ([14], p. 458)

En ce sens, rigoureusement parlant (et même si Freud continue de parler de « maladie » – comme il continue de parler de « patients »), les troubles psychodynamiques doivent être distingués des « maladies mentales », au sens de la psychiatrie biologique. Selon l'équation étiologique freudienne, c'est seulement lorsque le facteur « constitutionnel » surclasse tous les autres (c'est-à-dire les trois facteurs psychiques) que la maladie « n'est pas psychogène mais somatogène, qu'elle a des causes non pas animiques mais corporelles » ([35], p. 68). Dans les cas où les facteurs sont avant tout psychiques (relevant de causes spécifiques, concurrentes et déclenchantes), la psychothérapie devient le traitement légitime – et la psychanalyse (selon Freud), sa version la plus cliniquement aboutie. Il s'agit alors de créer les conditions de modifications dans les rapports de force, à l'intérieur d'un appareil psychique donné, en direction d'une sortie de l'état pathogène (rétablissement). Deux sous-groupes de schèmes doivent ici être extraits de la pratique freudienne : ceux du « maniement de la quantité » et ceux du « maniement du transfert ».

### *Schèmes du maniement de la quantité*

Les schèmes thérapeutiques principaux, au sens de la pragmatique clinique freudienne, sont ceux du « maniement de la quantité », pour lesquels les schèmes métapsychologiques

(notamment ceux de l'« économique ») servent d'appoint. En effet, le pathologique, repère Freud, relève toujours d'une modification économique des rapports de force :

« Ce qui décide de l'issue morbide se situe [...] toujours du côté des facteurs quantitatifs. » ([14], p. 417)

Progressivement, Freud accorde à la dimension économique une importance cruciale, au point que le jeu sur les quantités devient le ressort central de la cure psychodynamique :

« J'ai introduit un nouveau facteur dans la façon dont s'agence l'enchaînement étiologique, à savoir la quantité, la grandeur des énergies entrant en considération ; ce facteur, il nous faut encore le prendre en compte partout. [...] Nous devons nous dire que le conflit entre deux tendances n'éclate pas avant que ne soient atteintes certaines intensités d'investissement, même si les conditions relatives au contenu sont présentes depuis longtemps. » ([14], p. 387)

Si c'est par l'aspect économique qu'un Moi tombe malade psychiquement, Freud en conclut que l'aller mieux en passe par des re-modifications économiques (inverses), à l'intérieur de chaque type de Moi :

« Les destins [...] des grandeurs déplaçables, étaient donc ce qui était déterminant pour l'entrée en maladie comme pour le rétablissement. » ([42], p. 14)

La difficulté du repérage psychanalytique – qui fait la richesse de ses actes de soin – est que, si c'est la sommation du quantitatif qui est pathogène, les unités discrètes de quantité proviennent de différentes instances psychiques (Moi, Ça, Surmoi) et ne sont maniables qu'en rapport aux types d'organisation moiïques dans lesquelles elles prennent place ainsi qu'en fonction de l'unicité des Moi(s). La vie psychique n'est pas qu'une simple arithmétique abstraite. Elle ne relève pas d'un calcul opératoire général. Le thérapeute-analyste peut jouer sur les rapports de force, mais en tenant compte des facteurs contextuels de tous ordres.

Ce qui rend la technique difficile, c'est que la modification de chaque terme d'un rapport de force influence la sommation globale. En effet, remarque Freud, la quantité psychique n'est qu'un concept relatif et, en cela, *dynamique* :

« [U]n accroissement relatif de la quantité de libido pourra avoir les mêmes effets qu'un accroissement absolu. » ([37], p. 125)

La vie psychique est organisée de façon si complexe que la fragilisation du Moi, pour des raisons externe (fatigue, stress), modifie les rapports de force et fait augmenter *relativement* les quantité interne (d'investissements pulsionnels, par exemple), sans qu'il n'y ait d'augmentation *dans l'absolu* :

« Une personne ne tombe malade de névrose que lorsque son moi a perdu la capacité de placer la libido d'une manière ou d'une autre. Plus le moi est fort, plus la liquidation de cette tâche lui est rendue facile ; tout affaiblissement du moi pour quelque cause que ce soit doit forcément avoir le même effet qu'un accroissement excessif de la revendication de la libido, donc rendre possible l'entrée dans la maladie névrotique. » ([14], p. 400)

La prise en compte de cette complexité rend tous les paramètres de la vie d'une personne – psychiques, biologiques, sociaux – potentiellement décisifs d'un point de vue thérapeutique. Un environnement familial aidant donne plus de force adjuvante au Moi et l'investissement familial d'idéaux ou de valeurs peut faciliter ou, au contraire, retarder un rétablissement :

« [L]es perspectives d'un traitement sont déterminées par le milieu social et la situation culturelle de la famille. » ([14], p. 478)

Selon cette logique psychodynamique, l'éruption d'une maladie somatique peut également susciter un trouble, comme, inversement, le faire disparaître par rééquilibrage interne des quantités :

« C'est également un fait connu, qui pourtant n'a pas été suffisamment exploité pour la théorie de la libido, que des perturbations dans la répartition de la libido, aussi graves que celles d'une mélancolie, peuvent être temporairement supprimées par une affection organique intercurrente, voire même que l'état d'une *dementia praecox* pleinement développée est capable, dans les mêmes conditions, de rétrograder passagèrement. » ([43], p. 305)

C'est aussi pourquoi les contingences de la vie ont une valeur thérapeutique, que Freud évoque comme « guérison [par le] destin » ([37], p. 119) :

« Il est également instructif de faire l'expérience que, contre toute théorie et toute attente, une névrose qui a bravé tous les efforts thérapeutiques peut disparaître quand la personne est tombée dans la misère d'un mariage malheureux, a perdu sa fortune ou a contracté une affection organique menaçante. Une forme de souffrance a été alors relayée par une autre et nous voyons ce qui seulement importait, c'était de pouvoir maintenir une certaine dose de souffrance. » ([44] p. 18)

Et Freud de noter que, parfois, ces auto-guérisons relèvent non du hasard mais de choix inconscients du Moi :

« Il n'est pas non plus difficile de reconnaître dans toutes les liaisons aux sectes et communautés mystico-religieuses ou philosophico-mystiques l'expression de guérisons banales de toutes sortes de névrose [mais cela vaut pour tous les types d'organisation]. » ([45], p. 81)

Si les quantités psychiques sont l'outil principal du soin, comment les manier au mieux ? Freud découvre progressivement que la relation thérapeutique est le lieu même de l'influençement déterminant de ces quantités, puisque, étant intrapsychiquement relatives, elles s'avèrent tout particulièrement réceptives aux mises en relation inter-psychiques.

#### *Schémas du maniement du transfert*

Lorsque les Moi(s) s'auto-guérisent, il n'est pas besoin de relation thérapeutique pour aider au rétablissement des équilibres internes. Ceux-ci répondent aux déséquilibres occasionnels par des auto-rééquilibrages (faisant jouer, à leur seule initiative, un ensemble de « relations » intrapsychiques). Mais lorsque ces relations internes craquent (montée d'angoisse surmoïque dans la névrose, vide et dépressivité dans les problématiques narcissiques, phénomènes sidérants dans la psychose), une demande de relation inter-psychique peut avoir lieu :

« Ce dont éventuellement on peut soi-même venir à bout tout seul, ce sont des troubles légers, jamais une névrose, qui s'est opposé au moi comme quelque chose d'étranger ; pour la maîtrise d'une telle névrose on a besoin de l'autre, et c'est dans la mesure où l'autre peut aider que la névrose est guérissable. » ([31], p. 92)

Comment l'autre thérapeute est-il à même d'influencer les rapports de force internes d'une personne allant mal ? La théorisation de Freud est ici très originale, à partir de constats cliniques qui lui sont antérieurs et lui seront postérieurs, relatifs à l'efficacité thérapeutique de la relation. Puisque « [d]ans la vie d'âme de l'individu, l'autre entre en ligne de compte très régulièrement comme modèle, comme objet, comme aide, comme adversaire, et [que] de ce fait la psychologie individuelle est aussi, d'emblée, simultanément, psychologie sociale [...] » ([45], p. 5), le thérapeute-analyste va pouvoir, dans la rencontre « inter », se tenir au plus près

de la vie psychique « intra » du patient. Cet appareillage intime des appareils psychiques est ce qui est aujourd'hui vu d'un œil sceptique au nom d'un idéal techniciste des soins. Mais force est de constater que dans l'approche analytique, une vraie rencontre a lieu, entre deux vies psychiques. Une rencontre modifiant – réciproquement mais dissymétriquement – les rapports de force en chacun d'eux. Une rencontre permettant un « *care-cure*[...] », selon l'expression post-freudienne de Winnicott ([46], p. 168).

C'est par le schème opérateur du maniement du transfert – et son redoublement dans celui du maniement du contre-transfert – que Freud pense la modification des rapports quantitatifs intra-psychiques (chez le patient) *via* l'inter-psychique. Le transfert étant « un phénomène qui est dans la corrélation la plus intime avec l'essence de l'état de maladie » ([14], p. 458), la prise en compte et le maniement de ce phénomène (qui outrepassa pour part la distinction soignant/soigné) devient pour Freud l'« arme dynamique la plus forte » ([35], p. 50).

Grâce à un tel transfert, le thérapeute-analyste « travaille[...] avec la force adjuvante de la suggestion » ([14], p. 463), même si, comme Freud se l'est très vite vu enseigner, « la suggestion n'exerce pas un pouvoir illimité, mais seulement un pouvoir d'une force déterminée » ([10], p. 174). Dans certaines situations cliniques, l'on peut espérer travailler *sur* le transfert, en vue d'un désinvestissement ou d'une liquidation de celui-ci ; c'est le cas lorsque les quanta d'excitations investis par le Moi sur le thérapeute-analyste sont de type « libidinal » (relevant de la sexualité infantile) et que celui-ci est psychiquement mis en place d'une ou plusieurs représentations inconscientes d'autres-aidants (parents, proches). Dans d'autres cas, l'on se contente de travailler *avec* le transfert, sans inciter le Moi à le réfléchir jusque à ses profondeurs intrapsychiques, en s'en servant comme d'un simple outil psychodynamique. Dans tous les cas, le clinicien opère par touches successives, en respectant les résistances internes du patient et en misant sur une « sommation des influences thérapeutiques » ([47], p. 312).

Freud définit très précisément les enjeux de ce qui peut être obtenu par le biais d'un tel travail :

« De même que santé et maladie ne se distinguent pas par principe mais ne sont séparés que par une délimitation quantitative déterminable en pratique, de même on ne se fixera jamais comme but du traitement autre chose que la guérison pratique du malade, le rétablissement de sa capacité de réalisation et de jouissance. Si la cure est incomplète ou ses succès imparfaits, on obtient avant tout une élévation significative du niveau de l'état psychique général, alors que les symptômes peuvent persister, mais avec une moindre significativité pour le malade, sans l'estampiller comme malade. » ([48], p. 15)

Le rétablissement est donc un franchissement de seuil dans l'« aller mieux » psychique individuel. D'un point de vue psychodynamique, une cumulation d'améliorations peuvent y conduire, sans qu'il y ait forcément disparition des symptômes :

« On ne s'assignera pas pour but d'abraser toutes les particularités humaines au profit d'une normalité schématique, ni même d'exiger que celui qui a été "analysé à fond" n'ait plus le droit de ressentir aucune passion ni de développer aucun conflit interne. » ([49], p. 52)

En d'autres termes, on peut retrouver une vie normale (au sens d'une *norme interne propre*) sans avoir atteint l'idéal « externe » d'une vie normale (au sens descriptif des études scientifiques, des politiques de santé ou du socialement majoritaire)<sup>13</sup>. En cela, la psychanalyse s'oppose clairement aux approches hétéro-normatives centrées sur les seuls

---

<sup>13</sup> On pourrait en ce sens parler d'une « normativité psychique » chez Freud, en écho au concept canguilhemien de « normativité biologique » ([50], p. 76-91).

symptômes et se range – comme discipline pionnière – du côté des « nouveaux modèles de soin » évoqués en introduction.

## Conclusion

Si l'on se résume, une cure psychanalytique s'avère être pour Freud – en un certain sens (qu'on ne présente que rarement) – une pragmatique des quantum psychiques, sur mesure (typicité, unicité), sous transfert. Après repérage des coordonnées de déclenchement et de genèse des troubles, il s'agit pour le thérapeute-analyste de créer les conditions d'une amélioration (voire d'un rétablissement) de la vie psychique souffrante, à travers la seule efficience de la relation de parole.

Un panel de schèmes opérateurs sont mobilisables à cette fin : des schèmes d'accueil et d'attention clinique ; et d'autres plus directement curatifs. Parmi ces derniers, certains conduisent à de l'*ana-lyse*, d'autres soutiennent des *syn-thèses*, dans la dimension psychique. La caractéristique principale de la psychanalyse freudienne n'est donc pas de ce point de vue d'être *analytique*, mais, plus fondamentalement, *psychodynamique* – même si le mot propre inventé par Freud insiste sur l'aspect le plus novateur de sa méthode (son analyticité). D'un point de vue clinique, c'est le jeu mouvant entre les opérations d'analyse et de synthèse qui, par leur « sommation » psychodynamique, compte.

Pour le thérapeute Freud, les outils spécifiquement analytiques ne sont indiqués – car, alors, efficaces – que dans les cas de souffrances névrotiques et pour une partie des cas relevant de souffrances narcissiques ([14], p. 451). Face à d'autres types de souffrance (psychotiques ou perverses, par exemple), des outils synthétiques sont utiles, voire à envisager de façon exclusive – n'empêchant pas, cependant, le maniement de l'ensemble des schèmes psychanalytiques du *care* (accueil de l'universalité, de la typicité et, surtout, de l'unicité psychique de chaque patient).

La marque singulière de l'approche psychanalytique – *psychodynamique* – freudienne, pour finir, résident dans le fait que c'est au patient d'opérer le travail de rééquilibrage de ses forces intrapsychiques. Le thérapeute-analyste conditionne ce pari, l'accompagne et le favorise, mais l'opération *effective* reste à l'initiative de l'appareil psychique concerné. Un tel travail aboutit, dans une série de cas, à « une modification durable de son économie » ([51], p. 89). Dans d'autres cas, la récupération de ses capacités d'agir et de prendre plaisir à ses réalisations reste fragile et dépendante des conditions externes, au point qu'on ne peut être certain du « destin ultérieur [de la] guérison » ([49], p. 24). Pour d'autres, enfin, cette approche par la mise en jeu (dans une relation étroite) de la vie psychique s'avère non adaptée – ce pourquoi l'existence d'autres formes de thérapies est une nécessité pratique.

Quoi qu'on en pense cependant, aucune approche concurrente – qu'il s'agisse de mettre le cerveau, les symptômes, ou le seul vécu des personnes au centre – n'est à même de pouvoir promettre au *socius* une efficacité supérieure *pour tous types de patients* – et, moins encore assurément, une efficacité parfaite pour chacun d'eux, pris un   un. Cet espoir continue d'être largement d  u. De sorte que la dite « santé mentale » reste aujourd'hui un champ de recherches et d'expériences plurielles. A chaque clinicien de choisir l'approche thérapeutique dont il se sent capable d'assumer au mieux l'éthique et la responsabilité. Et à chaque sujet en souffrance de choisir l'approche dont il estime qu'elle pourrait l'aider le mieux, l'efficacité des psychothérapies ne se mesurant *in fine* qu'après des concernés<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Les études statistiques sur l'efficacité comparée des psychothérapies, lorsqu'elles sont correctement interprétées, donnent des indications empiriques intéressantes. Leurs nombreuses limites épistémiques, méthodologiques et donc cliniques ne leur permettent cependant pas de trancher unilatéralement dans le débat.

\*

L'ensemble de ces considérations amène en tout dernier lieu à reposer la question de la conscience de soi psychanalytique. Aujourd'hui encore, elle reste (dans les discours) massivement *analytico*-centrée, bien que, dans les faits, les pratiques se soient grandement diversifiées. Si la psychanalyse s'est en effet d'abord élaborée auprès de patients adultes névrosés (en situation de cure-type), elle a ensuite permis la rencontre – par l'universalité de ses schèmes d'accueil – de patients d'âges et de fonctionnements divers. Or la définition théorique de la psychanalyse – particulièrement dans le monde francophone – ne s'est pas ajustée. Restée fidèle à l'idéal des premiers cas « œdipiens » de patients (hystériques et obsessionnels), elle tend toujours implicitement à situer les autres types de personnes en souffrance comme « cas difficiles » – et, parfois, le travail entrepris avec eux comme non psychanalytique. De sorte que l'alternative doit être affrontée : soit la psychanalyse est une théorie du soin *par l'analyse pure*, réservée à la série des patients névrotiques, et sa définition (ainsi idéale) est acceptable ; soit l'on n'en convient pas et la psychanalyse doit alors se libérer du contexte *historique* de ses premières élaborations et se réfléchir à nouveau, à partir de ses pratiques contemporaines. Michel De Certeau, dans *L'écriture de l'histoire* (1975), invite chaque science à ce genre de démarche :

« La nature d'une science [est] le postulat à exhumer de ses procédures effectives [...] Faute de quoi, chaque discipline serait identifiable à une essence dont on présumerait qu'elle se pose dans ses avatars techniques successifs, qu'elle survit (on ne sait où) à chacun d'eux, et qu'elle a seulement avec la pratique une relation accidentelle. » ([52], p. 115).

L'esquisse d'une théorie du soin en psychanalyse, telle que nous avons ici proposé de l'extraire, pourrait servir à penser une psychanalyse non adulte-névrotico-*analytico*-centrée. Nous espérons avoir montré que, au-delà des idéaux généralement investis, il en était ainsi pour la pratique freudienne même, telle que ses textes – et plus encore ses correspondances<sup>15</sup> – en laissent trace. En somme, il s'est agi pour nous ici de faire valoir la figure ouverte et pragmatique d'un Freud *clinicien*, souvent occultée par celle plus désirée d'un « Freud, pur analyste », supposément libre des contraintes multiples liées au soin.

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références bibliographiques

- [1] Plagnol A, Pachoud B, Granger B, editors. Les nouveaux modèles de soins : une clinique au service de la personne. Montrouge : Doin ; 2018.
- [2] Dufort F, Guay J, editors. Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2001.
- [3] Franck N, editor. Traité de réhabilitation psychosociale. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018.
- [4] Pachoud B. Aspects du care et de « l'éthique du care » en psychiatrie. PSN 2010 ; (8/3) : 152-57.
- [5] Kleinman A. Rethinking psychiatry : from cultural category to personal. New York : Free press ; 1988.
- [6] Greenhalgh T, Hurwitz B, editors. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. Londres : BMA Books ; 1998.

---

<sup>15</sup> Voir par exemple les travaux récents de Florian Houssier, Xanthie Vlachopoulou, Delphine Bonnichon et Noémie Capart sur la correspondance Freud/Federn et la position freudienne de « consultant » [53].

- [7] Fulford B. La clinique fondée sur les valeurs : de la science aux personnes. Montrouge : Doin-John Libbey Eurotext ; 2017.
- [8] Kuhn T. La structure des révolutions scientifiques (1962). Paris : Flammarion ; 1983.
- [9] Freud S. Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse (1932). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 19. Paris : PUF ; 1995. p. 83-268.
- [10] Freud S. Traitement psychique (traitement d'âme) (1890). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 1. Paris : PUF ; 2015. p. 155-75.
- [11] Freud S. L'intérêt que présente la psychanalyse (1913). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 12. Paris : PUF ; 2005. p. 95-126.
- [12] Freud S. Faut-il enseigner la psychanalyse à l'université ? (1918). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 15. Paris : PUF ; 1996. p. 109-14.
- [13] Freud S. « Psychanalyse » et « Théorie de la libido » (1922). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 16. Paris : PUF ; 1991. p. 181-208.
- [14] Freud S. Leçons d'introduction à la psychanalyse (1915-1917). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 14. Paris : PUF ; 2000. p. 1-516.
- [15] Freud S. Fragment d'une analyse d'hystérie (1905). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 6. Paris : PUF ; 2006. p. 183-302.
- [16] Freud S. Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse (1932). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 19. Paris : PUF ; 1995. p. 83-268.
- [17] Freud S. Les résistances contre la psychanalyse (1924). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 17. Paris : PUF ; 1992. p. 123-36.
- [18] Freud S. Abrégé de psychanalyse (1938). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 20. Paris : PUF ; 2010. p. 225-302.
- [19] Freud S. À partir de l'histoire d'une névrose infantile (1914). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 13. Paris : PUF ; 1988. p. 1-120.
- [20] Worms F, Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales. Esprit 2006 ; (1) : 141-56.
- [21] Kant E. Critique de la raison pure (1781). Paris : Garnier-Flammarion ; 1987.
- [22] Daston L, Galison P. Objectivité (2007). Dijon : Les presses du réel ; 2012.
- [23] Searles H. L'environnement non humain (1960). Paris : Gallimard ; 1986.
- [24] Freud S. Névrose et psychose (1923). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 17. Paris : PUF ; 1992. p. 1-8.
- [25] Assoun P.-L. Introduction à l'épistémologie freudienne. Paris : Payot ; 1981.
- [26] Forest F. Freud et la science. Éléments d'épistémologie. Paris : Économica ; 2010.
- [27] Bercherie P. Genèse des concepts freudiens. Paris : Navarin éditeur ; 1983.
- [28] Lepoutre T, Villa F. Les névroses mixtes à l'épreuve de la démarche diagnostique : destin freudien des leçons de Charcot. In Topique 2013 ; (123) ; 85-100.
- [29] Lepoutre T, Villa F. Le diagnostic à l'épreuve du traitement psychanalytique. In Cliniques méditerranéennes 2016 ; (94) ; 225-40.
- [30] Freud S. Le Moïse de Michel-Ange (1913). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 12. Paris : PUF ; 2005. p. 127-60.
- [31] Freud S. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans (1908). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 9. Paris : PUF ; 1998. p. 1-130.
- [32] Freud S. Sur l'engagement du traitement (1913). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 12. Paris : PUF ; 2005. p. 161-84.
- [33] Freud S. Sur l'étiologie de l'hystérie (1896). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 3. Paris : PUF ; 1989. p. 147-180.
- [34] Freud S. L'Interprétation du rêve (1900). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 4. Paris : PUF ; 2004. p. 1-756.

- [35] Freud S. La question de l'analyse profane. Entretiens avec un homme impartial (1926). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 18. Paris : PUF ; 1994. p. 1-92.
- [36] Freud S. Sur la critique de la « névrose d'angoisse » (1895). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 3. Paris : PUF ; 1989. p. 59-78.
- [37] Freud S. Des types d'entrée dans la maladie névrotique (1912). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 11. Paris : PUF ; 1998. p. 117-26.
- [38] Freud S. Deuil et mélancolie (1915). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 13. Paris : PUF ; 1988. p. 161-80.
- [39] Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 6. Paris : PUF ; 2006. p. 59-182.
- [40] Freud S. « Un enfant est battu ». Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles (1919). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 15. Paris : PUF ; 1996. p. 115-46.
- [41] Freud S. Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques (1893). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 2. Paris : PUF ; 2009. p. 333-48.
- [42] Freud S. De la psychanalyse (1909). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 10. Paris : PUF ; 1993. p. 1-56.
- [43] Freud S. Au-delà du principe de plaisir (1920). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 15. Paris : PUF ; 1996. p. 273-338.
- [44] Freud S. Le problème économique du masochisme (1924). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 17. Paris : PUF ; 1992. p. 9-24.
- [45] Freud S. Psychologie des masses et analyse du moi (1921). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 16. Paris : PUF ; 1991. p. 1-84.
- [46] Winnicott D. Cure (1970). In Pontalis J-B, editor. Conversations ordinaires. Paris : Gallimard ; 1988. p. 161-74.
- [47] Freud S. Compte rendu d'une conférence « Sur l'hypnose et la suggestion » (1892). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 1. Paris : PUF ; 2015. p. 299-315.
- [48] Freud S. La méthode psychanalytique de Freud (1904). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 6. Paris : PUF ; 2006. p. 9-18.
- [49] Freud S. L'Analyse finie et infinie (1937). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 20. Paris : PUF ; 2010. p. 13-56.
- [50] Canguilhem, G. Le normal et le pathologique (1943). Paris : PUF ; 1991.
- [51] Freud S. Autoprésentation (1924). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 17. Paris : PUF ; 1992. p. 51-122.
- [52] De Certeau, M. L'écriture de l'histoire. Paris : Gallimard ; 1975.
- [53] Houssier F, Vlachopoulou X, Bonnichon D, Capart N. Freud consultant. Une lecture de la correspondance entre Freud et Federn. In Revue française de psychanalyse 2015 ; (79) : 1198-1212.