

NAISSANCE DE LA PSYCHANALYSE

De l'hystérie à la clinique freudienne aujourd'hui

Par Marthe Arrighi, Psychanalyste, membre de la FFDP

Le terme « hystérie » dérive du mot grec *hustera* qui signifie « matrice » ou « utérus ».

Dans l'antiquité, l'hystérie était considérée comme une maladie organique - d'origine utérine - et donc spécifiquement féminine. Platon écrit qu'à la différence de l'homme, la femme porte en elle un « animal sans âme ». (Ne peut-on déjà voir dans cette représentation du féminin, les prémices d'un « ça », préfigurant l'inconscient, tandis que l'âme, du moi - conscience est attribuée à l'homme ..?)

Au moyen-âge, on renoncera à l'approche médicale de l'hystérie, pour l'attribuer à l'intervention du diable, ses manifestations étant vues comme le péché d'un plaisir sexuel, déguisé en maladies pénétrant dans le corps.

La femme hystérique devint la sorcière, envoyée au bucher par l'église catholique romaine, à la renaissance, puis sous la révolution.

Le XVIIIème siècle verra l'invention de la première psychiatrie française avec Philippe Pinel, qui proposera le traitement moral de la folie.

Avec Franz Anton Mesmer, l'hystérie échappe à la religion pour devenir une maladie des nerfs, c'est la théorie d'un « fluide magnétique universel » devant équilibrer la femme hystérique, en provoquant des crises convulsives.

Cette conception fit naître la psychiatrie « dynamique », et les médecins s'orientèrent sur l'origine mentale de la maladie, qui de fait, pouvait aussi concerner les hommes.

L'ère industrielle et les modifications des conditions de vie qu'elle suscite (transports) confirmera la thèse d'une approche plus globale de l'hystérie (sociale et biologique) en raisons de l'évolution des symptômes (phobies).

Deux tendances s'affrontent alors, l'organicisme – où l'hystérie est issue de l'hérédité – et la psychogenèse, où elle est une affection psychique, définie comme « névrose » c'est à dire que l'organe douloureux ne présente aucuns signes anatomo-cliniques. Début XIXème, on passe du magnétisme à l'hypnotisme en démontrant que l'hypnose dépend de la relation du malade à son hypnotiseur. Ce sont les prémices des psychothérapies, et du transfert que définira Sigmund Freud. Deux écoles s'opposent sur la question de l'hystérie : celle de Nancy, fondée par Bernheim, et la Salpêtrière avec l'enseignement de Jean Martin Charcot, tout deux médecins représentants de la première psychiatrie dynamique. Charcot étant à l'origine, en 1870, de la séparation des femmes hystériques d'avec les autres malades mentales, enfermées à l'hospice de la Salpêtrière, il fera de l'hystérie une entité nosographique isolée, et son objet d'étude.

Ce dernier assimila l'hypnose à un état pathologique de type convulsif, et l'utilisait pour mettre en évidence l'origine névrotique de l'hystérie. Bernheim envisageait l'hypnose comme un traitement pouvant soigner les malades, c'est pourquoi il favorisa l'émergence d'une thérapie fondée purement sur la relation psychologique, et accusa Charcot de créer des hystéries par suggestion . (le neurologue Babinsky,

disciple et successeur de Charcot, va assimiler avec le pithiatisme, hystérie et simulations : les « vraies » maladies sont d'origine organiques...) .

Notons que cette époque n'observe et ne connaît principalement que l'hystérie de conversion organique, dont les symptômes sont très manifestes (grande crise d'hystérie décrite par Charcot en 1910). Charcot étudie l'hystérie traumatique, dont les symptômes de paralysie apparaissent consécutivement après un traumatisme psychique sans liens apparents avec le trauma, il apporte la preuve, au moyen de l'hypnose, que les symptômes ne sont pas provoqués par le choc, mais par des représentations mentales liées à celui-ci . Freud, alors son élève, voit l'analogie avec l'hystérie commune, qui fait appel à une série d'impressions affectives. Dans les deux cas, c'est l'affect d'effroi, lié au traumatisme psychique qui est en cause .

Ayant assisté Charcot lors de ses expérimentations dès 1895, Sigmund Freud, médecin viennois, diplômé de neurologie, et marqué par les deux tendances - organiciste et psychogénétique - considère l'hystérie comme une maladie digne d'être traitée cliniquement par des médecins. Il va y consacrer ses travaux de recherches, alors que l'hystérie est regardée comme une maladie organique sans lésion visible, dont le siège est le cerveau.

Freud va utiliser puis abandonner l'hypnose, dont l'efficacité sur les symptômes est décevante. Il constate qu'on obtient des résultats artificiels sur la conscience : les patients après hypnose, n'ont pas souvenir de leurs récits , et ne peuvent donc être conscients de l'origine de leur troubles, condition qui s'avèrera indispensable à la guérison. Freud n'aimait pas l'hypnose, qui renforçait la résistance.

Aussi, il a observé que les patients exécutent des actes à l'état d'éveil, qu'on leur a suggéré sous hypnose. Freud va préférer la méthode dite « cathartique », inspirée du théâtre antique grec, et inventée par Joseph Breuer, permettant l'abréaction consciente du patient. – c'est l'expression des affects traumatiques oubliés qui permet alors de guérir les patients :

« (...) l'être humain trouve dans le langage un équivalent de l'acte, équivalent grâce auquel l'affect peut être « abrégé » à peu près de la même façon. » dira Freud.

C'est le cas Anna O, avec son dégoût de l'eau, décrit par Breuer, qui va déclencher la compréhension des symptômes. La première névrose hystérique définie par Breuer et Freud sera l'hystérie hypnoïde, évoquant l'état d'hypnose, qui mettra en évidence la dissociation mentale entre état conscient et inconscient . En abaissant le niveau d'attention de ses patientes en se détournant de leur regard, Freud va maintenir une « hypnose » légère, proche du sommeil somnambulique : la psychanalyse était née.

Freud formalise l'existence de l'inconscient , vérifiant que le matériel produit par le patient dans cette « semi-conscience », équivalant à celui du rêve produit dans le sommeil. Il expliquera l'hystérie en mettant en évidence **que le matériel du rêve est une conversion identique à celle du symptôme pour l'hystérie**. C'est « l'interprétation du rêve », qui préfigure la première topique de l'appareil psychique, soit le pré-conscient, le conscient et l'inconscient.

Tous les processus psychiques sont inconscients, nous dit Freud, et nous n'avons comme moyen de les percevoir que notre conscience, soit le système perception-conscience.

Il pourra développer alors sa théorie des pulsions, à partir du postulat selon lequel le rêve est l'accomplissement d'un désir inconscient.

LA NEUROTICA, NAISSANCE DE LA METAPSYCHOLOGIE :

Avec le récit de ses patientes, Freud pense que l'origine des troubles se situe dans le souvenir traumatique d'une scène à caractère sexuel vécue dans l'enfance, et impliquant un adulte représentant le père (La première théorie des névroses). Pour lui, il s'agit à cette période, d'un traumatisme causé par la séduction d'un enfant par un adulte.

Freud se questionne sur le fait que la remémoration de souvenirs provoque le même type de récits de séduction, sensés être à l'origine des symptômes hystériques. Il constate que la suggestion à l'état de veille révèle une « résistance » vis à vis du souvenir traumatique. C'est précisément grâce au type de résistance, identifiée dans la cure, que Freud comprendra la structure moïque du patient et la dynamique du transfert.

Parallèlement, il met en doute le postulat du traumatisme sexuel vécu pour celui de fantasme - produit du psychisme des patientes - dans l'étiologie de la névrose. En effet, rien dans la nature du traumatisme ne permet d'expliquer le choix de la névrose, bien qu'il ait d'abord élaboré l'hypothèse d'une position passive dans le vécu traumatique infantile, déterminante dans l'hystérie, et active, dans la névrose obsessionnelle.

Freud répudiera d'ailleurs cette théorie au profit de la chronologie rétroactive des événements.

Cependant, c'est la « théorie de la séduction » qui étayera la découverte du complexe d'Oedipe, et l'étiologie sexuelle infantile des névroses, avec la description des *névropsychoses de défenses* publiée en 1896, puis les « trois essais sur la sexualité » en 1905, achèveront de démontrer que les pulsions sexuelles sont telles dans la névrose infantile, qu'elles sont à l'origine de l'angoisse.

En effet, l'étiologie sexuelle des névroses et leur « racine » hystérique est étayée sur la dynamique pulsionnelle dont l'énergie libidinale est à l'origine indifférenciée : Ce point est important dans le corpus théorique car il nous indique qu'il n'y a pas à proprement parler d'hystérie masculine ou féminine dans le sens où l'hystérie est le symptôme d'une impossibilité à fixer un choix d'objet sexué. C'est, en effet, le dépassement du conflit Oedipien qui va permettre la différenciation et la sexualité génitale.

C'est l'abandon de la méthode cathartique qui inaugure les débuts de la psychanalyse : c'est une technique de libre-association des idées, qui s'apparente à la structure du rêve.

En France, à la même époque, le psychologue Pierre Janet présentera une méthode similaire, ayant travaillé sur l'hystérie auprès de Charcot, mais s'opposant à l'étiologie sexuelle de Freud, son grand rival (Jung, travaillant sur les psychoses, suivra d'ailleurs l'enseignement de Janet puis de Bleuler).

C'est en effet, entre 1900 et 1913 qu'eut lieu l'implantation des thèses Freudiennes dans la psychiatrie allemande, dominée jusqu'alors par la nosographie d'Emil Kraepelin. Ce grâce au psychiatre suisse Eugen Bleuler, qui reformera de fait, les méthodes de traitement de la folie en appliquant la méthode psychanalytique auprès de malades sélectionnés.

Freud mettra à jour ses concepts, toujours basées sur l'analyse de cas, avec sa « métapsychologie » : soit une prise en compte simultanée des points de vue dynamique, topique et économique de l'appareil psychique, qui lui permettra d'interpréter le type de résistance, et le transfert, pour aboutir à la résolution du conflit dans la cure : c'est le point de vue structural.

Le terme de métapsychologie permet à Freud de se démarquer de la psychologie classique – et du biologique, tout en les incluant ; rappelons en effet que Freud a reçu tout d'abord une formation de médecin, spécialisé en neurologie.

D'autre part, du point de vue sociologique, l'hystérie semble suivre les tendances culturelles se rapportant aux époques où elle est observée, voir même, les prérogatives de son observateur, selon qu'il est médecin, psychiatre, ou psychologue... C'est pourquoi, la psychanalyse, de part sa nature épistémologique reste jusqu'à nos jours la seule manière de l'aborder.

En effet, grâce à l'hystérie, la psychanalyse est à l'origine de la définition de la névrose en tant que syndrome représentant un conflit psychique infantile refoulé (névrose infantile) : la souffrance psychique est ainsi reconnue, ce qui permettra alors une révolution sur le plan de la représentation de l'identité féminine et de son rapport à l'homme et à la société : Freud donne la parole aux femmes, avec la cure psychanalytique.

Les symptômes conversifs évolueront alors vers d'autres formes, jusqu'à celles que nous connaissons aujourd'hui.

Freud sera le concepteur d'une clinique – la psychanalyse – qui lui est propre avec sa nosographie, que nous développerons plus loin.

Depuis, l'hystérie appartient bien plus à la psychanalyse qu'à la médecine. De nos jours, elle n'est pas référencée dans les classifications psychiatriques (DSMV ou CIM 10 anglo-saxons) qui ne reconnaissent pas l'existence d'une pathologie névrotique, contrairement à la clinique française, influencée comme l'histoire nous l'indique, par la psychanalyse.

Aujourd'hui, le corps médical emploie le diagnostic d'hystérie de conversion de manière éliminatoire, lorsqu'aucun symptôme ne se rattache à une maladie connue.

On peut dire toutes fois que ce sont les recherches de Charcot et ses élèves, éclairées par Freud, qui ont fait la psychopathologie contemporaine.

Freud va élaborer trois grands groupes d'organisation névrotiques : la névrose hystérique, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle, il séparera les psychonévroses dites « névroses de transfert », des névroses actuelles, ces dernières n'ayant pas forcément d'étiologie infantile (?).

Avec la métapsychologie freudienne, la psychanalyse met en évidence la notion de structure, qui va influencer la constitution de la personnalité, névrotique, psychotique ou pervers.

Les deux formes cliniques majeures théorisées par Sigmund Freud, sont l'hystérie d'angoisse, dont le symptôme central est la phobie (isolée dans l'analyse du petit Hans), et l'hystérie de conversion où s'expriment dans le corps les représentations sexuelles refoulées :

« Il y a une pure hystérie de conversion sans aucune angoisse, tout comme il y a une hystérie d'angoisse simple qui se manifeste par des sensations d'angoisse et des phobies sans que s'y ajoute de la conversion. » nous dit Freud. Il souligne là leurs similitudes structurales.

Dans la première période, Freud et Breuer distinguent diverses formes symptomatiques, telles que l'hystérie de défense où l'activité de défense régit le moi, et l'hystérie de rétention, où les affects ne peuvent être abrégés.

Freud abandonnera ces terminologies après avoir mis en évidence que leurs spécificités définissent le champ de l'hystérie elle-même.

En effet, l'hystérie est une névrose caractérisée par des tableaux cliniques variés. La première forme névrotique définie par Freud et Breuer est l'hystérie hypnoïde : ce terme breuerien, est utilisé pendant leur première période de recherches, pour désigner un état similaire à l'hypnose produisant un clivage au sein de la conscience. Le fondement et la condition de l'hystérie sont posés : clivage de la conscience, et limitation de la capacité d'association; soit son mécanisme de défense.

C'est à dire que « le clivage se produit du fait que les représentations qui émergent dans les états hypnoïdes sont coupés de la communication associative avec le reste du contenu de conscience. »

Contrairement à Janet, qui situe l'origine du clivage dans la dégénérescence psychique (psychogénétique), Freud met en évidence la volonté du patient dans cette étiologie : c'est le mécanisme de défense, qui est l'axe d'organisation des psychonévroses.

Dès 1894 pendant ses recherches avec Breuer, Freud utilise ce terme de psychonévroses de défense pour expliquer l'hystérie, la phobie et les obsessions (il n'inclut pas les névroses actuelles, mais plutôt les névroses narcissiques qu'il appellera psychoses).

« La spécificité de l'hystérie est cherchée dans la prévalence d'un certain type d'identification, de certains mécanismes, (notamment le refoulement, souvent manifeste), dans l'affleurement du conflit Oedipien qui se joue principalement dans les registres libidinaux phalliques et oraux. » telle est la définition de Laplanche et Pontalis.

Depuis les débuts de l'identification de l'hystérie et de ses symptômes, les patientes sont principalement des femmes. Avec son étiologie sexuelle, nous verrons plus loin le facteur structural et social qui jouent ici un rôle, et que les hommes sont aussi concernés par ce trouble aux formes variées, qui nous indique avant tout une souffrance du lien.

Cependant, l'hystérie pose le problème du principe même de nosographie, comment et pourquoi ses processus, qui rendent compte de la formation de la névrose, se spécifient-ils en organisations différenciés ?

L'hystérie nous répond sur la formation et le choix de la névrose, grâce à l'organisation du type de défense qui va générer le symptôme.

Ce prototype de l'hystérie qu'est la conversion, servira à Freud d'étayage à l'identification des névroses, par l'observation de la formation du symptôme.

C'est pourquoi je décrirai tout d'abord les symptômes du point de vue psychopathologique, pour en décliner en suite l'étiologie psychanalytique. En effet,

celui qui peut poser le diagnostic de l'hystérie au sens strict est le psychanalyste, et ce diagnostic n'a été possible qu'avec l'apport clinique et ses symptômes.

On peut préciser ici qu'au temps des débuts, la psychanalyse se donnait pour but de traiter chaque symptôme l'un après l'autre, en remontant la chaîne des affects liés chronologiquement.

Avec le structuralisme, la technique associationniste s'est affinée en fonction de la névrose.

La conversion est un mécanisme de formation de symptômes plus spécifiquement relatif à l'hystérie dite de conversion. Elle n'est pas synonyme de simulation.

Ce terme rend compte du « *saut du psychique dans le somatique* », mécanisme clef de cette névrose.

« Les symptômes représentent l'activité sexuelle des malades. » Freud.

Les symptômes corporels peuvent être la paralysie motrice ou sensitive, soit des anesthésies, hyperesthésies ou douleurs localisées. Ces troubles peuvent être durables ou transitoires, et toujours sans support anatomo-cliniques.

Par exemple, une paralysie motrice, qui ne concerne que la partie supérieure de la jambe, ne correspondant pas à la fonction mécanique en jeu dans la marche. On voit ici que c'est la représentation mentale de la personne qui affecte sa jambe parce que refoulée (le cas Elisabeth Von R).

Il y a trouble de l'image corporelle chez l'hystérique. Ainsi, toute partie ou fonction corporelle peut être affectée dans l'hystérie de conversion :

Contractures musculaires, crampes, troubles visuels, cécité, surdité, aphonie, bégaiement, céphalées, mais aussi troubles végétatifs et digestifs, aménorrhée ou grossesse nerveuse.

Egalement, toujours dans le cadre du trouble de l'image, les troubles alimentaires (anorexie, boulimie) dont nous verrons qu'ils concernent particulièrement nos sociétés occidentales contemporaines.

« La belle indifférence » de l'hystérique vis à vis de son symptôme, nous indique un déni partiel de la réalité, avec le clivage du moi.

La dissociation est un symptôme commun à l'hystérie et la psychose (paranoïa ou schizophrénie), ce qui la distingue de la *personnalité* hystérique.

Avec le **cas Dora**, patiente souffrant d'hystérie de conversion, Freud va démontrer les processus inconscients à l'origine de l'hystérie, par le biais de deux rêves, expression des désirs sexuels refoulés, allant au delà de sa première théorie sur le traumatisme originare. En effet, le cas Dora met en évidence le complexe d'Œdipe, qui sera la structure centrale du fonctionnement psychique, et à l'origine de la névrose.

Nous voyons alors que l'hystérie se prête mal à une élaboration clinique, tant ses symptômes sont nombreux, variés, et surtout, inconstants. De plus, du point de vue de la nosographie freudienne, nous verrons qu'elle traverse le champs de la névrose, et que ses symptômes peuvent se trouver dans des tableaux psychotiques, ou « cas limites ».

Ce que nous donnent à voir toutes ces descriptions, c'est un point commun qui les regroupe dans la nosographie : l'angoisse, et sa conversion, comme mode de

défense. C'est bien sûr l'étiologie sexuelle qui va démontrer le lien entre toutes ces formes.

Pour rendre compte du caractère commun de l'hystérie aux psychonévroses, il faut exposer le processus de défense propre aux névroses dites « de transfert », suivant la métapsychologie. Nous pourrions ensuite nous questionner sur la structure névrotique, afin d'en dégager le potentiel hystérique, sans manifestations de conversions (hystérie asymptotique), soit comme un souvenir de son « voisinage » avec la psychose et la perversion, dont nous parlent les symptômes.

Pour faire la synthèse, on peut dire que le symptôme nous donne l'étiopsychogénèse de l'hystérie ; qui consiste en la représentation refoulée d'un fantasme infantile, appelée représentation inconciliable (il y a substitution du traumatisme par le fantasme.) Les symptômes vont apparaître sous une forme correspondant à la structure régressée du moi.

Freud prend position définitivement sur la question du traumatisme (séduction ou fantasme) dans l'origine des psychonévroses, en dégageant la notion d'angoisse. Il les attribue à la séparation d'avec la mère, comme l'a fait Otto Rank, à propos du traumatisme de la naissance, où ce dernier considère la première séparation biologique comme prototype de l'angoisse psychique.

On voit ici le lien entre angoisse et séparation, à l'origine du premier traumatisme originaire, angoisse que le sujet évitera en recherchant inconsciemment la sécurité passive et passée, de l'utérus maternel.

Aussi, nous trouvons l'angoisse de dissociation, dont Mélanie Klein nous indique que le nouveau-né va chercher à se défendre en créant un fantasme hallucinatoire de la vie intra-utérine, correspondant à une période dite autistique, de la naissance à deux mois. Cette phase archaïque où le phantasme est total, nous montre les origines du trouble psychotique, et autistique.

Toutes les angoisses qui suivront seront en lien avec celle-ci, *soit la séparation d'avec la mère, en tant que moi indifférencié.*

C'est précisément le fantasme, en tant qu'articulation entre le somatique et le psychique, le vécu et sa représentation, qui va nous donner le mode d'introjection des objets, et permettre une « lecture » structurale du moi, dans son développement.

Avec l'étiologie sexuelle, Freud montre que le trauma est de nature fantasmatique : ce que traite la cure, ça n'est pas l'histoire ni le souvenir, mais le fantasme qui s'y rattache.

Nous voyons que fantasme et angoisse sont liés, et tiennent lieu de traumatisme. Le moi cherchera alors à supprimer celui-ci par divers moyens au sein de l'appareil psychique. Freud indiquera, avec l'analyse du « Petit Hans », que c'est l'angoisse qui est à l'origine du refoulement, et non le refoulement qui génère l'angoisse, comme dans la première théorie des névroses.

Freud va spécifier, pour chaque topique (le ça, le moi et le surmoi), une angoisse qui s'y rattache : l'angoisse de danger réel (peur), l'angoisse automatique et le signal d'angoisse.

Dans la dimension économique dont rend compte la conversion, la libido, détachée de la représentation refoulée est transformée en énergie d'innervation, faisant chemin vers le corps.

En effet, si la libido (pulsion) ne peut être convertie en représentations (objet de la pulsion), celle-ci trouve une autre voie d'apaisement ou de satisfaction, c'est le symptôme. La vie pulsionnelle est basée sur le facteur narcissique, et dirigée par lui. La névrose représente un rétablissement narcissique, tendant à retrouver la charge narcissique (libido) totale du Moi originaire prégénital. Pour restaurer le narcissisme, il faudra donc régresser pour retourner aux stades prégénitaux où il s'est fixé. C'est le travail de la cure analytique.

L'analyse provoque en effet le remplacement de la névrose par une autre, créée artificiellement par l'analysant, appelée « névrose de transfert » :

Ici, l'énergie de la régression est de nature narcissique, comme en témoigne le transfert. Il y a conflit entre l'ancien surmoi de l'analysant et son nouveau surmoi représenté par l'analyste, comme nouvel objet investi. L'analysant projettera sur l'analyste son Moi idéal narcissique, en conformité avec son surmoi.

Ce qui va spécifier la névrose, nous dit Lacan, c'est le choix d'objet narcissique (en tant que trouble de l'identification) alors que la structure de la psychose est liée au manque d'un signifiant ; celui du père. Si le père - « l'autre » de la mère - n'existe pas pour l'enfant, l'objet n'existe pas, il est forclos. Autrement dit, l'objet n'existe pas sans sa représentation. Je reviendrai sur ce point avec le stade du miroir.

C'est sur l'un de ces deux modes relationnels – et les deux ensemble - que va se jouer le transfert, identifié et défini par Freud. En effet, c'est l'ambivalence à l'égard de l'objet qui va caractériser le cheminement du moi à travers les stades de son développement.

Le mode de relation objectale va désigner le vide du sujet, « le manque à être » nous dit Lacan. En effet Lacan rappelle que pour Freud, l'objet est un objet foncièrement perdu dont la quête oriente toute la vie du sujet : c'est ici précisément l'objet de la psychanalyse. La psychanalyse travaille sur un objet manquant à l'être humain.

Ce vide sera culminant lors de la crise de l'Œdipe, réactualisant l'objet manquant par la castration et son signifiant le phallus. Nous allons voir à l'aide de la théorie des stades de la libido, à quel moment s'articule la perte d'objet et sa compensation, dès les premiers mois de la vie infantile.

Il s'agira du « manque à être le phallus de la mère », et qui sera l'objet de l'hystérie. Nous pouvons dire que l'hystérie est une maladie du désir (Eros) et de sa représentation.

Pour reprendre le modèle du Moi-peau de Didier Anzieu, sa fonction de « recharge libidinale » nous éclaire sur les causes pulsionnelles de l'hystérie. En effet, nous dit Didier Anzieu, cette fonction permet le maintien de la tension énergétique interne et sa répartition dans les systèmes psychiques. Si cette fonction est défectueuse, elle peut produire les symptômes hystériques de types conversifs, par exemple, la surcharge d'excitation provoquant la crise d'épilepsie mentionnée plus haut, due à l'angoisse « d'explosion de l'appareil psychique ».

D. Anzieu donne également une autre fonction au Moi-peau, celle d'être surface de l'excitation sexuelle, sur laquelle les zones érogènes peuvent être localisées, et la différence des sexes reconnue dans leur complémentarité.

Mais, si l'enveloppe d'excitation est plus narcissique que libidinale, elle empêchera l'aboutissement des relations sexuelles, car non génitalisées. On retrouve dans cet investissement exclusivement narcissique de la surface corporelle, les mythes de super-héros dans leur combinaison-seconde-peau, comme une métaphore de l'hystérie :

Manquant de contenant, tel un noyau sans écorce, l'enveloppe-structure hystérique est un pare-excitation impossible à décharger, et facteur d'angoisse, enveloppant son corps et son psychisme, de façon artificielle. On retrouve ici la séduction, comportement projectif du fantasme.

C'est le contenant maternel, qui n'a pu être élaboré pour l'hystérique, les excitations corporelles en contenu psychique représenté, transformant les éléments bêta en alpha (Bion).

Mélanie Klein repère deux types d'angoisses précoces ; l'angoisse de persécution ou paranoïde, apparaissant au stade schizo-paranoïde, et l'angoisse dépressive, lui faisant suite.

Chez René Spitz, il y a trois états d'angoisse, au premier stade, la tension est d'origine physiologique, entre 4 et 6 mois c'est l'évitement, puis au 8^{ème} mois, l'angoisse est de nature intrapsychique.

L'apport de Jacques Lacan avec l'imaginaire comme topique – lieu du moi - nous montre que l'angoisse surgit quand le sujet est confronté au « manque du manque » c'est à dire à l'impossibilité de désirer.

L'hystérique ne sait pas ce qui lui manque, ce qu'il ou elle désire, car il y a déni de l'absence du phallus chez la femme, et déni de la différence des sexes. Ainsi on ne peut désirer.

Le refoulé de l'hystérique est donc la castration, que nous développerons plus loin. L'angoisse à ce stade est la castration, actualisée par le père, et représentée par la mère - chez le garçon et chez la fille. Celle-ci est telle qu'elle empêche l'accès à une représentation du tiers non-aliénant. L'objet de l'angoisse ne peut être mis à distance du moi par la symbolisation qui, elle, éviterait une dissociation entre la représentation et l'affect en l'aménageant au sein du conscient.

En effet, les instances topiques de Lacan nous permettent de voir précisément les liens entre névroses et psychoses. Cette perspective nous amène à la fonction de symbolisation.

Avec le stade du miroir, Lacan illustre le passage du fantasme / imaginaire, comme moi indifférencié du corps de la mère, vers le symbolique, lieu du signifiant (représentation de l'objet) soit le père, le réel restant alors ce qui est impossible à symboliser.

C'est la capacité d'abréaction, qui est mise en défaut chez l'hystérique ainsi que, par le fait, le principe de réalité : soit le processus de symbolisation.

Principe de plaisir et principe de réalité

La relation au principe de réalité dans l'hystérie est dissociée, ce que montre l'ambivalence, et la pulsion sexuelle sera l'objet d'une formation réactionnelle, (comme chez Dora avec le baiser de Monsieur K). Le refoulement sera le principal mode de défense, ce qui demandera une quantité de libido importante, mobilisée en permanence, dont nous préciserons l'objet.

Mais nous voyons également que le retournement sur la personne propre et aussi utilisé par le biais de l'objet perçu comme insatisfaisant. Ce qui manque au tableau de la défense dans l'hystérie est la sublimation, car elle est un processus secondaire.

Les pulsions de nature somatiques, vont rencontrer et influencer le mode de relation objectal et marquer le stade de développement du moi.

Les pulsions sont partielles quand la libido est fixée sur des zones primaires, orales et anales puis vont s'organiser vers la zone génitale si elles ne rencontrent pas d'entraves.

Quelle est l'entrave dans le cas de l'hystérie qui nous intéresse ?

C'est le principe de plaisir qui règle l'écoulement des processus psychiques, nous dit Freud, dans *Au delà du principe de plaisir*, et celui-ci va être contrarié par la tension sexuelle et prendra alors une direction de sorte que la tension soit abaissée. Il y a alors évitement du déplaisir ou production de plaisir. Celui-ci est défini par la quantité d'excitation présente dans la vie psychique, et l'appareil psychique tendra à maintenir au niveau le plus bas cette quantité, ou tout du moins à un niveau constant. C'est le principe de nirvana, qui, tendant à réduire à zéro la tension psychique, est finalement une tendance de la pulsion de mort.

Ici nous retiendrons aussi que :

« Tout mouvement psychophysique qui passe le seuil de la conscience est affecté de plaisir dans la mesure où, au delà d'une certaine limite il passe le seuil de la stabilité complète. » ainsi que « tout plaisir névrotique est un plaisir qui ne peut être éprouvé comme tel. » (Freud).

C'est à dire que tout plaisir ou jouissance ne peut être éprouvé que parce qu'il est conscient. Dans la névrose, le plaisir ne peut pas être éprouvé parce qu'il n'est pas conscient. Il sera alors l'objet de la défense. La névrose tend à éviter la représentation intolérable du plaisir, car réactivant le désir de ce qui manque ou a manqué.

Dans tous les cas, le symptôme sera le pare – excitation de la tension libidinale accumulée au niveau inconscient et non représentée.

La théorie Kleinienne du « bon » et « mauvais » objet, s'appuie sur la théorie des pulsions de vie et de mort. En effet celles-ci vont cliver le premier objet, partiel, (le sein maternel) et ainsi élaborer le premier système de défense du moi contre l'angoisse. C'est un processus fantasmatique, qui aboutira au clivage de l'objet total en « bonne ou mauvaise » mère, par les processus d'introjection et de projection.

Pulsion de vie et pulsion de mort sont présentes au début de la vie, conjointement, et investissent le premier objet : de cette ambivalence, source d'angoisse, le moi va tenter de se dégager par le clivage, qui met à distance les affects investis dans l'objet.

C'est en effet la pulsion de mort du nourrisson, qui va le pousser à cliver l'objet en bon ou mauvais, puis permettre la défense projective de sa haine sur l'objet.

On a donc : pulsion de mort = haine introjectée = mauvais objet, et pulsion d'autoconservation du moi = amour = bon objet.

Les concepts de bon et mauvais objets, sont dégagés à partir de l'amour et la haine, sensations libidinales étayées sur les pulsions freudiennes de vie et de mort, qui donneront grâce à la fonction de représentation, la pensée et les sentiments qui s'y rapportent.

En effet, c'est cette bipolarité instaurée par Freud, qui va définir un dualisme pulsionnel à l'œuvre dans le conflit Oedipien : aménager le conflit entre Eros et Thanatos au sein moi, par l'orientation vers un choix d'objet « sexué » et non uniquement « sexuel », grâce au primat du phallus. En effet, si les pulsions partielles ne parviennent à cheminer vers le génital, le sujet régresse et le symptôme apparaît.

Aussi, si l'Eros est un agent libidinal dont le moi se méfie, il n'est pas seulement le facteur qui divise et génère les symptômes : il peut devenir l'agent de leur guérison.

N'oublions pas que l'amour est au centre de l'expérience psychanalytique, dès le début de sa découverte, par le jeu du transfert, sur lequel je reviendrai.

Dans *Pour introduire le narcissisme*, Freud explique que la libido narcissique entre en conflit avec l'amour érotique d'objet : Narcisse s'oppose à Eros.

Nous voyons à ce niveau que la pulsion sexuelle est constituée de la composante sadique, en tant que mélange réussit des pulsions de vie et de mort.

Du masculin au féminin : vers l'objet différencié

Dans les *nouvelles conférences*, Freud va poser les conditions du développement de la libido de la petite fille et celle du garçon comme étant toutes deux masculines, en ramenant la comparaison aux fonctions des organes pénis et clitoris.

Nous avons vu que la libido, d'origine pulsionnelle est indifférenciée. Mais cette indifférenciation est de nature masculine, parce qu'étayée sur la sensation organique indifférenciée du pénis et du clitoris.

Nous avons vu que le moi archaïque s'étaye sur les sensation tactiles et nourricières de la mère. Celles-ci vont développer l'érotisme des parties génitales, et à ce stade le clitoris de la petite fille, perçut comme masculin par le renforcement de l'attachement à sa mère dont elle est le phallus. Nous voyons que le premier objet chez la fille est de nature homosexuelle, alors qu'il est déjà différencié à ce niveau pour le garçon.

Or, comment la petite fille va pouvoir passer du masculin au féminin dans son choix d'objet ?

nous voyons ici que la fille va devoir échanger son objet masculin pour un objet féminin (vagin) alors que le garçon reste dans un mode pulsionnel de même objet.

C'est précisément la vie pulsionnelle dans son développement qui fera la différence pour la fille, notamment comme nous le verrons avec la structure, au stade anal ;

En effet, ce stade va normalement permettre à la petite fille de perdre le premier objet par l'acte symbolique du don des fèces (à sa mère), constitutif de son identité féminine. Elle peut, par cette expérience narcissique accepter la perte.

Elle pourra alors abandonner l'érotisme masculin du clitoris pour rechercher le vagin en se tournant vers le père. Or nous voyons dans l'hystérie que cela n'est pas acquis. Chez la fille, il y a deux pertes successives à traverser nous dit Freud, celle du premier objet d'amour et ensuite l'excitation génitale masculin. Cette question sera centrale dans le conflit Oedipien de castration que nous aborderons plus loin.

Au plan biologique, W. Bion nous dit que dans le ventre maternel, l'enfant se vit comme un « contenant-contenu ». C'est la première représentation archaïque du moi. Nous pourrions reprendre la définition de Didier Anzieu sur le « moi-peau » : « Une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se présenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps. »

W. Bion s'est inspiré de la définition freudienne *des essais* sur « le moi et le ça », où le moi – conscient est défini comme étant avant tout un moi – corps :

« C'est à dire : le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur sources dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, il représente la surface de l'appareil mental. » aspect que nous avons évoqué pour le conscient.

A ce niveau nous pouvons préciser que la représentation du « moi – peau » de Didier Anzieu, fait appel à cette autre fonction du corps, le « corps érotique » dans le champs de la sexologie analytique, qui permet une différenciation entre corps biologique des fonctions vitales, et corps érotique étayé sur les sensations précoces du touché maternel.

La notion de conscience implique la conscience de sa propre existence qui, elle s'étaye sur le biologique. C'est cette préfiguration archaïque et organique de l'identité - le narcissisme primaire - qui reconstitue l'état de contenant-contenu, pour se défendre de l'angoisse de dissociation à laquelle renvoient les objets. Margaret Mahler décrit cette phase des deux premiers mois du nourrisson, comme étant dans une « coquille quasi hermétique » étanche aux sensations externes. Cet état autistique normal représente un stade de « narcissisme primaire absolu » où l'enfant n'a pas conscience de l'origine des soins qu'il reçoit.

Cela lui permet d'halluciner - afin de préserver l'homéostasie interne – un état de satisfaction de ses besoins dont il serait à l'origine, dans un état autistique de toute – puissance. Toutefois, le stade autistique n'est jamais total, et poursuit sa rencontre avec le premier objet.

Ici, Freud nous dit ; « Nous avons pris l'habitude d'appeler *narcissisme* cette phase du début du développement du moi, pendant laquelle ses pulsions sexuelles trouvent une satisfaction auto-érotique(...) ». (Freud S., Métapsychologie.) A cet endroit, on précisera que le terme *autisme* à été forgé par Freud dans une correspondance à Jung, pour définir la fonction de *l'auto-érotisme*.

Il y a, ensuite un fantasme de « peau commune » avec la mère, garant de la cohésion du moi. Cette période autistique puis schizo-paranoïde du développement reconnue par Mélanie Klein, constitue le narcissisme primaire, sur laquelle je reviendrai.

Bion nous montre que ces éléments agressifs pour le moi de l'enfant, vont être « absorbés » par la fonction de rêverie de la mère. Ce sont les éléments Alpha qui permettront l'accès à un narcissisme secondaire par le biais de ce processus secondaire.

Entre ces deux phases, se situe la fixation névrotique ou psychotique, permettant l'accès ou non à la position dépressive. Cet événement rend compte du rapport de proximité du moi avec le ça, que nous avons évoqué Freud, n'oublions pas en effet qu'ils sont originaires « un », et que l'état psychotique nous renvoi au ça.

En effet, la traversée de la position dépressive vue par M.Klein, va structurer la position de l'objet interne et externe (conscient /inconscient se représentant alors comme objets) et de fait, instaurer la séparation –individuation.

La défense sera alors **le refoulement** qui annonce la reconnaissance d'états émotionnels.

Ce que désigne le terme d' « états limites » est effectivement une pathologie de la limite du moi ; c'est à dire qu'il n'habite plus le centre du système perception-conscience, mais se déplace à sa limite. Dans la psychose, le moi est externalisé par rapport au système conscient, c'est pourquoi il ne peut être reconnu comme objet.

L'étayage du moi sur l'organe « peau » permet de rendre compte des conflits qui concernent la structure hystérique, dont le symptôme passe précisément par le corps.

Il existe une frontière entre l'objet et le moi qui le sépare et l'identifie. Celle-ci nous dit Anzieu, est à la fois surface d'inscription des affects pulsionnels et pare – excitation de ceux-ci. Plus exactement la fonction contenante de la peau est de l'ordre du pare excitation, alors que la fonction conteneur est de l'ordre de la surface d'inscription des représentations.

Ce moi-frontière renvoie à l'espace transitionnel de Winnicott, dans ses composantes à la fois topographiques, biologiques et symboliques.

En effet, la formation du moi consiste à introjecter la fonction maternelle (via le holding), la projeter et la réintrojecter. Ces opérations, sortes de microtraumatismes, vont permettre selon Mélanie Klein, la formation du surmoi. Système moral primitif, basé sur les sensations organiques, qui seront vécues sur le mode de l'angoisse et/ou de l'apaisement.

Cela suppose alors que la période Oedipienne, identifiée par Freud, remonte aux premières sensations d'angoisse de séparation du bébé : dès la naissance et au cours de la première année, et que le complexe de castration lui étant associé, va s'étayer sur les premières expériences d'angoisse de séparation-dissociation. Au niveau du Moi, Freud fait correspondre l'angoisse réelle.

Le moi se développe selon deux voies de découverte de l'objet : par étayage sur les modes infantiles précoces, et par voie narcissique, en s'identifiant à l'objet.

Cela va nous permettre de définir la relation d'amour objectal, en fonction de ce sur quoi elle est étayée. Les deux choix d'objet d'amour sont anaclitique ou narcissique :

Dans la forme narcissique, le moi aime ce qu'il est , ce qu'il voudrait être ou ce qu'il a été, c'est la libido du moi qui est mobilisée.

Dans la forme anaclitique, c'est un choix d'objet par étayage sur des expériences ayant favorisées son autoconservation, de nature hallucinatoires. C'est la libido d'objet.

En effet, le développement du moi consiste à s'éloigner du narcissisme primaire - pendant que la pulsion tend à recouvrir celui-ci. Cet éloignement ne réussira que par le déplacement de la libido sur un idéal du Moi, issu du Surmoi, et dont la satisfaction est l'accomplissement de cet idéal. Nous touchons ici à la formation du processus de sublimation, qui sera déterminant de la capacité à accepter la perte de l'objet.

Mais, si l'idéal du moi n'est pas ou peu étayé par le Surmoi, la relation libidinale aux objets n'étant pas refoulée, elle sera perverse. Or, nous savons que la pulsion de mort agissante dans le surmoi, sera refoulée chez l'hystérique.

Au contraire un Surmoi persécuteur du moi, donnera des formes psychonévrotiques, telle que la névrose obsessionnelle. La pulsion de mort est retournée sur le moi : soit le masochisme.

La contrepartie du narcissisme est un appauvrissement du moi, dû à l'investissement dans les objets – surinvestis - dans le cas de la névrose – et ne permettant pas au névrosé d'accomplir son idéal du moi.

Le névrosé cherchant à compenser sa blessure narcissique devra alors composer avec son surmoi (et l'idéal du moi) pour le choix du type de défense qui spécifiera sa névrose.

Nous constatons que le moi va rechercher toujours plus de liaisons pour assurer la cohérence des instances de la personnalité. C'est dans cette perspective qu'il faut regarder le symptôme hystérique. La fonction du symptôme (d'après son étymologie) nous l'avons dit, est de « tenir ensemble » les instances de la personnalité.

Le narcissisme primaire, est tout d'abord constitué par les pulsions partielles faisant retour sur le corps-propre. A ce stade, le moi se prend donc pour objet. Ici l'objet ne peut donc exister.

C'est la reconnaissance de l'objet, différencié, qui permettra d'étayer le narcissisme secondaire sur lequel fonder l'identité.

Nous voyons qu'il y a deux types de libido, correspondant aux deux types de narcissisme :

La libido du Moi, et la libido d'objet, correspondant respectivement aux pulsions du moi (autoconservation) et aux pulsions sexuelles. Nous allons voir qu'Eros se rapporte effectivement à l'objet.

« Une part du sentiment d'estime de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantile, une autre partie a son origine dans ce que l'expérience confirme de notre toute-puissance (accomplissement de l'idéal du moi), une troisième partie provient de la satisfaction de la libido d'objet. » (Freud S. *Pour introduire le narcissisme*)

La vie pulsionnelle est basée sur le facteur narcissique, et dirigée par lui. La névrose représente un rétablissement narcissique, tendant à retrouver la charge narcissique (libido) totale du Moi originaire prégénital. Pour restaurer le narcissisme, il faudra donc régresser pour retourner aux stades prégénitaux où il s'est fixé. C'est la travail de la cure analytique.

L'analyse provoque en effet le remplacement de la névrose par une autre, créée artificiellement par l'analysant, appelée « névrose de transfert » :

Ici, l'énergie de la régression est de nature narcissique, comme en témoigne le transfert. Il y a conflit entre l'ancien surmoi de l'analysant et son nouveau surmoi représenté par l'analyste, comme nouvel objet investi. L'analysant projettera sur l'analyste son Moi idéal narcissique, en conformité avec son surmoi.

Ce qui va spécifier la névrose, nous dit Lacan, c'est le choix d'objet narcissique (en tant que trouble de l'identification) alors que la structure de la psychose est liée au manque d'un signifiant ; celui du père. Si le père - « l'autre » de la mère - n'existe pas pour l'enfant, l'objet n'existe pas, il est forclos. Autrement dit, l'objet n'existe pas sans sa représentation. Je reviendrai sur ce point avec le stade du miroir.

C'est sur l'un de ces deux modes relationnels – et les deux ensemble - que va se jouer le transfert, identifié et défini par Freud . En effet, c'est l'ambivalence à l'égard de l'objet qui va caractériser le cheminement du moi à travers les stades de son développement.

Le mode de relation objectale va désigner le vide du sujet, « le manque à être » nous dit Lacan. En effet Lacan rappelle que pour Freud, l'objet est un objet foncièrement perdu dont la quête oriente toute la vie du sujet : c'est ici précisément l'objet de la psychanalyse. La psychanalyse travaille sur un objet manquant à l'être humain.

Ce vide sera culminant lors de la crise de l'Œdipe, réactualisant l'objet manquant par la castration et son signifiant le phallus. Nous allons voir à l'aide de la théorie des stades de la libido, à quel moment s'articule la perte d'objet et sa compensation, dès les premiers mois de la vie infantile.

Il s'agira du « manque à être le phallus de la mère », et qui sera l'objet de l'hystérie. Nous pouvons dire que l'hystérie est une maladie du désir (Eros) et de sa représentation.

« [...] le Surmoi est en réalité le précipité des premiers investissements du ça. »

L'instance du surmoi contient une partie du Moi et du ça, elle est régie à la fois par le conscient et l'inconscient.

Le terme de Surmoi signifie sa position dominante par rapport au Moi, et les rapports de tension entre les deux instances se manifestent dans l'angoisse morale. A ce titre, Freud ne sépare pas le Surmoi de l'idéal du Moi étant donné que le Surmoi exprime la contrainte que la culture et la société exercent sur l'individu, pour imposer les renoncements pulsionnels nécessaires. Ces derniers peuvent être excessifs, mais indispensables à l'appropriation de la culture de son milieu, ceci grâce au processus d'idéalisation des objets, d'une part et de sublimation des pulsions, d'autre part.

Avec *Malaise dans la civilisation*, Freud origine la notion de culpabilité Surmoïque à un sentiment collectif, issue de la nostalgie du désir envers les parents et leur protection. « je ne connais de désir plus fort que celui de protection par le père. » écrit – il. C'est en originant le surmoi et ses composantes destructrices - dans leurs rapports avec l'interdit de l'inceste et le meurtre du père primitif - qu'il dégagera la pulsion de mort, à l'œuvre dans l'autoaccusation mélancolique par exemple, où le masochisme s'exprime.

Mélanie Klein fait intervenir un Surmoi précoce, reposant sur un mécanisme archaïque d'identification à l'agresseur, en opposition à un Surmoi génital, qui intègre les deux identifications parentales. Ce dernier concerne l'idéal du moi.

Le complexe de castration et la scène primitive auront un effet organisateur du surmoi, ce qui va se traduire chez l'hystérique par une relation aux objets externes dénuée de sentiment de culpabilité. L'angoisse n'est pas consciente parce que refoulée dans le ça.

L'angoisse réelle doit être substituée à l'angoisse morale que suscite le surmoi, allant d'un processus identificatoire narcissique vers un processus identitaire d'ordre symbolique. Le désir « d'être comme » remplace le désir « d'avoir ».

En effet, l'identification désexualise la relation d'objet pour accéder au narcissisme secondaire, où idéalisation et sublimation permettent l'investissement de nouveaux objets.

Du point de vue du sujet, le Surmoi doit être intégré par les lois parentales, notamment la loi du père, selon que l'enfant a résolu ou non le conflit Oedipien : le sujet doit à la fois faire le deuil de son désir et intégrer l'interdit de l'inceste. C'est dans cette acception que Lacan forgera les « Noms du père ».

Dans la névrose hystérique, le sentiment de culpabilité reste totalement inconscient : le moi refoule en effet toute perception pénible émanant du surmoi, au lieu de se s'y adapter en se mettant d'ordinaire à son service. C'est pourquoi l'analyse pour l'hystérie, sera adaptée, dans la mesure où elle tend à faire régresser le Moi au jusqu'au stade où le symptôme c'est formé, ici il faut remonter avant le narcissisme secondaire, soit dans les stades anal et oral, où le surmoi n'était pas encore très élaboré.

L'idéal du Moi est forgé par le Surmoi, par identification au père, au sortir de l'Œdipe. En effet, quelle que soit la forme, positive, négative, ou intermédiaire de la résolution du complexe d'Œdipe, le surmoi conserve le caractère du père. Freud attribue en effet à l'idéal du moi, des fonctions de censures et de répression découlant de l'idéalisation.

L'idéal du moi représente la convergence du narcissisme primaire et secondaire avec les idéaux parentaux et sociaux.

Daniel Lagache propose d'envisager que le Surmoi correspond à l'autorité et l'idéal du Moi à la façon dont le sujet doit se comporter pour répondre à l'attente de l'autorité.

Lacan pose l'idéal du Moi comme « signifiant » par lequel peut s'internaliser ou s'introjecter - voire s'incorporer - le registre de la loi paternelle.

A la différence du **Moi idéal**, dont Lagache dit qu'il résulte d'une identification primaire à un autre être investi de la toute puissance, c'est à dire la mère, correspondant au narcissisme primaire. Cet aspect nous renvoie à l'hystérie dont le surmoi ne remplit pas le rôle d'idéal du moi introjecté (cf. stades de la libido).

Lacan considère le Moi idéal comme d'essence narcissique issue du stade du miroir, tel un modèle idéal et illusoire représenté par le corps. C'est à travers lui que va persister quelque chose de la toute-puissance imaginaire qui a forgé le moi encore indifférencié.

C'est une instance très élaborée du moi compte-tenu de la complexité de toutes ces liaisons. En ce sens, nous pourrions dire qu'il est le résultat d'un combat de la pulsion de vie sur la pulsion de mort, du principe de réalité sur le principe de plaisir. En effet, ce que le sujet projette devant lui comme son idéal, est le substitut du narcissisme perdu de son enfance ; en ce temps là, nous dit Freud, il était lui-même son propre idéal. Ici nous trouvons des rapports avec la sublimation, processus pulsionnel de la libido d'objet, qui va diriger la pulsion sur un autre but, éloigné de la satisfaction sexuelle. L'idéalisation est un mode objectal qui sublime l'objet.

« je ne saurais trouver un autre besoin d'origine infantile aussi fort que celui de protection par le père » nous dit Freud, dans *Malaise dans la civilisation*, en réponse au sentiment « océanique d'être le tout originaire » que défendait Jung.

C'est donc le père en tant que tiers, d'après l'héritage Oedipien, qui va signifier la loi, à savoir l'obligation de séparer l'enfant du lien narcissique à sa mère.

Père, mère et enfant, sont tous trois soumis à la loi symbolique qui donne une limite à leur jouissance et leur assigne une place dans la famille.

Le phallus est la trace de la castration, qui rappelle la limite de la jouissance sexuelle, et non génitale, dont le désir reste aussi insatisfait que celui, incestueux, auquel l'être humain doit renoncer. Si l'équivalent du désir est le phallus, alors tout désir sexuel est insatisfait au regard du mythe de la jouissance incestueuse, nous dit Lacan.

C'est dans le déni du phallus que va s'installer le choix de la régression à l'état antérieur. Il y a régression parce que la pulsion va viser l'état archaïque le plus symbiotique pour se défendre de l'angoisse. Cette résistance fonctionnera de manière très relative, c'est à dire au niveau de l'objet, et non au niveau du moi.

Hystérie, psychose et perversion :

Il est opportun d'évoquer l'évolution des pathologies dans la société occidentale, depuis Freud jusqu'à nos jours :

En effet, la première génération Freudienne a vu l'étendue des névroses depuis l'hystérie, la névrose obsessionnelle, la névrose phobique, jusqu'aux types « mixtes ». parallèlement, la schizophrénie décrite par Pinel, Kraepellin puis Bleuler, montrera les signes de la psychose comme pouvant appartenir à d'autres formes que le type schizophrénique. Freud avait dès le départ insisté sur le retrait de la libido d'objet pour l'investissement narcissique du moi. Notamment, nous voyons de l'hypocondrie dans des cas de schizophrénies, rappelant un trait commun avec l'hystérie où la libido fait retour sur le corps propre.

Mélanie Klein confirme, avec la thèse de la position schizo-paranoïde et dépressive commune à l'ensemble des psychonévroses, que l'aspect dissociatif est présent.

Pour Lacan c'est le trou provoqué par le rejet de la représentation « du nom du père » (signifiant de la castration) dans la topique Imaginaire, et qui fait retour dans le Réel, sous forme d'hallucination. Le délire dans ces contextes peut d'ailleurs être interprété comme tentative d'investissement vers l'objet externe.

Aujourd'hui, la majorité des patients n'est plus catégorisée dans l'une ou l'autre de ces typologies, mais constitue « les états limites » à la frontière de la névrose et de la psychose, ou de la perversion pour les troubles du narcissisme, dont l'exemple de l'anorexie mentale est représentative, dans le contexte de nos sociétés occidentales actuelles. Cet aspect « limite » de la personnalité évoque la libido polymorphe, et donc bisexuelle, de l'enfant.

Cette terminologie de patients appartient du fait de leurs positions structurales à la « limites » des autres formes, à la fois au champs de l'hystérie et de la psychose ; ce qui bouscule en effet le point de vue hermétique de la nosographie.

Freud compare le raisonnement intellectuel avec la psychose : « Lorsque nous pensons abstraitement, nous courons le risque de négliger les relations des mots aux représentations de chose inconscientes et l'on ne peut nier que notre philosophie revit, dans son expression et dans son contenu, une ressemblance qu'on n'eût pas désiré lui trouver avec la façon dont opèrent les schizophrènes ».

La cure : résistances, transfert et contre-transfert

« En vérité, il n'y a rien à quoi l'homme, par son organisation, soit moins apte que la psychanalyse. » écrivait Freud à Binswanger en 1911.

J'aborde ici l'hystérie sous l'angle de la clinique dans la cure, afin de mettre en évidence qu'elle est une maladie du lien, de la relation à l'autre, dont le cadre du transfert avec le psychanalyste est la reproduction.

« [...] Tout d'abord, le médecin – analyste ne pouvait viser rien d'autre qu'à deviner l'inconscient qui est caché au malade, en rassembler les éléments et le communiquer au moment opportun. La psychanalyse était avant tout un art d'interprétation. Comme la tâche thérapeutique n'était pas pour autant liquidée, on fit aussitôt un pas de plus en se proposant d'obliger le malade à confirmer par ses propres souvenirs la construction de l'analyste. Par cet effort, l'accent s'est déplacé sur les résistances du malade ; tout l'art fut alors de découvrir ces résistances le plus tôt possible, de les montrer au malade et de l'inciter à les abandonner, en usant de cette influence qu'un homme peut exercer sur un autre (c'est là qu'intervient la suggestion opérant comme « transfert »). »

Cette description de Freud me semble correspondre particulièrement à la psychanalyse didactique, dont il dira d'ailleurs que c'est le seul mode de la psychanalyse. Mais, tout individu ne poursuit pas le but d'être psychanalyste.

L'intérêt d'une description métapsychologique de l'hystérie est qu'elle nous explique la névrose, mais de ce fait, elle éclaire également le mécanisme de la cure :

En effet, quel que soit le type de névrose, nous retrouvons dans le jeu du transfert qui constitue l'enjeu thérapeutique, toute la symptomatique de l'hystérie. La cure crée une névrose de transfert, et c'est une hystérie.

C'est pourquoi, le mécanisme de la conversion, qui nous renseigne sur l'origine du symptôme, va être pertinent, et sera utilisé comme modèle pour l'écoute analytique.

Nous pouvons dire : tout fantasme doit s'analyser à partir du mécanisme de conversion du symptôme.

Dans *La méthode psychanalytique*, Freud indique que le procédé thérapeutique reste le même pour toutes les formes symptomatiques de l'hystérie, à l'exception de l'anorexie où une intervention rapide doit viser ici la suppression du symptôme car la pulsion de mort, utilisée comme pensée et mode opératoire est ici le seul langage.

Il met en garde contre les périodes aiguës de l'hystérie, représentées par la confusion mentale ou la dépression mélancolique ; ici les résistances sont trop fortes. Il donnera également la durée nécessaire à l'efficacité de la cure : entre 6 mois à 3 ans.

C'est la libre association des idées venant à la conscience de l'analysant, avec la facilitation de l'analyste qui constitue le matériel principal. La résistance au retour du refoulé sera nous l'avons vu, l'indicateur du symptôme et de sa pathologie.

La technique de l'analyse demande de traiter le fantasme comme réalité pour donner l'investissement nécessaire à leur évocation. Dans la cure, nous dit Hélène Diamantis, « il est très difficile d'analyser directement l'hystérie, l'incessante quête de l'insatisfaction offre une résistance sans cesse renouvelée à l'interprétation. Seule

l'ouverture à l'état phobique, qu'il faut savoir attendre, permet d'entrer dans le vif de l'inconscient, dans la mesure où les mécanismes défenses des névroses de transfert ont trait au système secondaire[...] »

Cet extrait souligne la nécessaire régression du moi que va tenter la cure psychanalytique. Plus précisément il dit que la névrose hystérique ne peut être traitée que par là où le processus bascule du primaire au secondaire, représenté par le symptôme phobique, dont nous avons vu qu'il concerne la phase orale avec angoisse de dissociation. Ce que va projeter le patient à ce stade de régression, sera donc un fantasme de dissociation, à la limite du psychotique.

Cet état, rapproché de l'hypnose dont nous avons parlé, indique la régression à l'analyste, et permettra l'abréaction des affect pulsionnels. En effet, le symptôme de conversion – ici le fantasme – disparaît s'il prend une valeur symbolique, produite par l'écoute du psychanalyste. Nous voyons là son rôle de pare-excitation contre les éléments « alpha » devant être convertis dans l'analyse.

Or, il s'agit bien d'une fabrication artificielle de l'hystérie, à partir de l'époque ici, fictive, où elle s'est installée. C'est sur la scène Oedipienne que va jouer le transfert sur le psychanalyste. Il devra alors savoir où il se situe dans la cure de l'analysant, et quel rôle lui fait jouer celui-ci, afin de lui renvoyer un contre – transfert permettant à l'analysé la compréhension du scénario et l'abréaction des affects.

Le fait que le plus efficace des facteurs de la réussite, le transfert, puisse devenir le plus puissant agent de résistance dans la névrose, semble constituer un inconvénient de la méthode psychanalytique.

Cela tient à l'étiologie même de la névrose d'être productrice de fantasmes projectifs, et d'autre part, ce mode objectif n'est pas propre uniquement à la situation de l'analyse. Cependant, la régression nécessaire au traitement va influencer sur l'économie de la libido, en désinvestissant l'objet de la réalité consciente, pour se tourner vers l'investissement de la partie inconsciente de la personnalité, correspondant au fantasme infantile. La psychanalyse réactive la névrose, afin de suivre le chemin emprunté par la libido, pour la diriger vers la réalité consciente.

La résistance que représente la régression va suivre pas à pas le traitement, nous dit Freud, en y imprimant son empreinte.

Le transfert surgit lorsque un élément du complexe pathogène vient se reporter sur la personne du psychanalyste, révélé par la résistance que va y opposer l'analysant, avec l'arrêt des associations, par exemple.

Nous voyons que c'est par le transfert sur la personne du psychanalyste que sera possible la représentation consciente. Son travail consiste alors à montrer la résistance à l'analysant. « Pour parvenir à cela, l'analyste doit fournir par ses interprétations et la façon dont il les donne, une atmosphère de tolérance pour l'infantile, le pervers et le ridicule. » (R.F.P *Destins du transfert*, PUF 1988)

Or si l'analyste est lui-même dans la résistance quant à une représentation préconsciente de l'analysant, nous comprenons qu'il ne pourra l'aider à l'amener au conscient. Dans le contexte des psychonévroses, et de l'hystérie, il va s'agir, de manière centrale, du refoulé Oedipien, dont la résistance sera plus ou moins élaborée sous formes de fantasmes, et dont le psychanalyste sera l'objet.

La loi d'abstinence est évidemment obligatoire pour permettre au conflit Oedipien de se solder par la cure. Aussi, nous avons parcouru la psychogenèse, indiquant

l'étayage libidinal du moi sur l'organe peau et ses dérèglements liés à l'absence de signifiants ; ces résultats mettent en évidence l'enjeu du travail du psychanalyste, qui mettra des mots là où ils ont précisément manqués, restructurant ainsi le narcissisme par la possibilité de l'identification.

C'est pourquoi le touché doit être réduit à la poignée de mains car les mots pourront jouer leur rôle de soutien, de contenant pare-excitation.

C'est ainsi que l'analyste va accompagner la régression chez l'hystérique, du stade phallique au stade oral, en prenant soin de passer par la phase anale de la castration qui a été puissamment refoulée, pour ne pas dire manquée. Le processus de deuil devra être élaboré dans ce cadre permettant l'accès à la sublimation et au signifiant (mots) des maux somatiques. Cette phase sera accompagnée de symptômes dépressifs, ici reconnus.

Sur la question de la fin de l'analyse, Freud indique les critères qui peuvent décider de son arrêt. Bien que la question de sa fin « naturelle » reste posée, il semble important d'indiquer qu'elle est un processus artificiel, comme nous l'avons vu avec la névrose de transfert.

Les critères sont de l'ordre de la souffrance de l'analysant ; soit le soulagement des inhibitions, symptômes et angoisses, et d'autre part, le matériel refoulé doit avoir été suffisamment analysé pour éviter justement son retour par la force pulsionnelle.

La dialectique du transfert et du contre transfert dans la cure psychanalytique peut se résumer ainsi, non sans humour :

« **L'amour c'est donner ce qu'on a pas à quelqu'un qui n'en veut pas** » nous dit Lacan. Ce pourrait être la vision du transfert négatif, tout aussi efficace.

HYSTERIE ET SOCIETE

Fin XIXème :

La conversion, souffrance de la relation féminin- masculin

Les épidémies hystériques de la fin du XIX siècle, étaient tellement identifiées à psychanalyse en plein essor, que de fait, leurs symptômes étaient reconnus par la société. C'est alors que les symptômes évoluèrent et la conversion disparut.

C'est pourquoi lorsqu'ils réapparurent, l'hystérie fut classée comme psychose ou schizophrénie (ce que Freud réfuta) et personne ne parlait plus d'hystérie.

C'est l'arrivée de la première guerre mondiale avec ses névroses de type actuel, qui la fit réapparaître.

Cette souffrance a été jusque là une maladie des femmes, pour les raisons que nous allons évoquer, à l'appui d'Eric Ruffiat :

Les femmes étaient soumises à une rigidité du modèle social leur imposant de ne représenter par leur sexe que le désir de l'homme et son intérêt. Elles obéissaient au standard de la bonne fille ou de la bonne épouse, et bien sûr, de la bonne mère.

Ce schéma n'a pourtant pas eu pour conséquences le déclenchement de l'hystérie pour chacune d'entre elles. Quelle était ici la contrainte ?

Tout comme le moi dissocié du schizophrène, la femme vivait alors une position double :

D'un côté la soumission sociale subie par la femme, et de l'autre un noyau hystérique potentiel ; de la rencontre des deux est né le symptôme de conversion.

Le bénéficiaire secondaire de cette formation était de pouvoir décharger la tension sans remettre en cause l'ordre social. En effet, les symptômes étaient suffisamment incompréhensibles. Cela leur confère d'ailleurs une signification symbolique, dont on sait qu'elle est absente du moi hystérique, parce que condensée sur le corps – propre, dans une incessante tentative d'appropriation-incorporation vers le moi. Mais, ici la conversion servait de bouclier social à l'hystérique. La phobie, invalidante, aurait pu servir aussi, et nous savons que l'industrialisation avec notamment les transports ferroviaires, l'a développé.

Dans ce contexte, nous comprenons que le refus du féminin ait été plus massif.

Cela nous permet de saisir que plus la contrainte externe, dans la névrose, est importante, plus le symptôme sera déguisé.

Il est nécessaire, pour aborder l'hystérie sous l'angle social et culturel de préciser la question du féminin :

Freud s'est refusé à proposer une définition de la féminité : « Il appartient à la nature même de la psychanalyse de ne pas vouloir décrire ce qu'est la femme [...] mais d'examiner comment elle le devient. » Il aurait pu écrire la même chose à propos du devenir masculin, toute sa théorie consistant à comprendre comment la personnalité indifférenciée s'identifie au travers du sexuel. Il s'agit d'un devenir homme ou femme à partir d'une pulsion originaire.

La femme va rencontrer, avec l'Œdipe, son narcissisme, élaborant son féminin, alors que l'homme s'en dessaisit.

Au milieu du XX^{ème} siècle, le mouvement de la jeunesse dont Mai 68 fut le symbole anti-paternel, l'on assiste à une redistribution des rôles familiaux masculins-féminins. Cela aura pour conséquence le déclin du symbole paternel Oedipien, dont le psychanalyste Michel Tort nous dit qu'il est une construction historique, fidèle aux formes traditionnelles de la domination masculine, assurant aux pères le monopole de la fonction symbolique.

Nous pouvons ajouter ici, que les féministes qui s'opposèrent au primat du phallus Freudien et par là, à la psychanalyse, se sont basées sur une représentation fautive consistant à faire dire à Freud qu'il pose l'identité sexuelle comme masculine. Cette digression est une expression sociale symptomatique du complexe de castration, qui confirme la théorie Freudienne !

Cependant nous devons tenir compte du contexte historique dans lequel est née la psychanalyse, à savoir une société occidentale bourgeoise, patriarcale, et vivant la crise de l'ère Victorienne. Le symbole paternel y est encore triomphant, car il rassure, et c'est sur ce modèle social masochique qu'Hitler arrivera au pouvoir.

Certains mouvements féministes ont reproché à la psychanalyse et à Freud, d'avoir pris comme objet le développement de la genitalité masculine pour en déduire le féminin, calquée sur le fondement judéo-chrétien de notre culture occidentale, dont rend compte le texte biblique de la conception d'Adam et Eve.

C'est tout l'objet du mythe d'Œdipe que d'être précisément le témoin biologico-symbolique du fondement de notre inconscient individuel, dont rend compte l'organisation de notre société. Freud l'avait bien saisi, et en donne un exemple avec le fantasme de la création d'Eve par Adam (cas du conducteur de Tramway).

En effet, l'apport de Freud est celui-ci : c'est dans l'accueil du féminin en lui que l'homme – et la femme en elle – achève la génitalité qui lui est propre. Apprendre à faire le deuil du phallus est un gain identitaire. Nous pouvons dire que « nous sommes tous nés hystériques »

2 - Aujourd'hui, l'hystérie dans la société et la famille occidentale :

I 'anorexie, conversion hystérique contemporaine

Depuis les années 80, comme le soulignait Michel Tort, la figure paternelle est en crise, notamment avec l'essor du libéralisme, il faut dit-il, réinventer la fonction symbolique du nom du père, rappelant que le tour de force du symbolique est d'occuper la place universelle, surplombant aussi bien le biologique (nature) que le politique (culture).

Aujourd'hui hommes et femmes rencontrent des pressions sociales différentes, qui font aussi souffrance : si nous cherchons l'hystérie dans notre société contemporaine occidentale, nous trouvons de manière envahissante certains cultes, dont nous verrons que leur fonction (défaillante) peuvent se rapporter à celle d'un surmoi manquant et d'un ça pervers ; Il s'agit de l'image, du sexe et de la communication.

Il est intéressant de voir que ces trois fantasmes contemporains correspondent précisément à ce qui fait souffrance pour l'hystérique.

L'individu n'arrive pas à répondre à la demande sociale qui consiste à le réduire à une fonctionnalité, une rentabilité dans son rapport au travail, tandis qu'à la fois, les médias et la culture de consommation l'obligent à jouir de tout, c'est à dire de l'autre en tant qu'objet, par le biais des images et de la publicité, à l'appui d'un envahissement médiatique du sexe, dont la consommation régressive car excluant le génital, est posée comme modèle.

Cette injonction du jouir, crée une société faite d'angoisses diverses. Nous sommes passés de l'interdit de jouissance pour la femme, à l'injonction de jouissance, ce qui revient au même, car il s'agit toujours d'une relation de sujétion à quelqu'un ou quelque chose. La femme n'est pas beaucoup plus libre de son corps, voué au regard omniprésent de l'autre. Nous n'avons pas quitté la scène originaire.

Egalement, l'apparition des nouvelles technologies de communication place l'individu dans un fantasme relationnel ininterrompu, évoquant le sein maternel en libre-service !

Mais c'est dans le contexte familial, dont le modèle a beaucoup évolué que nous en trouvons les symptômes: Nous assistons parallèlement à cette demande consumériste de biens, à l'éclatement de la famille « triangulaire » : la séparation des couples est banalisée, l'objet est interchangeable.

Ceci donne une part d'explication à l'évolution des pathologies, difficiles à classer dans des registres distincts, et l'on voit pour exemple l'étendue des personnalités dites borderlines.

Le trouble qui m'a parut particulièrement illustrer le modèle de notre société narcissique est l'anorexie, dont les premières victimes sont les adolescentes.

Je m'appuierai en dernier lieu sur cette souffrance somato-psychique pour résumer l'ensemble de ce que nous avons dit de l'hystérie, afin de montrer les raisons de son actualité.

En effet, l'adolescence est le moment du retour du refoulé pulsionnel, qui s'il ne peut être arbitré par le tiers (famille monoparentale ou absence du nom du père) sera source d'angoisse importante pour le garçon seul avec sa mère et la fille sera prise au piège de l'identification régressive et fusionnelle à une mère toute puissante.

Revenant au mode fantasmatique de développement, nous trouvons chez l'anorexique un renversement dans le contraire de la pulsion orale cannibalique, consistant à refuser le mauvais sein mal introjecté, ne permettant pas de s'y identifier : l'identité féminine sera donc rejetée avec l'aliment, comme contenant du mauvais sein incorporé. Ici la pulsion de mort a pris le chemin de la libido narcissique pervertissant la pulsion sexuelle. Le mode objectal peut être ambivalent dans le cas de l'anorexie-boulimie ou exclusivement mélancolique. L'anorexique rejoue le fantasme de la perte de l'objet, et perd avec lui son moi, dans un renouvellement incessant jusqu'à pouvoir peut être garder enfin le bon objet. Quand la représentation de la loi de l'interdit de l'inceste n'est pas là, le surmoi est inquisiteur. La pulsion de mort a remplacé la pulsion sexuelle : l'objet ne peut exister à l'extérieur.

Cette maladie est l'expression de notre souffrance sociale tant elle recouvre les pathologies psychonévrotiques, du noyau psychotique à la mélancolie, de la perversion en passant par l'hystérie. J'ai fait la rencontre d'une jeune fille de dix huit ans, souffrant d'anorexie, dont la vie n'avait consisté qu'en une dépendance totale à sa mère, jusqu'au divorce des parents, où le départ de celle-ci pour travailler avait été vécu comme un abandon. Cette jeune femme est représentative du schéma préoedipien dans la mesure où elle n'avait plus du tout été scolarisée depuis une phobie scolaire entre sept et dix ans. Nous voyons dans ce cas que la fonction séparative du tiers n'a pu jouer son rôle d'insertion au sein du collectif.

Dorine, dont les rêves ont été décrits précédemment, a également vécu une phobie scolaire dès l'âge de quatre ans.

Joyce MacDougall explique la quête symbolique d'une patiente ayant souffert d'anorexie : « Elle exprimait sa détermination de survivre face à la peur de vivre dans un corps pour deux, dans un esprit pour deux » faisant allusion à la mère originaire.

En effet, dans l'hystérie, la séparation entre corps symptomatique et corps érotique projeté à l'extérieur, est une tentative de séparation dont le bénéfice est d'éviter l'éprouvé de la castration. Les symptômes ont remplacés les représentations affectives et verbales de la tension due à l'absence du père - excitation maternel, ou dont la présence n'a pu absorber les éléments alpha anxigènes. L'anorexique se crée un fantasme de corps trop-plein qu'il faut vider de son contenu pour séparer son contenant – moi – enveloppe de celui la mère ?

Dans un schéma social où le père passe pour aléatoire à la structure familiale, nous trouvons de nouvelles pathologies, comme le trouble bipolaire, dont l'alternance entre éros et thanatos peut être regardée comme une quête identitaire d'introjection des fonctions paternelles et maternelles, masculines et féminines et dont l'anorexie est l'hystérie de conversion post-moderne.

Notre évolution sociale a expulsé le surmoi Oedipien de la famille et du collectif représenté par le père. Mais le culte maternel de la fusion, représenté par une consommation abusive de l'autre en tant qu'objet non différencié, crée une demande toujours insatisfaite, et aliène l'individu au lieu de le libérer, à l'inverse des revendications de Mai 68.

La souffrance est plus archaïque et régressive aujourd'hui, psychotique parce que cherchant la sécurité hallucinatoire du sein tandis que la fonction du père est désaffectée.

La psychanalyse est née des interrogations que posaient l'hystérie et ses symptômes. Ceux-ci ont témoigné de la diversité des troubles de la conscience mettant en cause la difficile présence de l'objet, que Freud appelait *l'épreuve de réalité*...Le féminin est ce qui nous pousse à trouver en nous un chemin vers l'autre.

La réponse psychanalytique à la souffrance irreprésentable de l'hystérique consiste à trouver dans la cure et en dehors, cet espace du « je » transitionnel dont parle Winnicott ; entre l'utopie du fantasme et la soumission au réel.

L'hystérie est plus encore aujourd'hui un outil métapsychologique indispensable pour le travail du psychanalyste, face à notre société.

Marthe Arrighi

BIBLIOGRAPHIE

- Karl Abraham, « débuts et développement de l'amour objectal » in *Développement de la libido, formation du caractère, études cliniques*, volume 2 des oeuvres complètes, éditions Payot, 1973.

- Nicolas Abraham et Maria Torok, *L'écorce et le noyau*, Flammarion, 1987.

- Didier Anzieu, *Le moi-peau*, Dunod, Paris, 1995.

- Piera Aulagnier- Castoriadis, *La violence de l'interprétation*, P.U.F, 1975.

- Wilfred R.Bion, *Eléments de psychanalyse*, P.U.F, 1979.

- Wilfred R.Bion, *Aux sources de l'expérience*, P.U.F, 2007.

- Albert Ciccone, Marc Lhopital, *naissance à la vie psychique*, éditions Gauthier-Villars, Paris, 1991.

- Irène Diamants, *Les phobies ou l'impossible séparation*, Flammarion, Paris, 2003.

- Françoise Dolto et J-D. Nasio, *L'enfant du miroir*, Payot et Rivages, Paris, 2002.

- Sigmund Freud et Joseph Breuer, *Etudes sur l'hystérie*, PUF, avant-propos de la deuxième édition(1895).

- Sigmund Freud :
Cinq psychanalyses, P.U.F, Paris, 2006.

Totem et Tabou, Payot & Rivages, Paris, 2001.

Sur le rêve, Gallimard, Paris, 1988.

Trois essais sur la théorie sexuelle, Gallimard, Paris, 1987.

Métapsychologie, Gallimard,1968.

Cinq leçons sur la psychanalyse, Payot, 2001.

Névrose , psychose et perversion, P.U.F, Paris, 1973.

Essais de psychanalyse, Payot, Paris, 2001.

La technique psychanalytique, PUF, Paris, 2005.

Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Gallimard, 1984.

Malaise dans la civilisation, PUF, 1992.

- Anna Freud, *Le moi et les mécanismes de défense*, P.U.F, 2006.

- Mélanie Klein, Joan Rivière, *L'amour et la haine*, Payot & Rivages, 2001

- Mélanie Klein, *Psychanalyse d'enfants*, Edition Payot & Rivages, 2005.

- Jacques Lacan, *Des noms du père*, seuil, 2005.

- J. Laplanche et J.B Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, P.U.F, 2004.

- Joyce MacDougall, *Théâtre du corps*, Gallimard, 1989.

- De Mijolla Alain, *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Calmann-Lévy, 2002.

- J-D Nasio, *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*, Payot & Rivages, 2001.

J-D Nasio, *L'hystérie*, Payot, 2001.

- E. Roudinesco et M. Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Fayard, 2000.

- E. Ruffiat, *Nouveau dictionnaire de la culture psy*, Oedipia, 2007

- Anna Segal, *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, P.U.F, 2003.

- René Spitz, *De la naissance à la parole*. P.U.f, Paris, 1968.

- Michel Tort, *La fin du dogme paternel*, Flammarion, 2007.

- D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975.

- D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, « De la capacité d'être seul », Payot, 1969.

