



Mauvaises humeurs (de la décharge des émotions aux humeurs blanches)

François Duparc^[1]

Résumé

La théorie des humeurs renvoie l'analyste à une histoire de l'affect avant la lettre, plongeant dans les émotions primaires mal symbolisées, comme celles des sujets peu névrosés, en deçà de l'affect relié au langage. Si on ne veut pas céder à la facilité du fourre-tout des états-limites et des classifications simplistes du DSM, les névroses actuelles de Freud sont un des moyens de différencier les pathologies entre névrose et psychose, et certains troubles psychosomatiques. Leur noyau est constitué d'émotions qui ne sont pas liées à des fantasmes (sauf des profantasmes originaires), mais déchargées dans des agirs, des somatisations ou des hallucinations. L'angoisse, la tristesse, la colère, la joie ou l'admiration, peuvent exister hors langage, comme des humeurs blanches, reliées à des traces perceptivo-motrices très primitives. Elles forment le noyau traumatique des névroses actuelles, qui comprennent la neurasthénie, la névrose d'angoisse, l'hypocondrie, l'addiction et la psychose blanche. Pour l'illustrer, un exemple clinique de névrose d'angoisse sera donné, qui permettra de développer la stratégie du psychanalyste, lorsqu'il ne peut utiliser d'emblée un cadre analytique classique.

Mots clés

Émotions ; humeurs blanches ; névroses actuelles ; névrose d'angoisse ; états-limites.

Summary

The theory of moods refers the analyst to a history of affect before the term, plunging into the missymbolized primary emotions, such as those of the less neurotic subjects, below the affect related to the language. If we do not want to take the easy of the junk concept of borderlines and classifications of the DSM, Freud's actual neurosis are one way to differentiate the pathologies between neurosis and psychosis, and some psychosomatic disorders. Their nucleus consists of emotions that are not related to fantasies (except original profantasies), but unloaded into actions, somatizations or hallucinations. Anguish, sorrow, anger, joy or admiration can exist outside language, like white moods, linked to very primitive sensori-motor forms. They form the traumatic nucleus of actual neurosis, which include neurasthenia, anxiety neurosis, hypochondria, addiction and white psychosis. To illustrate this, a clinical example of anguish neurosis will be given, which will allow to develop the strategy of the psychoanalyst, when he cannot immediately use a classical analytical framework.

Key words

Emotions ; white moods ; actual neurosis ; anxiety neurosis ; borderline personality disorder.

[1] Psychiatre, Psychanalyste, Membre titulaire formateur de la Société psychanalytique de Paris, 14 rue de la Poste, 74000 Annecy. dr.francois.duparc@wanadoo.fr



Notre intention n'est pas de reprendre ici la théorie des humeurs, qui a connu ses heures de gloire dès Hippocrate et Galien, du IV^e au I^{er} siècle avant J.C., avant d'être retrouvée au Moyen-Âge, puis au XVIII^e siècle, jusqu'à la théorie de la « médecine humorale » d'Auguste Lumière, mort en 1964. Une théorie qui reliait l'homme aux températures de la nature (aux quatre saisons de l'homme), à ses matériaux (l'eau, le feu, l'air, ou la terre), et surtout à ses humeurs (le flegme, le sang, la bile jaune ou noire). Et qui, dans ses heures de gloire, a pu affirmer que la mélancolie venait d'une bile échauffée et noircie qui, emplissant les ventricules antérieurs du cerveau, faisait que le malade voyait tout en noir.

Quoique... une belle dénégation m'a peut-être saisi (médecin malgré moi), pour ne pas refouler des siècles de médecine et de philosophie de la nature humaine, avec ses émotions et ses sautes d'humeurs, qui sont le terrain de bataille du psychanalyste d'aujourd'hui. Celui-ci défend en effet la complexité de l'être humain et de ses émotions, lesquelles, au-delà du symptôme, peuvent se transformer en sentiments, en troubles chroniques du caractère ou de l'humeur. Le mot affect lui-même, emprunté par Freud au français, est un équivalent du terme d'émotion (dans les quelques textes qu'il a écrit directement en français au début de son œuvre, il a utilisé ce mot). Lorsqu'une émotion se répète à l'état primaire, sans se transformer en affection, sentiment, ou tristesse, elle peut aboutir à une névrose actuelle (neurasthénie, névrose d'angoisse, hypocondrie), comme Freud les a décrites, ou à une affection psychosomatique, le mot affection pouvant désigner aussi une maladie.

Restaurer la complexité, l'origine et la diversité des caractères et des pathologies est un des buts auxquels la psychanalyse d'aujourd'hui devrait s'atteler, pour lutter contre les classifications inhumaines et simplistes du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) avec ses cases et ses grilles, soit un masque de scientificité qui n'a rien à envier au latin du docteur Diafoirus. Les médecins d'autrefois, s'ils étaient certes parfois charlatans-guérisseurs, avaient au moins le mérite de s'intéresser aux troubles de l'humeur liés à la nature de l'homme et à son environnement, et ne pratiquaient pas (sauf lavements) la remise en ordre de nos humeurs par une addiction à des traitements chimiques promus par l'industrie pharmaceutique selon l'équation : un trouble/un médicament.

Les émotions et leur complexité

Je partirai donc des émotions, et de leur compréhension par le psychanalyste, qui permet d'accueillir des patients qu'autrefois on rangeait parmi les états-limites proches de la psychose ou de la désorganisation psychosomatique, soit des contre-indications de l'analyse classique. En effet si on considère que les affects sont des émotions qui ont trouvé à se lier à des représentations de chose (des images psychiques) et des représentations de mots qui les contiennent et empêchent la décharge

répétitive de faire le jeu de la pulsion de mort, les émotions restées à l'état primaire vont donner lieu à des troubles de l'humeur et à des décharges somatiques.

Les émotions ne sont pas toujours perçues par le sujet : si l'affect est « regard sur le corps ému » (André Green, 1973 p. 221), en l'absence de regard l'émotion ne sera pas perçue, et le sujet ne se voyant pas lui-même dans son miroir psychique (le Moi), réprimera tout affect : il ne se sentira pas affecté et n'aura pas conscience de ses émotions. Cela peut vouloir dire qu'il n'a pas pu intérioriser *d'autre* pour se voir, et donner sens à ses émotions, et qu'il souffre donc d'une répétition plus ou moins traumatique de la carence de son environnement primaire, d'une carence d'objet secourable, empathique, qui interprète ses émotions. Ce que Bion a nommé la capacité de rêverie de la mère (W.R. Bion, 1962, p. 53).

Ces émotions, non élaborées en affects, non insérées dans une trame fantasmatique qui les contient, vont engendrer différents troubles.

a) soit des émotions massives qui s'expriment dans le corps ou l'agir et de façon aiguë par ce que Freud appelait au début de son œuvre des névroses actuelles – névrose d'angoisse, neurasthénie (ou cyclothymie, on parle aujourd'hui avec facilité de bipolarité), ou encore de douleurs hypocondriaques. Nous avons là les trois « névroses actuelles » de Freud, où la carence narcissique, qu'il développera par la suite, joue un rôle important.

Mais cette liste n'est pas limitative et pourrait être augmentée ; on pourrait par exemple y ajouter l'addiction – que Freud n'a pu développer étant donné sa propre addiction au cigare, qui a favorisé son cancer de la bouche – ou l'hyperactivité. Cette notion de névroses actuelles pourrait avantageusement aider à mieux définir une bonne part des états-limites, ce fourre-tout nosologique de la psychanalyse actuelle.

Dans les névroses actuelles, la répression des émotions (ou des affects), alterne avec un débordement d'émotions primaires ou d'angoisse, proches de l'irreprésentable, de l'excitation ou de l'agir. Ce qui domine alors, c'est la décharge du quantum d'affect, de la motion pulsionnelle, qui est soumise à un impératif économique et déborde les capacités de liaison. Dans cette décharge à caractère fortement traumatique, l'appel à l'empathie de l'autre pour interpréter ce message, ce « fait non digéré » (W.R. Bion, 1962, p. 25), est une des fonctions de la compulsion de répétition.

b) on peut aussi rencontrer une absence d'émotions élaborées ou d'affects, qui accompagne souvent une névrose de caractère ou une hypermentalisation appartenant au spectre autistique. Mais c'est aussi le terrain privilégié des pathologies psychosomatiques – chez les sujets à pensée opératoire, notamment (avec ce qu'on a nommé dans les cas extrêmes : une alexythymie). Ici aussi la carence narcissique est présente, mais le clivage du moi qui l'accompagne permet qu'un aspect apparemment névrotique co-existe souvent et masque le problème, qui ne se révélera qu'à travers le contre-transfert, si l'analyste est capable de le prendre en compte. Faute de quoi on aurait une analyse interminable, une interruption de la cure, ou l'apparition d'un incident somatique.



De la décharge des émotions, aux humeurs blanches

Les émotions primaires, communes à l'homme et aux animaux supérieurs, sont très précocement contenues et transformées par l'objet primaire (la mère) qui cherche à les contenir dans une interaction en miroir, un rythme de sécurité, où le sujet construit ses premiers liens. La présence et l'absence, le bon et le mauvais, sont à l'origine des premières proto-représentations (des traces perceptivo-motrices, des imagos), puis, lorsqu'elles insistent, des bonnes et des mauvaises humeurs – ce que Freud avait qualifié d'expériences de plaisir/déplaisir, qui dépendaient selon lui du rythme et de la qualité des liens à l'objet.

Si on considère que ces émotions de base, primaires, sont en nombre limité (Duparc, 2017), on pourra en déduire, pour peu qu'elles se répètent, de bonnes ou de mauvaises humeurs plus ou moins durables, de la « saute d'humeur » à l'humeur chronique, signe de pathologie. Elles peuvent aussi passer inaperçues si le sujet ne les livre pas à ses proches ou à son analyste ni en fantasmes ni en rêves. Ce sont ces humeurs (ou thymies) que j'aurais envie de nommer, dans le fil de l'hallucination négative ou de la psychose blanche, des *humeurs blanches*. Nous allons les évoquer, de façon non exhaustive.

Les émotions de base (de durée brève) les plus souvent décrites sont : la peur, la tristesse ou la joie, la surprise, la curiosité ou l'admiration, le dégoût ou la honte, la colère. Ce sont des réactions, et non des sentiments ou des humeurs plus durables telles que : l'angoisse, la dépression, l'euphorie maniaque, le désir ou l'amour, l'envie ou la haine.

a) Au-delà de l'émotion basale de peur, nous avons donc d'abord l'angoisse du stress, de l'échec ou de l'abandon, à la base de la névrose d'angoisse, cette névrose actuelle de Freud, qui reste d'actualité comme négatif de la névrose phobique, sous la forme de contre-investissements agis ; des comportements contraphobiques, des conduites à risques, une hyperactivité, soit tous les avatars d'une *séduction* généralisée sans fantasmes élaborés, réduite à son proto-fantasme originnaire. Nous en donnerons un exemple clinique un peu plus loin, où la carence d'un Œdipe élaboré sous forme de fantasmes a laissé le champ libre à des angoisses blanches et des douleurs, sans objet phobique ni conversion hystérique véritables.

b) La tristesse, lorsqu'elle dure, va conduire à la dépression. Mais là encore, on rencontre beaucoup de formes atypiques où l'émotion dépressive est fortement réprimée, remplacée par de la fatigue, un manque d'activité souvent mis sur le compte de soucis dans la vie actuelle (privée ou professionnelle), toutes formes qui rappellent la névrose actuelle de Freud, la neurasthénie. Une récente remise à la mode de cette pathologie est le syndrome du « burn out », une forme d'épuisement pour réprimer un risque dépressif, un deuil personnel ou un échec professionnel. Ici, la dépression n'atteint pas une expression spectaculaire comme dans les formes délirantes de la mélancolie. Mais le point commun entre ces formes actuelles et la mélancolie est l'absence d'une représentation suffisante de l'objet perdu, faute

d'accès à la position dépressive. Dans un précédent travail sur la prise en charge des cyclothymiques (Duparc, 1998), j'avais d'ailleurs indiqué que les épisodes dépressifs sont précédés d'une agitation maniaque souvent passée inaperçue.

Mais les cas extrêmes de répression se voient chez les malades psychosomatiques, où l'émotion, totalement invisible, conduit à une dépression blanche ou essentielle (Marty, 1968), qui peut entraîner une dépression des défenses immunitaire à l'origine d'infections répétées ou d'un risque cancéreux, dont j'ai parlé dans un travail récent à propos de Freud et de Rimbaud – ce dernier ayant totalement réfréné ses émotions d'adolescent romantique dans une reconversion au trafic d'armes (Duparc, 2006, 2017b). Ici, une forme primaire de *castration* (un vécu d'effondrement, en fait, l'enfant-pénis étant lâché par la mère) l'emporte sur tous les autres fantasmes originaires de l'Œdipe.

c) Pour en venir à la colère, les psychoses passionnelles, la jalousie paranoïaque en particulier, ou l'érotomanie, sont un des avatars de la passion – une forme peu élaborée de la *scène primitive*. Les analystes les redoutent, même si certains ont pu s'apercevoir qu'elles pouvaient se prêter parfois à l'analyse, à condition d'accepter des ajustements techniques et de ne pas abuser d'une neutralité défensive. L'alternance d'enthousiasme amoureux, d'idéalisation narcissique ou homosexuelle, et de retournement en miroir vers la haine, est caractéristique de ces affections.

Comme état-limite, nous aurons l'hypocondrie, troisième névrose actuelle de Freud, qui neutralise la projection paranoïaque du mauvais objet en la limitant au corps propre du sujet.

En ce qui concerne la forme blanche de cette humeur bilieuse, certaines maladies psychosomatiques, sans aucune expression d'agressivité, semblent relever de la répression de la haine qui ne peut se projeter sur un objet représentable mais se déverse contre le corps, *via* le système immunitaire. Ce sont les maladies auto-immunes, d'une grande fréquence si on totalise toutes les formes cliniques possibles (asthme, lupus, polyarthrite rhumatoïde, Basedow, etc.), dans lesquelles on peut parfois rencontrer des alternances entre somatisations et projections psychotiques ou perversion. Cela a bien été décrit pour la rectocolite hémorragique, par exemple, par plusieurs auteurs (notamment Alain Fine, 2004).

d) Pour la joie ou le plaisir, lorsqu'ils durent et entraînent le bonheur, ils engendrent des états moins étudiés par les psychanalystes, mais que Catherine Parat a décrit dans son livre sur le partage de l'affect (1995). Le sentiment océanique, expérimenté par Freud à Rome et sur l'Acropole, est de cet ordre, entre triomphe narcissique et sentiment mystique d'origine obscurément maternelle, au-delà du père préférentiellement évoqué par Freud.

Dans le même sens, le sourire du nourrisson et l'émotion esthétique de la mère (Meltzer, 1984) initient le dialogue émotionnel primaire. Comme modèles du bonheur, Catherine Parat donne d'ailleurs la relation primaire mère-bébé, et l'état amoureux, lorsque s'associent en résonance le plaisir corporel, la régression à une indistinction plaisir/objet/narcissique.



En revanche, si cet état dure aux dépens des autres émotions, s'il est mis au premier plan et fonctionne à l'extrême, on peut avoir des troubles proches de la perversion affective décrite par Christian David (1972). Notamment pour certaines émotions mystiques, quand le vide mental, l'ascèse ou les sévices dominant. Dans le fil de ces comportements, on peut décrire de véritables addictions. On sait d'ailleurs que certains mystiques ont utilisé des drogues ou un jeûne prolongé pour provoquer ce qu'on a appelé l'orgasme de la faim chez les personnes anorexiques. L'addiction n'est-elle pas, en fin de compte, la recherche insatiable d'un plaisir sans besoin de recourir à un objet psychiquement investi, soit une véritable névrose actuelle ? Elle n'a pas été décrite comme telle par Freud, mais on sait que celui-ci a eu des difficultés pour étudier les comportements addictifs, ayant lui-même utilisé la cocaïne, puis le cigare de façon addictive, jusqu'à son cancer de la bouche.

L'humeur blanche, à un niveau de plus, serait une sorte de déconnexion émotionnelle, de repli sur soi proche de la psychose blanche ou de l'autisme, sans représentation fantasmatique claire (sauf un retour au ventre maternel, sous sa forme de proto-fantasme originaire). J'ai connu des exemples assez frappants de toxicomanie et de psychose blanche, notamment chez un homme qui, à la suite d'une décompensation délirante pour un délire mystique à l'âge de vingt-cinq ans, favorisé par une addiction au cannabis et au LSD, avait passé ensuite plus de dix ans enfermé chez sa mère à dormir quinze heures par jour (un vrai retour au ventre maternel). Ici, l'humeur blanche était une léthargie, une « intempérature froide du cerveau causée par la matière phlegmatique » (La Framboisière, 1589)

e) Pour finir, que dire à propos de la fierté, de l'admiration ? On peut certes la rattacher à l'idéalisation par l'obsessionnel-limite des maîtres et des constructions intellectuelles, jusqu'aux extrêmes des sujets schizoïdes, dotés d'un faux-self intellectuel prématurément développé, par imitation (un ratage de l'identification). Ces constructions, si elles ne glissent que rarement vers le délire, n'en sont pas moins inhibantes, voire handicapantes. On peut en rapprocher l'analité primaire, décrite par André Green (2002), ainsi que le dégoût envers la pulsion, chez ces sujets qu'on baptise de nos jours asexuels. Mais il faut bien accepter les limites de toute classification trop systématique – un trait obsessionnel, d'ailleurs.

Névrose d'angoisse

Je voudrais maintenant rapporter *un fragment clinique* pour illustrer cette reprise de la névrose actuelle, en tant qu'état-limite proche de l'agir, de la psychose ou de la somatisation, selon la prédominance de tel ou tel fantasme originaire fixé dans sa forme traumatique, irréprésentable sauf à se décharger dans des comportements.

Il s'agit d'une jeune femme, infirmière très dévouée à son métier, qui vint me consulter il y a maintenant plus de vingt ans, alors que je travaillais à Paris, pour que je l'aide à faire face à son entourage en difficulté, ce qui s'ajoutait aux soucis de

son travail. Elle me raconte alors en détail les problèmes de son ami, qui boit et se drogue, mais qu'elle a du mal à envisager de quitter car elle a peur qu'il ne se suicide. Elle me dit qu'elle a le don de tomber sur des « garçons catastrophes », depuis le début de sa vie amoureuse, dans laquelle j'apprendrai plus tard qu'elle n'a aucun plaisir – comme dans la description par Freud des névroses d'angoisse. Elle fait d'ailleurs des crises d'angoisse et se réveille parfois d'un cauchemar dont elle ne se souvient pas, en criant, ce qui gêne sa sœur avec qui elle cohabite.

Son histoire familiale n'a rien à envier à sa vie actuelle ; son père cyclothymique, parfois violent, hypocondriaque et divorcé très tôt dans son enfance, ne voulait pas payer sa pension à sa mère, et ne lui a jamais rien dit d'autre qu'elle était nulle, et qu'elle pouvait crever. Il aurait préféré un garçon, surtout après sa sœur aînée, devenue une grave anorexique, pour qui elle se soucie maintenant. Les seuls moments où il était proche d'elle, c'est lorsque petite, il la forçait à faire du sport, ce qui se terminait souvent par des chutes douloureuses car il ne la protégeait pas. Quant à sa mère, elle était très rigide, sans jamais de tendresse à son égard, me dira-t-elle plus tard.

Sinon, elle n'a jamais été une enfant difficile, et elle semble avoir toujours eu tendance à « se faire de la bile » pour les autres autour d'elle, comme pour son ami, ou dans son métier, sans se plaindre véritablement elle-même. Je note à l'époque l'idée de la bile, car elle m'a fait penser à la théorie des humeurs des médecins de l'époque de Molière. Elle viendra me voir au début avec une certaine ambivalence, que je ressens, bien qu'elle n'exprime jamais exprimer la moindre réticence ou le moindre reproche. Elle arrive très en avance à ses séances et doit souvent attendre assise sur le palier, pour ne pas me gêner, me dit-elle. Elle est aussi très angoissée au moment de partir. Je suis étonné qu'elle ne manifeste pas non plus la moindre tristesse en me racontant tous les moments horribles de son histoire. En ce qui concerne sa symptomatologie, j'apprendrai qu'elle a fait des crises de spasmes du sanglot peu après sa naissance, et de violentes céphalées à l'adolescence, qui ont fait pratiquer des examens pour une suspicion d'épilepsie, sans que les médecins ne trouvent de lésions organiques nette.

Devant ce trouble qui m'évoque davantage un état-limite (une névrose d'angoisse) qu'une névrose œdipienne – dont on ne retrouve pas la moindre trace fantasmatique, mise à part la soumission masochique à des figures masculines proche de l'immatrité paternelle – je lui proposerai de commencer par une thérapie de relaxation, ce qui l'aidera beaucoup, après un début difficile, où elle a beaucoup de mal à ressentir son corps, toujours très tendu.

Sa cure évoluera au bout de deux ans vers une cure analytique classique sur le divan, après un début éprouvant pour tous les deux ; elle va continuer en effet à développer des angoisses et de nombreuses somatisations ; une appendicite opérée en urgence dont la nécessité m'a posé question, une hernie à la suite de l'opération, une rupture d'un tendon au cours de son travail, etc.



L'analyse sur le divan, plus sereine (moins angoissante dans le contre-transfert), pourra commencer à partir du moment où elle parviendra à me raconter ses rêves et à exprimer ses émotions autrement que par des symptômes corporels ou une hyperactivité épuisante, d'allure opératoire – c'est le cas de le dire, étant donné son métier. Au début, ses rêves ne sont que des cauchemars atroces, que je l'aiderai à transformer en rêves de désir, selon une technique transitionnelle avec la relaxation, que j'ai nommé une reconstruction du rêve (Duparc, 2017 p. 165).

Sa vie affective évolue, et elle rencontre un garçon très affectueux – ce qui la change de son enfance avec une mère froide et rigide, me dira-t-elle – avec qui elle a pour la première fois des relations sexuelles satisfaisantes. Elle ne retrouve des angoisses que lorsqu'elle imagine que cela ne peut pas durer, ou qu'elle s'oblige à arrêter de fumer, car elle a peur de déclencher une maladie. La cigarette à forte dose lui servait, elle s'en rend compte, à trouver un plaisir de bouche, et un moyen d'évacuer ses colères ou ses frustrations amoureuses, sans rien en dire. Et ces derniers temps à supporter l'idée de sa dépendance, et la fin des séances.

Avec cette patiente, je me suis pris à penser aux débuts de Freud, lorsqu'il s'intéressait aux névroses d'angoisse, qu'il traitait par des séances d'hypnose ou en face-à-face, avant de traiter les névroses hystérophobiques. Pour ces dernières, l'angoisse étant liée à un objet phobique, il entreprit de les traiter par des cures analytiques sur le divan.

Il n'avait pas abandonné pour autant sa théorie de la névrose d'angoisse, qu'il considérerait comme le résultat d'une insuffisance d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique, celle-ci ne pouvant se transformer en libido psychique en l'absence de lien avec des représentations sexuelles. Soit une tension sexuelle exagérée, liée à une vie sans plaisir sexuel, sans émotion visible ni désir élaboré. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), Freud reviendra aussi sur sa conception de l'angoisse, et parlera d'une angoisse « originaire », liée à l'absence de la mère, distincte de l'angoisse de castration, plus tardive et davantage liée à des représentations sexuelles. Ici, c'est l'immaturité du Moi et la peur de perdre l'objet secourable qui apaise les besoins, qui sont au premier plan, comme dans les névroses traumatiques, nous dit Freud (*ISA, VIII*, p. 61-66).

La difficulté d'exprimer des émotions telles que la colère, ou le désir de séduction me semblent très actifs dans ces états-limites particuliers que sont les névroses actuelles, ici la névrose d'angoisse. Les émotions sont présentes au niveau biologique, mais elles sont déchargées dans le corps sans prise de conscience par le Moi, ou encore dans des agirs répétitifs qui permettent une décharge, une excorporation (Green, 2002). D'où l'idée, comme pour l'hallucination négative, d'émotions ou d'humeurs « blanches », sans film fantasmatique ni sentiment durable.



✱ **Références**

- Bion W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- David C. (1972), La perversion affective, in *La sexualité perverse*, Paris, Payot.
- De La Framboisière (1587-1610), *Consultations, Livre I : touchant à la manière de procéder à la guérison des maladies du cerveau et des parties destinées à son service (manuscrit original)*.
- Duparc F. (1998), « La cyclothymie, de la névrose narcissique à la psychose maniaco-dépressive », in *Monographie de la Revue française de Psychanalyse : Psychoses I* (PUF).
- Duparc F. (2006), « Deuils invisibles, manie blanche et clivages ; facteurs de risque cancéreux ? », *Revue française de Psychosomatique* n° 30 (*Deuil et somatisations*), p. 79.
- Duparc F. (2015), « Névrozes actuelles, solution somatique ou mélancolique », in *Filigrane* (Montréal), t. 24, n° 1, p. 43.
- Duparc F. (2017), *Le travail du psychanalyste*, Paris, Ithaque.
- Duparc F. (2017b), *La clinique du psychanalyste*, Paris, In Press.
- Freud S. (1895), Neurasthénie et névrose d'angoisse, in *Névroses, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
- Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF.
- Fine A. (2004), Une muqueuse pleure le sang. Études sur la recto-colite hémorragique”, *Revue française de psychosomatique*, 2004/2 (n° 26), p. 196.
- Green A. (1973), *Le discours vivant*, Paris, PUF.
- Green A. (2002) *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.
- Marty P. (1968), « La dépression essentielle », *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, 32, n° 3, p. 595.
- Meltzer D. (1984), Sur l'objet et le conflit esthétique, *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2013, vol. 1. p. 322.
- Parat C. (1995), *L'affect partagé* (préface d'A. Green), Paris, PUF, 1995.
- Pirlot G. (2009), *Déserts intérieurs, Le vide négatif dans la clinique contemporaine*, Toulouse, Érès.