

INTRODUCTION

Le comité éditorial

il y a des gens qui peuvent utiliser des théories psychanalytiques pour soutenir n'importe quelle activité de leur choix. C'est pourquoi nous essayons de former des gens qui ne sont pas seulement capables d'aider, mais qui souhaitent également aider l'individu, pas l'entraver¹.

L'invention du mot « psychothérapie » est, en général, attribuée à Hippolyte Bernheim à l'époque où il abandonna l'hypnose pour se contenter de la suggestion sur le sujet conscient. Dans un ouvrage paru en 1891, il inclut ce nouveau vocable dans son titre : *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Études nouvelles*. En fait, on peut s'interroger sur cette paternité dans la mesure où dès 1890², Sigmund Freud publiait un texte intitulé *Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)*³. Le terme allemand *Seelenbehandlung*, traduit dans les Œuvres Complètes (2015) par « traitement de l'âme » a exactement le même sens et la même construction que le terme « psychothérapie »⁴, le premier est construit à partir de racines germaniques, le second à partir de racines grecques. Il est intéressant de noter que dans ce texte, prépsychanalytique, Freud, tout en se référant à l'hypnose comme moyen thérapeutique, en relativise la portée en soulignant que les « nerveux » sont plus difficiles à hypnotiser que les sujets normaux et que les effets bénéfiques de

1. Bion W.R., *Un mémoire du temps à venir*, Larmor-Plage, Éditions du Hublot, 2010, p. 491.

2. Ce texte a d'abord été daté de 1905, date de sa troisième édition, avant que les recherches de Saul Rosenzweig aient permis de le dater de sa première édition en 1890 (cf. OC, vol. I, Paris, Puf, 2015, p. 154).

3. Traitement psychique (traitement de l'âme).

4. Il est probable que Freud a traduit le terme déjà créé par Bernheim puisque Ellenberger nous signale (1994, p. 775) que le mot *psychothérapie* a été utilisé au cours du Congrès international sur l'hypnotisme à Paris en 1889.

l'hypnose sont souvent temporaires, obligeant le praticien à répéter les cures d'hypnotisme au risque de créer un état de dépendance du patient vis-à-vis de son médecin. Il appelle alors de ses vœux une méthode fondée sur une meilleure connaissance de la vie psychique :

On est en droit de s'attendre en toute certitude à ce que le traitement d'âme moderne, conscient de ses buts, qui se trouve être, en effet, une toute jeune reviviscence d'anciennes méthodes curatives, mette entre les mains des médecins des armes encore bien plus puissantes pour combattre la maladie. Une intelligence plus profonde des processus de la vie d'âme, dont les premiers commencements reposent précisément sur les expériences hypnotiques, indiquera les moyens et les chemins pour y parvenir (2015, p. 175).

C'est là le programme qu'il se donne : aboutir à une « intelligence plus profonde des processus de la vie d'âme », de façon à fonder sur cette intelligence le moyen de « combattre la maladie ». Ce disant, il fait écho à une préoccupation partagée par d'autres thérapeutes qui ne se satisfont pas du côté par trop magique de l'hypnose. Henri Ellenberger (1994) souligne que dans une communication au premier congrès international sur l'hypnotisme qui s'est tenu à Paris en 1889, deux praticiens, Bourru et Burot, firent cette affirmation remarquable :

Ce n'est pas tout de combattre les phénomènes morbides un à un par la suggestion. Ces phénomènes peuvent disparaître et la maladie persister. Ce n'est qu'une thérapeutique de symptômes, ce n'est qu'un expédient. L'amélioration réelle et durable ne s'est produite que lorsque l'observation attentive et logique nous a conduits à l'origine même de la maladie (1889, cités par Ellenberger, 1994, p. 775).

C'est bien le même souci qui occupe Freud : parvenir à l'origine même de la maladie et comprendre la genèse des symptômes à partir de ses prémisses et ne pas se contenter d'éradiquer les conséquences visibles du mal.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur Freud en tant que thérapeute, force est de reconnaître que, tout au long de son œuvre, il est revenu sur la dimension thérapeutique de la

psychanalyse. V. Smirnof, que l'on ne peut soupçonner de se désintéresser du Freud théoricien, l'affirme avec force :

Il n'est pourtant pas possible à lire le texte, d'exclure la préoccupation thérapeutique de Freud lui-même qui parcourt son œuvre d'un bout à l'autre [...] Nier que l'analyse poursuit un but thérapeutique va à l'encontre de tout ce que Freud soutint dès 1923 dans la *Laïenanalyse*. (1978, p. 144).

Dans une conférence prononcée en 1904 et publiée en 1905, *De la psychothérapie*, Freud explique les raisons pour lesquelles il a abandonné l'hypnose et la suggestion en recourant à la célèbre opposition qu'il emprunte à Léonard de Vinci entre « *per via di porre*⁵ » et « *per via di levare*⁶ », que Vinci appliquait à l'opposition entre la peinture où l'on ajoute des couleurs sur une surface vierge et la sculpture où l'on enlève de la matière à un bloc de bois ou de pierre :

la thérapie analytique n'a que faire d'appliquer, elle ne veut rien introduire de nouveau, mais veut enlever, retirer, et à cette fin elle se préoccupe de la genèse des symptômes morbides et du contexte psychique de l'idée pathogène qu'elle a pour but d'éliminer (Freud, 2006, p. 51).

À nouveau, Freud s'affirme comme un « thérapeute », soucieux de comprendre ce qui se passe et ce qu'il favorise par sa technique en suivant au mieux les voies des processus naturels qui, s'ils ont engendré les symptômes, sont susceptibles à rebours de les faire régresser.

Les écrits techniques des années 1910 font encore explicitement référence à la finalité thérapeutique de la psychanalyse : *Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique* (1912) – *Le début du traitement* (1913). – *Les voies de la thérapie psychanalytique* (1918). Certes peu à peu, Freud va se montrer plus pessimiste quant à l'évaluation thérapeutique de sa méthode. Pour autant, il n'a jamais renié la visée thérapeutique de la psychanalyse. À partir des années 1920, il va reconnaître ses limitations et même ses

5. « En ajoutant ».

6. « En enlevant ».

échecs : il décrit l'*instinct de mort* (1920), la *réaction thérapeutique négative* (1923a, 1923b), le *masochisme primaire* (1923b), l'*analyse sans fin* (1937). Mais, il est remarquable que dans ce dernier texte, publié presque à la fin de sa vie, il ne cesse de s'interroger sur les raisons de certains échecs thérapeutiques. Pourquoi faudrait-il s'étonner de ce souci, à l'évidence légitime ? L'histoire de la médecine est régulièrement marquée par des va-et-vient entre le lancement triomphant d'un nouveau traitement et les restrictions que sa mise en pratique exige après-coup. C'est l'honneur de Freud d'avoir su reconnaître les limites de sa méthode et d'avoir eu l'audace de les exposer publiquement. Les cures hypnotiques d'un Liébault, les psychothérapies par suggestion d'un Berheim, les interprétations d'un Groddeck s'appliquaient à toutes sortes de maladies n'ayant aucune parenté entre elles, sans distinction entre affections organiques et affections mentales. Freud voulait manifestement se démarquer de ces pratiques à tout faire qui rappelaient plus les dons du guérisseur ou le pouvoir magique du Shaman que l'approche rationnelle du chercheur et du clinicien moderne.

Que s'est-il passé par la suite pour que la psychanalyse se voie souvent exonérée de toute visée thérapeutique ? Pour certains tout semble se passer comme si « traiter » relevait de la *psychothérapie*, alors que la *psychanalyse* s'occuperait de tout autre chose. Étrange clivage qui nous a semblé digne d'être interrogé à nouveau, surtout en ce qui concerne les enfants et les adolescents. Il est clair que les demandes qui nous sont adressées pour cette clientèle sont bel et bien des demandes thérapeutiques. Il ne s'agit pas pour elle d'accéder à un pur savoir. Il s'agit d'aller mieux, de moins souffrir, d'être en position de mieux développer ses potentialités, de reprendre, voire d'amorcer une croissance psychique qui se trouvait arrêtée ou amputée. Dira-t-on alors qu'il s'agit de psychothérapie, que la psychanalyse de l'enfant n'existe pas et que celle de l'adolescent est impossible, que les conditions d'une cure analytique ne peuvent être réunies ?

En fait, il semble que les exigences de départ de Freud aient prêté à des contresens qui rendent aujourd'hui très confus les débats portant sur les différences entre psychothérapie

Introduction

9

et psychanalyse et sur la visée thérapeutique de la psychanalyse elle-même.

Sa première exigence est celle du refus d'une méthode plus ou moins magique, comme lui apparaissait, l'hypnose au profit d'une « Intelligence plus profonde des processus de la vie d'âme ». Cette exigence peut se décliner selon deux axes : le premier est celui qui oppose la cure psychanalytique à toutes les formes de psychothérapie qui se centrent sur les symptômes sans chercher à comprendre leur genèse ni leur signification. Il y a là un point de vue consensuel entre les psychanalystes : la psychanalyse n'est pas une thérapeutique symptomatique comme peut l'être une *thérapie cognitivo-comportementale* qui n'a pas d'autre ambition que d'éradiquer les conséquences les plus visibles et les plus conscientes des troubles. La psychanalyse a une autre visée, elle explore un autre domaine que celui de l'apparence, du conscient.

L'autre aspect de la même exigence consiste à développer une intelligence de la vie d'âme, autrement dit une théorie du fonctionnement psychique, pour asseoir l'action thérapeutique sur un socle solide et rationnel. Il y a là un parallélisme frappant avec ce qui s'est passé pour la médecine du corps. Faut-il rappeler que Freud a commencé sa carrière comme médecin biologiste, chercheur, spécialiste du système nerveux dont il étudiait l'anatomie, l'histologie et la pathologie. Il n'était pas venu à Paris pour faire un stage dans le service de Charcot afin d'étudier l'hystérie mais pour se perfectionner dans des techniques de coloration des tissus nerveux. C'est la personnalité de Charcot qui l'a séduit, la rigueur et la pénétration de ce clinicien hors-paire qui l'a incité à s'intéresser aux troubles névrotiques et à chercher à en comprendre le sens. On le voit, tout au long des années 1890, observer soigneusement les troubles en question, les décrire et les regrouper en syndromes qu'il différencie clairement les uns des autres et qu'il nomme. Il fait tout cela selon les règles de la pensée médicale. Parallèlement, en bon médecin, il part à la recherche des causes des syndromes qu'il a identifiés, de leurs étiologies spécifiques pour tenter d'aboutir à l'idéal de tout médecin : découvrir des traitements

étiologiques. Tout un temps, il croit trouver la réponse dans le prolongement des expériences qui lui sont rapportées par Breuer, en écho également à l'enseignement qu'il avait reçu de Charcot : les traumatismes psychiques du passé seraient la véritable cause des troubles actuels et de leur expression symptomatique.

L'œuvre paraît achevée, l'observation clinique est précise, le regroupement syndromique cohérent, les étiologies spécifiques identifiées et les traitements correspondant disponibles, quand tout s'écroule précisément pour des motifs thérapeutiques. Freud en fait l'aveu à son ami Fließ dans sa célèbre lettre de l'équinoxe (21 septembre 1897) :

Je ne crois plus à mes *neurotica*⁷. Cela n'est probablement pas compréhensible sans explication ; tu as d'ailleurs trouvé toi-même crédible ce que je pouvais te raconter. Je vais donc commencer historiquement et te dire d'où sont venus les motifs de mon incroyance. Les déceptions continuelles dans les tentatives pour mener une analyse à son véritable terme, la fuite des personnes qui pendant un certain temps avaient été les mieux accrochées, l'absence des succès complets sur lesquels j'avais compté, [...] (Freud, 2006, p. 334).

Ce n'est pas là le discours d'un homme que la thérapie laisserait indifférent, tout au contraire. Par contre, on le sent piqué au vif par l'insuffisance théorique de ses modèles qui ne semblent guère plus valables que les explications des troubles « de manière habituelle », référence sans doute aux idées en vogue à l'époque sur les troubles nerveux. Le théoricien tend à se rebeller devant le verdict sévère de l'efficacité thérapeutique. On sait que Freud a connu après cette prise de conscience et cet aveu une grave période dépressive, avant de rebondir à la conquête d'un nouveau domaine : celui de la réalité psychique qu'il nomme ainsi quelques mois après la lettre de l'équinoxe en comprenant que sa méthode d'exploration et de traitement s'applique à cette autre réalité. C'est à cette réalité-là que son effort d'intelligibilité va s'attacher tout au long de sa carrière avec une détermination sans faille et un indéniable succès, mais, oui, un succès partiel. Ce

7. Freud appelle ainsi ses modèles traumatiques des névroses.

Introduction

11

sont, semble-t-il, plus les limites du modèle théorique qu'il a développé que Freud évalue à la fin de sa vie que la valeur thérapeutique de la méthode psychanalytique elle-même. Or il tient cette fois-ci à son modèle théorique au point de donner l'avantage parfois à la théorie sur la réalité :

[...] on peut dire que l'analyse avec sa prétention de guérir des névroses en assurant la domination sur les pulsions, a toujours raison en théorie mais par toujours en pratique (Freud, 1937, p. 245).

Pour sortir de ce divorce entre théorie et pratique, Freud avance l'idée que ce sont des facteurs quantitatifs, qui en fait sont impossibles à évaluer par la méthode psychanalytique, qui sont responsables des échecs ou des limitations observés, notamment la force des pulsions. Il y a là un choix qui ne peut manquer de nous interroger : devons-nous préserver nos modèles théoriques au mépris de ce que la pratique nous montre, ou devons-nous les modifier en fonction de l'évidence des succès et des échecs de notre « intelligence des processus de la vie d'âme » ? Une autre façon de poser la question serait de dire : doit-on maintenir la méthode et l'esprit analytique ou sauvegarder les modèles théoriques de l'appareil psychique que nous avons construits ? Il n'est certes pas question de reprocher à Freud son attachement à sa métapsychologie, la sorcière comme il l'appelle, qui lui a montré le chemin de sa découverte et permit des avancées si remarquables. Cela ne veut pourtant pas dire qu'il faille tout sacrifier aux premiers modèles théoriques, mais bien plutôt en construire de nouveaux au fur et à mesure que l'exploration de l'inconscient l'exige. Thomas Kuhn (1983) a montré que dans les sciences de la nature un modèle théorique atteint inévitablement une limite dans l'explication des phénomènes observés et que des révolutions scientifiques sont nécessaires pour englober de nouveaux phénomènes qui s'imposent à l'observation. Pourquoi en serait-il autrement dans les sciences de l'esprit ? L'histoire de la psychanalyse est jalonnée de nouvelles observations, portant sur de nouvelles pathologies qui ont permis des avancées théoriques significatives et des changements de paradigmes, sans que pour autant la méthode psychanalytique soit édulcorée ou

trahie. Dans une récente conférence donnée au GERPEN⁸, Ronald Britton soulignait que nos modèles théoriques doivent servir de contenants pour le matériel de nos patients et non le contraire. Il voulait ainsi signifier que nos modèles étaient adéquats et utiles s'ils nous aidaient à entendre l'expression de l'Inconscient des patients, qu'il fallait donc les adapter pour qu'ils fonctionnent dans ce sens et non pas chercher à tout prix à valider les modèles reçus par le matériel récolté.

Guérir, soigner dérivent inévitablement d'un éprouvé premier de soulagement, d'apaisement du corps et de l'esprit, recherché dès que, quelle que soit la souffrance, un nouveau malaise traverse le sujet vivant... La manière dont les fonctions parentales ont pu tenir leur rôle, conditionne, pour chacun le modèle de vulnérabilité qui lui est propre. Reste que cette capacité de soins se décline, dans notre monde contemporain sur deux axes dominants : l'axe corporel et l'axe psychique fruits d'un dualisme culturel bien connu. Mais si l'approche du corps se réfère à « l'objectivité » du sensoriel et de la chair, se rattachant d'emblée à la science sous son angle médical, le psychique rejoint vite la pensée magique, issue de cette toute-puissance infantile que Winnicott (1952) décrit si bien quand il parle de l'illusion, moment où le bébé croit créer l'objet de son besoin, création illusoire puisqu'elle ne dépend que de la capacité maternelle d'anticiper et de s'ajuster à ce qu'elle ressent de son enfant. L'action sur l'esprit s'oriente donc très vite sur une réponse rapide et efficace, du moins dans le court terme, oubliant que la mère, pour être suffisamment bonne, se doit d'observer, d'interpréter, le comportement, les postures, de son enfant, au risque de son histoire, de ses identifications, et en un mot, de son inconscient. La fonction thérapeutique de la psychanalyse s'inscrit dans ce prolongement, mettant en place dans l'intersubjectivité de la cure, un processus d'attention qui permettra que la vie psychique du patient trouve ou retrouve une capacité de pensée élargie qui a pu lui manquer dans ses premières relations, manque qui a été source d'une tension douloureuse entre le sujet et le monde, source de

8. Groupe d'études et de recherche psychanalytique pour le développement de l'enfant et du nourrisson.

souffrance et de symptômes. Travail d'artisan, la psychanalyse ouvre un processus soignant qui renforce la capacité à se penser, à s'accepter, à reconnaître l'importance de l'autre, orientant le soin vers une humanité renforcée... Prenant l'inconscient pour objet, élément immatériel s'il en est, elle se heurte d'emblée à un monde de pouvoir centré sur la maîtrise et la croissance matérielle, strictement aux antipodes du mouvement qu'elle sous-tend. Sans doute, grisée par la parole facile et explicative, a-t-elle parfois laissé place à l'illusion de posséder les clés mystérieuses de l'inconscient, plutôt que de mettre en lumière la qualité particulière de son travail et l'humilité qu'il requiert. Peut-être trouvons-nous là, dans un monde incapable de supporter la différence, redoutant l'incontrôlable des profondeurs de la psyché, la perpétuelle remise en question des capacités thérapeutiques de la psychanalyse, malgré l'évidence de sa clinique. La tâche qui nous incombe est à la fois rude et passionnante. Ferenczi, dans son texte célèbre de 1929 (Ferenczi, 1929) évoquait « l'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort »... La psychanalyse, aujourd'hui semble, et en particulier celle de l'enfant, bien mal accueillie, en effet... Sa pulsion de mort serait sans doute de s'enfermer dans une défense systématique de ses théories, de son cadre, de chercher désespérément à reproduire des modèles devenus obsolètes... Se tourner du côté de la vie revient à ouvrir le champ de la pensée, du regard sur soi, de la créativité reposant sur l'expérience, s'inspirant du courage des grands ancêtres qui nous ont précédés, avec humilité et persévérance.

Le rapport à la théorie marque un point de bifurcation entre la démarche scientifique de la médecine du corps et celle de la médecine de l'âme. Depuis la Renaissance, le traitement des affections somatiques s'est appuyé de plus en plus sur la connaissance des mécanismes physiologiques et de leurs perturbations, autrement dit sur la biologie de l'organisme humain. La moderne *evidence based medicine*⁹ est l'héritière de ce mouvement continu qui a permis des avancées spectaculaires de l'art de guérir. Dans cette

9. Médecine fondée sur des preuves.

perspective la relation entre le patient et son médecin ne joue qu'un rôle subsidiaire, réduit à la fonction d'assurer le meilleur confort au malade et la confiance qu'il a dans le praticien. Le désir du patient de guérir joue un rôle dans la demande qu'il adresse au thérapeute, mais n'est pas censé agir directement sur les processus curatifs mis en œuvre.

Les choses sont toutes différentes pour la médecine de l'âme : ici l'outil thérapeutique essentiel est la relation entre les deux protagonistes, le désir de l'un et de l'autre jouent des rôles moteurs ou inhibiteurs sur les processus curatifs. Dès la fin du XVIII^e siècle, le marquis de Puységur (Puységur, 1784), élève direct d'Anton Messmer, l'inventeur du magnétisme animal, avait compris que c'était cette dynamique intersubjective qui était le levier des cures de magnétisme et non une mystérieuse onde matérielle : c'est ce qu'il appelait le *rapport*. L'évolution des techniques psychothérapeutiques tout au long du XIX^e siècle est marquée par l'accentuation de cette dimension intersubjective jusqu'à la découverte de la psychanalyse par Freud. Cette fois les processus actifs eux-mêmes sont liés à la nature de la relation entre le patient et le thérapeute ; d'où les consignes de Freud aux deux protagonistes pour encadrer cette relation de façon stricte afin de la rendre analysable. Le désir de l'un comme le désir de l'autre ont un rôle actif dans l'économie de cette relation, au niveau conscient comme au niveau inconscient. Il ne peut être question de nier le désir conscient, celui de l'analysant comme celui de l'analyste. Il s'agirait là d'un mécanisme de déni, à l'évidence défensif. Le désir de l'analysant est, bien sûr, d'aller mieux, le désir de l'analyste de lui être utile. Mais il s'agit aussi d'entendre un autre désir, inconscient celui-là, bien différent du désir conscient, parfois son opposé. Il s'agit d'aider l'analysant à accéder à une autre vérité que celle à laquelle il est contraint d'adhérer par ses résistances mêmes. Il faut que l'analyste sache laisser venir ce désir, advenir cette vérité, la « vérité ultime » comme l'appelait W. R. Bion, le « O » (1970) en levant en lui-même tous les obstacles qui pourraient y faire écran, y compris le désir de guérir, la *furor curandi*, qui fait obstacle à l'émergence du discours inconscient et que, par conséquent, le psychanalyste

doit être capable de suspendre au profit du travail de pensée qu'il met au service de son patient. C'est dans ce sens que nous comprenons l'adage lacanien selon lequel « la guérison est obtenue de surcroît » (Lacan, 1962), de même que l'affirmation de W.R. Bion selon laquelle l'analyste doit être « sans désir et sans souvenir » (Bion, 1970). Il ne s'agit nullement d'être indifférent à la souffrance du patient, de se priver de toute empathie (Bolognini, 2006), mais de développer au maximum sa réceptivité psychique, d'accéder à la *capacité négative* (Bion, 1970), c'est-à-dire à la tolérance de l'inconnu et de l'incompréhensible pour se mettre au service de processus qui nous dépassent largement, au lieu de prétendre « faire le bien » par on ne sait quel charisme personnel qui, s'il peut donner des résultats symptomatiques, comporte le risque de mettre l'autre dans un état de dépendance aliénante à son bienfaiteur. C'est, pensons-nous, ce que Freud signifiait lorsque dans ses *Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique* (1912, p. 149) citait cette phrase d'Ambroise Paré : « Je le pensais, Dieu le guérit. »

Mots-clés : guérison, psychanalyse, psychothérapie, réalité psychique, transfert.

Key words: psychical reality, psychoanalysis, psychotherapy, recovery, transference.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernheim H. (1891), *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Études nouvelles*, Paris, Doin.
- Bion W.R. (1970), *Attention and Interpretation*, trad. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1974.
- Bolognini S. (2006), *L'Empathie psychanalytique*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- Bourru et Burot (1889), *Communication au premier congrès sur l'hypnotisme*, Paris.
- Ellenberger H. (1994), *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Paris, Fayard.
- Ferenczi S., L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort, trad. fr. in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982, pp. 76-81
- Freud S. (1890), Traitement psychique (traitement de l'âme), trad. J. Altounian, P. Haller, C. Jouanlanne, *OCF-P*, vol. I, Paris, Puf, 2015, pp. 153-175.
- Freud S. (1897), Lettre à Fließ du 21 septembre 1897, *Lettres à Wilhelm Fließ 1887-1904*, trad. F. Kahn et F. Robert, Paris, Puf, 2006, pp. 334-337.
- Freud S. (1905), De la psychothérapie, trad. P. Cotet et R. Lainé, *OCFP*, vol. VI, Paris, Puf, 2006, pp. 45-58.

- Freud S. (1912), Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique, trad. fr. R. Lainé avec la collaboration de P. Cotet, *OCF-P*, vol. XI, Paris, Puf, 1998, pp. 143-154.
- Freud S. (1920), Au-delà du principe de plaisir, trad. fr. J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, *OCF-P*, vol. XV, Paris, Puf, 1996, pp. 273-338.
- Freud S. (1923a), Le moi et le ça, trad. fr. C. Baliteau, A. Bloch, J.-M. Rondeau, *OCF-P*, vol. XVI, Paris, Puf, pp. 255-301.
- Freud S. (1923b), Le problème économique du masochisme, trad. fr. A. Bourguignon, C. Petersdorff, *OCF-P*, vol. XVII, Paris, Puf, pp. 9-23.
- Freud S. (1937), L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, trad. fr. J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, *Résultats, idées, problèmes, II 1921-1938*, Paris, Puf, 1985, pp. 231-268.
- Groddeck G. (1973), *Le Livre du ça*, Paris, Gallimard.
- Kuhn Th. (1983), *La Structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion.
- Lacan J. (1962), *Le Séminaire livre X. L'angoisse*, Paris, Seuil, 2004.
- Liébault A. (1866), *Du sommeil et des états analogues, considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*, Paris, Masson.
- Puységur (Chastenet de) A.M.J. (1784), *Mémoire pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*.
- Smirnoff V. (1978), ... Et guérir de plaisir, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 17, printemps 1978, « L'idée de guérison », pp. 139-146.
- Winnicott D.W. (1952), Psychose et soins maternels, trad. fr., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.