

**DEPARTEMENT DE FORMATION  
PARIS XVII  
Centre Elysées Monceau**

**VOUS AVEZ DIT « PERVERS » ?...**

**Mémoire soutenu par Dorothee Lajus  
Dans le cadre de sa formation de Psychothérapeute Sexologue  
Promotion Année 2008  
Directeur de Mémoire : Mme Espérance de Moura, Psychologue Clinicienne,  
Psychanalyste, Psychosomatothérapeute**

## **INTRODUCTION**

La formation de psychothérapeute sexologue nous a donné d'approcher théories et patients dans le cadre d'une psychopathologie tenant compte des deux grandes structurations : psychotique et névrotique. La perversion restait, quant à elle, une sorte « d'exception à la règle » dont nous n'avions pas approfondi les notions.

Notre pratique professionnelle a inévitablement amené de nombreux questionnements : quelle étiologie, quelles manifestations en thérapie, quel pervers exactement et, de fait, existe-t-il une ou plusieurs sortes de pervers ?

Ceci entraînant cela, nous avons entamé des recherches pour, finalement et presque naturellement, choisir ce thème pour la rédaction de notre mémoire : pervers, qui es-tu ?

Il nous est rapidement apparu que le qualificatif « pervers » pouvait être parfois, voire souvent, un épithète posé un peu rapidement et en tout cas pour lequel les représentations pouvaient être variées sinon fantasmatiques.

On ne peut manquer d'être frappé par la difficulté que l'on éprouve à cerner le champ de la perversion. Celui-ci est très vaste. Il nous fallait dégager une hypothèse portant sens dans notre pratique quotidienne.

Cette hypothèse est le point de départ de toute démarche du savoir.

Le point d'arrivée, une conclusion.

Entre les deux, intervient une démarche volontairement active, celle de l'expérience ; puis celle de la vérification de l'expérience.

Nous avons donc posé comme hypothèse que la perversion rencontrée dans notre pratique professionnelle agit à la manière d'un mécanisme de défense greffé sur une structure de base de type névrotique ou psychotique. Le cas clinique que nous avons choisi de rapporter a été l'occasion de vérifier la structure psychique de l'individu et le mode de perversion adopté : une « perversion névrotique ». S'agissant nullement de révolutionner les théories psychanalytiques, nous avons adopté une présentation somme toute assez classique de notre travail, dont l'objectif est de développer notre hypothèse sur la base des concepts théoriques existants.

Il s'agit d'aller au-delà de la seule compréhension théorique.

Néanmoins, cette théorie, longuement développée, doit être le dépositaire des connaissances acquises en cours de la formation et sa lecture doit nous permettre une réflexion plus générale, pleinement intégrée à la compréhension de nos patients, dans le cadre professionnel qui est le nôtre.

Ainsi, dans une première partie, nous proposerons au lecteur de clarifier notre champ d'étude, c'est-à-dire notre cadre professionnel, les notions que nous retenons tant d'un point de vue structural que des deux grandes lignées pathologiques (psychotique et névrotique). Nous reprendrons ensuite les théories concernant la perversion sexuelle et morale, ses fondements, les mécanismes de défenses associés et le mode de relation à l'objet.

Dans une seconde partie, nous présenterons le cas de Michel, son analyse, pour démontrer sa structuration propre et le positionnement de la perversion dans cette construction telle que nous la concevons.

Tout bien considéré, le travail ici finalisé dans l'écrit aura commencé il y a quatre ans. Il est l'aboutissement d'une réflexion globale et générale sur la

psychologie humaine. C'est ainsi que la bibliographie, reprise à la fin de notre mémoire, aura permis aux connaissances théoriques d'enrichir notre culture psychanalytique générale sans laquelle nous aurions été incapable d'appréhender la notion de perversion qui nous occupe aujourd'hui. Pourtant et bien entendu, cet « aboutissement », cette « finalisation » ne sont qu'à un instant T. Nous sommes conscient que le cheminement entrepris nous conduira, sans doute et plus tard, sur de nouvelles hypothèses qui viendront compléter, modifier ou nuancer celle décrite ici. Nous pourrions sans nul doute envisager la rédaction d'un nouveau mémoire, sur le même sujet, dans quelques années... Sans comparaison aucune, n'est ce pas ainsi que Freud nous a légué une œuvre complète dont les évolutions font la richesse ?

Pour nous accompagner, Freud aura la part du lion. Nous tenons à cet héritage sans lequel nous serions sans cette assise fondatrice et solide qui nous aide dans notre pratique réflexive et professionnelle ; il sera donc largement et légitimement repris. Il n'est bien sûr pas le seul à nous avoir aidé à finaliser ce travail et nous tenons ici à citer le travail remarquable de Paul Claude Racamier, « Le génie des origines », dont la conceptualisation de la perversion n'a pas été sans nous influencer. Alberto Eiguer aura été également un pilier pour notre connaissance du pervers narcissique et nous en restituerons un certain nombre de citations. Enfin, la « Psychologie pathologique » de Jean Bergeret nous aura aussi largement guidé tant sa conceptualisation des structures est riche d'enseignements.

Si la lecture de la partie théorique de ce mémoire peut paraître fastidieuse, voire superflue pour les lecteurs avertis, j'entends affirmer que cette rédaction ne se fit jamais sans songer à nos patients, à notre travail de thérapeute, à l'impérieuse nécessité de considérer toujours la théorie comme base de réflexion et de formation continue, à notre vie elle-même souvent semée de vicissitudes.

J'espère que le lecteur partagera cette opinion en parcourant ces pages.



## **I – CHAMP D'ETUDE**

Nous avons fait le choix de limiter le résultat de notre travail à la perversion telle que nous la rencontrons dans notre pratique quotidienne. Bien que nous soyons parfois amenés à nous référer au domaine psychiatrique, j'entends ici le domaine où les sujets sont traités dans des lieux clos ou semi clos pour des maladies présentant un danger pour les autres ou pour eux-mêmes, il nous importe de mieux saisir les manifestations perverses des patients que nous recevons en tant que psychothérapeute, individus socialement adaptés dont les comportements ne représentent pas de motifs d'internement.

Je pars de la thèse émise par Joyce Mac Dougall « *peut-être sommes nous en droit de nous demander si beaucoup d'organisations névrotiques, hystériques et obsessionnelles, ne sont pas, au fond construites à partir du noyau psychotique* » (1). Considérant alors que nous serions principalement confrontés, psychothérapeutes, à des structures à tendance névrotique avec un noyau psychotique ou des structures à tendance psychotiques, je poserais comme éventualité que les perversions que nous sommes amenés à rencontrer ne seraient peut être pas révélatrices d'une structure à part entière mais plutôt d'« infiltrations » révélant une expression plus ou moins aboutie d'une structure de type psychotique (avec pour extrême la perversion narcissique) ou d'une structure de type névrotique (avec ce que nous nommons la perversion névrotique).

---

<sup>1</sup> Théâtres du corps - P 46 -

Mais toute démarche analytique implique en priorité la connaissance des caractéristiques propres à chaque pathologie ainsi que les spécificités de chaque structure. Il convient donc dans un premier temps de distinguer les concepts de structure névrotique et de structure psychotique. Nous choisissons à ce stade, de ne garder que ces deux types de structures dites « stables » et nous invitons le lecteur à se reporter à l'annexe schématisant les grandes étapes de l'évolution psychique et émotionnelle de l'enfant, de la construction des structures, des pathologies associées et des mécanismes de défenses mis en œuvre. Les termes génériques de névrose et de psychose sont quant à eux utilisés à la fois pour définir des organisations, des constructions psychiques mais aussi pour préciser la nature d'une pathologie, celle-ci exprimant les défenses psychiques mises en jeu face à un danger réel ou fantasmatique. C'est donc dans l'optique d'éviter toute confusion pour la suite de notre travail que nous souhaitons tout d'abord clarifier différentes notions qui entreront dans la réflexion globale de notre thème.

## **1° NOTIONS**

### **La pathologie :**

- Nous utiliserons le terme de « pathologie » pour nommer l'ensemble des troubles mais nous n'oublierons pas que ce mot signifie clairement « l'étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes » (Larousse 2001).
- Il est en outre important de comprendre que le terme « symptôme » en psychanalyse ne renvoie pas à la même définition qu'en médecine générale. Alors que le Larousse précise : « trouble subjectif perçu par une personne (douleur par ex), qui révèle une maladie », en psychanalyse le symptôme « constitue non le signe d'une maladie mais l'expression d'un conflit inconscient ». Ainsi le symptôme de l'analysant a un sens, il est en quelque sorte porteur d'un message adressé à

l'Autre et il ne s'agira pas pour le psychothérapeute de vouloir faire disparaître le symptôme à tout prix puisque celui-ci « dit » quelque chose, mais plutôt de comprendre ce qui est dit et de permettre au patient de « nommer », enlevant par là même au symptôme sa raison d'être.

Les deux grandes catégories de pathologies, névrotiques et psychotiques tentent, à travers le symptôme, de maintenir une sorte de compromis aux conflits intra psychiques qui se jouent.

Ces pathologies amèneront le patient à consulter :

- lorsqu'elles le font souffrir (principalement les névroses) ;
- lorsqu'elles deviennent invalidantes (souvent les psychoses), ou
- lorsqu'elles provoquent des actes juridiquement répréhensibles (ce qui serait semble t'il plus souvent le cas des perversions).

Nous rappellerons ici les principales expressions des deux grandes catégories de pathologie :

- La psychose regroupe principalement trois pathologies que sont :
  - \* la mélancolie marquée essentiellement par l'asthénie, l'anorexie, l'insomnie, le ralentissement psychomoteur associé à une grande douleur morale et une intense culpabilité ;
  - \* la schizophrénie caractérisée par des hallucinations, des délires et une déconnection par rapport au réel,
  - \* la paranoïa dont les sujets atteints présentent un sentiment de persécution voire un délire de persécution, des idées mégalomaniaques, des revendications et des attitudes agressives, une exubérance de l'humeur, un refus des frustrations.
- La névrose, beaucoup moins invalidante – mais parfois seulement - que la psychose, se manifeste essentiellement par :

- \* l'obsessionnalité liée à des idées, des pensées, des représentations envahissant la sphère de la vie quotidienne et provoquant des angoisses et une souffrance importante,
- \* la phobie représentant une crainte angoissante spécifique et démesurée, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation et qui disparaît lors de l'éloignement de la cause déclenchante,
- \* l'hystérie qui révèle ses symptômes à travers un comportement théâtral (hystérie de séduction) ou des somatisations plus ou moins importantes (hystérie de conversion).

Le patient névrosé est généralement conscient de ses troubles et la souffrance qui en découle est très importante.

### **La structure :**

Quand nous parlons de « structure », nous ne sommes plus dans la sphère de la maladie et de ses expressions mais dans la sphère de la compréhension globale de l'individu. Il s'agit de la construction particulière du psychisme de l'individu, elle-même soumise à l'organisation générale des instances freudiennes (le Moi, le Ca et le Surmoi), qui lui permet d'être en relation avec le monde extérieur. La structure, qui débute sa maturation en intra utérin pour s'achever à l'issue de la phase oedipienne, organise les systèmes de défenses contre les angoisses résultant des conflits liés aux frustrations rencontrées au cours du développement émotionnel de l'enfant. Celui-ci restera comme « attaché » au mode de satisfaction et de résolution du conflit dans sa relation avec l'objet. Lors d'évènements ultérieurs qui rappelleront à l'enfant l'expérience première, il remettra en scène le même fonctionnement auquel il se sera « fixé » jadis.

## **Les mécanismes de défense**

Ce sont les processus élaborés par le Moi sous la pression de la réalité extérieure, permettant de lutter contre l'angoisse et protégeant le sujet de pulsions trop fortes ou violentes. Ces mécanismes auront été mis en place de façon spécifique par rapport au stade de maturation psychique, adaptés à celle-ci afin de protéger le Moi, encore construction, du conflit émergé. L'objet de notre mémoire ne nous permet pas de développer précisément chacun de ces mécanismes et nous ne ferons à ce stade que les citer, certains d'entre eux et notamment le refoulement, le clivage et le déni étant repris plus largement ultérieurement. Notons simplement ici que les mécanismes afférents à la structure psychotique sont le clivage, la projection, l'introjection, l'idéalisation, le mépris, le triomphe, l'identification projective, la régression et le déni de réalité. Les mécanismes de défense névrotique se retrouveront dans le refoulement, la formation réactionnelle, le déplacement, l'annulation rétroactive, le retournement sur soi, la rationalisation, la dénégation, la sublimation, l'inhibition.

## **Le caractère :**

Enfin, la structure établie, le caractère représentera le mode comportemental que le sujet entretient avec son monde intérieur et le monde extérieur. Il donne en quelque sorte son expression à la structure.

Bien que les schématisations soient toujours trop partiales et trop simplistes pour pouvoir être appliquées dans une quelconque systématisation, on pourrait se laisser tenter à poser qu'un patient pris en charge montre

*un symptôme révélateur d'une pathologie inscrite dans une structure,  
sous-tendue par des mécanismes de défenses liés aux fixations,  
et exprimée par un caractère.*

## Le traumatisme

Il est important à notre sens de préciser ce que nous entendons par le terme « trauma » ou « traumatisme » puisqu'il constitue en psychanalyse ce qui va amener le psychisme à se défendre plus ou moins bien des angoisses que ce trauma entraîne et à la formation des symptômes. Nous avons parlé plus haut de conflits engendrés par des pulsions trop fortes mais Laplanche et Pontalis nous permettent de reprendre ce que le terme générique recouvre : *« Evènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations. »* <sup>(1)</sup>

A partir de cette définition, il nous semble intéressant de catégoriser diverses formes de traumatismes.

- Le premier traumatisme auquel doit faire face l'enfant est universel ; il s'agit de la naissance. Il s'agirait là du premier traumatisme, réactualisé lors des phases libidinales à venir : le vécu de Toute-puissance/Impuissance dans la période de narcissisation, le sadisme au stade anal, la sexualité dans le fonctionnement et l'évolution oedipienne.
- Puis, on entendra par traumatisme les défauts de maternage de l'enfant : manques voire absence de contacts (conduisant dans les pires cas à l'hospitalisme ou à certaines formes d'autismes), dépression de la mère (qui pourra entraîner de graves dépressions enfantines), climat incestuel et l'inceste (entraînant entre autres une irruption prématurée d'excitations ingérables pour l'enfant mais

---

<sup>1</sup> Vocabulaire de la psychanalyse - P 499 -

également remettant en cause les positionnements « normaux » des membres familiaux. Ces graves perturbations contribueront souvent à la construction des perversions, notamment sexuelles), les violences et maltraitances verbales...

- On distinguera une troisième catégorie constituée par des circonstances étrangères aux attitudes parentales comme l'hospitalisation de l'enfant, un handicap, l'arrivée d'un autre enfant, guerres... tous ces chocs extérieurs aux conditions habituelles de vie de l'enfant qui généreront des peurs, des angoisses et des mises en place de véritables systèmes de survie psychique.
  
- Il est une autre forme de traumatisme, elle aussi universelle : la frustration. Ce terme est très régulièrement utilisé en psychanalyse pour définir l'état dans lequel l'enfant est mis lors de la non accession à la réponse attendue à une demande plus ou moins bien formalisée. Or, la frustration en tant que telle est parfaitement nécessaire à la bonne évolution psychique de l'enfant ; en effet, elle le pousse à « trouver une solution » pour sortir de l'état dans lequel il se trouve confiné, elle l'amène surtout à intégrer petit à petit la réalité pleine et entière, et elle l'aide enfin à parcourir le chemin de l'enfance vers une maturité affective et émotionnelle. On peut essayer de se laisser aller à imaginer ce que serait un adulte n'ayant jamais rencontré aucune frustration : la représentation d'un tel être semble difficilement concevable. La frustration est donc nécessaire. Par contre, la frustration peut devenir traumatique quand elle devient systématique ou qu'elle est inadaptée au stade de développement de l'enfant.
  
- Enfin, le traumatisme peut revêtir une forme bien particulière : le fantasme. Le plus bel exemple de fantasme traumatique dont nous reparlerons longuement est le fantasme de castration. Ici, ce n'est pas l'absence de pénis qui marque l'entrée dans le traumatisme mais bien

la réponse psychique que l'enfant élabore à la question de la différence des sexes. Cette question, il aura pu, ou pas, la poser aux parents dont la réponse, parfois farfelue, souvent incomplète, contribuera sûrement à notre avis à l'élaboration du fantasme. L'enfant imagine que l'on coupe ou que l'on arrache le pénis....

De même, la scène de séduction n'est très généralement pas une scène vue par l'enfant mais un fantasme qui résulte de la sexualité interne de l'enfant. On peut donc conclure ici qu'à l'inverse des traumatismes dont nous avons parlé précédemment, ce n'est pas un élément exogène qui forme le trauma mais un élément endogène ; l'irruption du fantasme devient traumatique. Ce trauma s'inscrit directement dans la lignée de la frustration puisque « *le monde des fantasmes semble se situer tout entier (...) entre un monde intérieur qui tend à la satisfaction par l'illusion et un monde extérieur, imposant progressivement au sujet (...) le principe de réalité* ». Laplanche et Pontalis (1)

Nous évoquons ici les fantasmes originaires qui souvent sont refoulés et deviennent par là même inconscients. Ils pourront néanmoins trouver une expression dans les symptômes, principalement chez les névrosés. Nous étudierons plus loin que chez les pervers, les fantasmes sont passés l'acte. Il ne s'agira pas pour les pervers de passer à l'acte directement ses fantasmes oedipien (coucher avec sa mère par exemple) mais on pourra retrouver les traces des fantasmes originaires dans le contenu latent du fantasme acté.

Au cours de la maturation psychique de l'enfant, c'est la précocité, l'intensité et l'éventuelle répétition des traumatismes qui détermine l'avenir structurel du sujet. Il est communément admis que les traumatismes de la période orale et anale 1 entraînent des structurations psychotiques et que ceux intervenant à partir du stade anal 2 et surtout du stade Oedipien génèrent des structures névrotiques.

---

<sup>1</sup> Fantasme originaire, fantasme des origines, origines du fantasme - page 17 -

Ces notions ainsi récapitulées, il reste à notre sens important de considérer qu'une structure ne conduit pas nécessairement à une pathologie : un individu en relation avec le monde extérieur et son monde intérieur, se comportant suivant sa structure peut parfaitement connaître une vie tout à fait adaptée et satisfaisante. Cependant, si les exigences de son environnement devenaient par trop fortes, alors sa structure tendrait vers l'instabilité, causant des comportements inadaptés et parfois dangereux pour lui-même ou son entourage.

En outre, si un symptôme apparaît, il ne devra pas nous conduire immédiatement à conclure que la structure du patient portera le même épithète : les patients que nous rencontrons présentent bien souvent en première consultation un symptôme d'allure névrotique alors que la structure finale pourrait se révéler plutôt de nature psychotique. Par contre, lorsque tous les symptômes étudiés permettent de poser un diagnostic de « névrose » ou de « psychose », cela sous-entendra que la structure est du même type. A ce titre, lorsque le patient demande une prise en charge psychothérapeutique, il nous appartiendra, à travers l'anamnèse et l'étiologie, de dégager les symptômes et la pathologie qui le fait souffrir. Puis il importera au thérapeute, à travers le discours et le comportement du patient de comprendre sa structure afin de mener la thérapie de façon adéquate, de s'assurer l'écoute la plus juste possible, seule garante d'un véritable cheminement thérapeutique. Or, la clinique nous montre, tant en cabinet qu'en thérapie groupale, que les patients présentent, suivant leur phase de travail ou suivant les situations vécues par eux comme dangereuses ou conflictuelles, des comportements de type psychotiques ou névrotiques, et souvent même les deux, complexement intriqués.

Aussi, toute tentative de catégoriser un patient présentant, par exemple, un symptôme hystérique dans une structure à priori névrotique présentera le

danger de l'enfermer dans une structure particulière alors que nous considérons que cette structure même emprunte des éléments de construction polymorphes. Nous reprenons alors Joyce Mac Dougall : « *On ne peut définir un être par un acte, même s'il s'agit d'un acte-symptôme, car ce même symptôme peut renvoyer à des structures différentes* » (1)

## **2° LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE**

### **a) Description :**

La structure psychotique est fondée sur la quête fusionnelle : le monde, la réalité ne conviennent pas à l'individu qui se crée un monde intérieur dans lequel il se retire quand la frustration, ou la menace de frustration se présente.

Cette organisation se met en place aux stades oral et anal 1 et les frustrations précoces tirent principalement leur origine du pôle maternel. La défaillance de l'organisation narcissique permettant normalement la différenciation mère/enfant entraîne des relations de type fusionnel sans cesse répétées sur le plan interpersonnel. Les fixations du Moi empêchent l'individu d'intégrer pleinement la réalité, toujours vécue comme frustrante par rapport :

- aux besoins primaires de reconnaissance et de sécurité dans la phase orale ;
- et les besoins d'indépendance dans la phase anale 1.

Le Moi n'a pas pu être unifié et différencié de celui de la mère, il est morcelé et la réalité extérieure n'a pas pu être intégrée, différenciée du monde intérieur. Cet extérieur est alors vécu comme inquiétant et cette inadéquation Intérieur /Extérieur rend les relations interpersonnelles

---

<sup>1</sup> Essai sur la perversion *in* Les perversions, les chemins de traverse - P 269 -

difficiles voire impossibles. Même si elle a accès aux autres stades qu'elle survole, la structure psychotique sera dévoilée par une impossibilité à établir une relation objectale différenciée

Le conflit causé par la réalité frustrante face aux besoins pulsionnels élémentaires et les angoisses qui en résultent sont centrées sur le morcellement « *soit par crainte d'un impact trop violent de la part de la réalité, soit par crainte au contraire de la perte du contact avec cette même réalité* » -Bergeret (1) - la destruction, la mort par l'éclatement.

### **b) Mécanismes de défense :**

Nous décrivons ici les trois principaux modes de défense utilisés dans la structure psychotique. Il s'agit initialement du clivage permettant le déni de la réalité et sa projection à l'extérieur.

L'enfant n'ayant pas pu intégrer une perception globale de la réalité, celle-ci reste clivée entre l'extérieur et l'intérieur, l'acceptable et le frustrant. Le Moi s'organise de façon séparée avec deux attitudes contradictoires : l'une reconnaît la réalité en ce qu'elle a d'acceptable et reste en contact avec elle, tandis que l'autre la refuse et perd de fait contact avec elle. L'objet lui-même est clivé : la mère se trouve dissociée entre « bon objet » et « mauvais objet ». Ce clivage établi, la projection permet au sujet de localiser à l'extérieur ce qui se situe en fait à l'intérieur de lui. Pratiquée de façon massive et systématique, l'individu nie ses pulsions, ses affects, ses désirs vécus comme intolérables en ce qu'ils se confrontent à une réalité extérieure et les projette sur l'autre. On comprend ici que le déni est basé sur le principe de plaisir : la réalité cause de déplaisir est niée et tout ce qui pourrait procurer de l'insatisfaction se voit refuser la prise en charge par le conscient, bien que cette part de réalité soit perçue. Le déni repousse hors de la psyché en détruisant en interne la part clivée inacceptable : la projection envoie au dehors ce qui a été dénié.

---

<sup>1</sup>Psychologie pathologique théorique et clinique - p 105 -

Si ces mécanismes de défenses trouvent indéniablement leur place dans l'établissement des deux structures, la fixation à ce mode de relation au monde marque essentiellement la structure psychotique et se retrouvera immanquablement dans la perversion. Chez le psychotique, ce stade archaïque n'est pas dépassé et la relation du sujet à l'objet s'en trouve profondément affectée.

**c) Relation d'objet :**

On l'a vu, la perception de la réalité se trouve limitée à un dehors/dedans. Le jeu des introjections et des projections ne permet pas au Moi de se constituer comme différencié de la mère. Cette maturation échouée, la relation à l'objet reste fusionnelle : il n'y a pas de distanciation possible entre le sujet et l'objet, celui-ci n'étant pas reconnu dans son existence propre et différenciée.

### **3° LA STRUCTURE NEVROTIQUE**

**a) Description :**

La structure névrotique trouve ses fondations dans la psychosomatogénèse au cours de laquelle l'enfant accède à la deuxième partie du stade anal (stade sadique anal) puis à la triangulation (phase oedipienne) sous le primat du génital. Le Surmoi faisant son apparition, s'opposant aux désirs du Ça, le conflit auquel doit faire face le Moi, coincé entre les deux instances, l'oblige à adopter des modes défensifs plus adaptés à la réalité telle qu'elle a pu être intégrée. Mais les relations à la réalité extérieure restent perturbées par les angoisses qui perdurent suite à l'échec partiel des mécanismes de défense.

Après avoir intégré la différence entre soi et les objets composants du monde extérieur, le Moi se trouve confronté à la question de la différences des sexes et à l'élaboration d'une réponse à cette question : la perception de la réalité d'un danger de castration. Les angoisses qui en découlent polluent la saine résolution du complexe oedipien (dont nous aborderons ultérieurement les modalités) et trouvent leur mode d'expression dans une série de symptômes ou d'obsessions sensés protéger le Moi des agressions du Ca. La naissance du Surmoi à l'issue de la phase oedipienne est un marqueur essentiel de la structure névrotique : il sera puissant, rigide et empêchera les désirs de trouver une expression adaptée à la réalité. Ce surmoi sera en outre générateur de nombreux et fréquents sentiments de culpabilité qui envahiront la sphère émotionnelle dans les névroses.

#### **b) Mécanismes de défenses**

Le principal mécanisme de défense est le refoulement. Dans sa forme primaire, c'est-à-dire archaïque, il est automatique et on peut être amené à penser qu'il constitue une partie non négligeable de ce qu'il est convenu de nommer l'amnésie infantile. Ce refoulement massif de la toute petite enfance porte sur les souvenirs liés à cette période et notamment aux scènes dont le petit a pu être témoin (scène primitive par exemple). Dans sa forme secondaire, le refoulement consiste à porter et à maintenir hors de la conscience des représentations liées aux désirs oedipiens incompatibles avec le Surmoi. Tandis que le déni détruit, le refoulement enfouit, mais conserve dans la psyché. Freud (1) décrit ce mécanisme par la métaphore de la conférence que nous pouvons résumer ainsi : le Moi est représenté par la salle elle-même ; le Surmoi serait le responsable de l'établissement. Un trublion issu du Ca voudrait s'introduire dans la salle, mais il perturberait ainsi la conférence. Il serait alors rejeté à son arrivée par le maître de conférence. Toujours désireux de venir prendre place dans la salle, l'individu serait alors maintenu à l'extérieur par les gardiens, les « résistances »

---

<sup>1</sup> Cinq leçons sur la psychanalyse - p 33 et 34 -

Lié à la culpabilité, le refoulement porte non pas sur la pulsion elle-même ou sur l'affect (l'émotion) qui y est lié mais sur l'image, l'idée que l'individu s'en fait. Rien ne subsistera de la représentation première si ce n'est l'affect qui va provoquer l'angoisse.

**c) Relation d'objet :**

D'une relation unipolaire dans la phase orale, l'enfant est passé par la différenciation d'avec l'autre puis à la triangulation. Il y a maintenant 3 objets qui sont abordés sur le mode génital.

**4° LA STRUCTURATION CHEZ NOS PATIENTS**

La description (non exhaustive) des caractéristiques des deux structures dites « stables » pose immédiatement la question de la dialectique qui les met en relation. Peut-on vraiment les dissocier et se contenter de considérer par exemple qu'un enfant qui n'aurait pas connu de traumatisme précoce serait exempt de toute fixation psychotique ? Un patient « catégorisé » névrotique n'aurait-il construit sa structure que sur des traumatismes tardifs ? Que dire alors des patients que nous recevons ? Névrotiques ou psychotiques ?

Si la psychiatrie prend en charge des patients chez qui la structure sera plus nette de par des comportements typiques et des symptômes lourds, il nous apparaît dans notre très jeune expérience professionnelle que les individus ayant recours au type de thérapie que nous proposons sont sensiblement différents, tant dans leur demande, dans le contexte qui les amène et dans leur structure globale.

Il est tout d'abord à noter que les patients sont **volontaires** dans leur plus grande majorité. Nous excluons de fait les patients tenus par la justice à des soins obligatoires. Certes nous ne négligeons pas la probabilité du « tiers demandeur » (d'un des membres du couple par exemple) mais même dans ce cas, il n'en reste pas moins vrai qu'ils sont **responsables** de leur démarche, d'autant que celle-ci nécessite de la persévérance. Un deuxième élément est le cadre dans lequel nous les recevons : le cabinet. Il ne s'agit pas d'un établissement de soins ou d'une unité spécialisée mais d'un lieu où l'individu « consulte » le thérapeute qu'il a choisi et dans lequel il place une certaine dose de confiance.

Ces patients, avant de faire la démarche analytique, ont pu **conscientiser** une **souffrance**, un mal-être et le reconnaître. Ils expriment des symptômes. Ils sont **en demande**. Cette demande est plus ou moins bien exprimée voire même conceptualisée, mais ils viennent parce qu'ils sont capables de communiquer, de s'en remettre à un tiers et, lorsqu'ils s'engagent dans la thérapie, de livrer une partie de leur intime.

Le thérapeute a alors affaire à un individu pour lequel la réalité est suffisamment intégrée pour qu'il ait pu s'adapter à peu près correctement à la vie quotidienne ; on peut alors considérer qu'à priori et dans la majorité des cas, le patient n'est plus dans des structurations sévères empêchant toute relation interpersonnelle objectale différenciée. Ils ne sont pas en proie à des psychoses graves. La mère aura été « suffisamment bonne » pour que le sujet accède aux stades secondaires et puisse établir des liens. En tout état de cause, il appartiendra toujours au professionnel, s'il détecte une psychose ou une affection mentale, de réorienter le patient sur des personnels compétents.

Le patient atteint de psychose grave se trouve ainsi écarté de notre champ d'étude : la socialisation est impossible ou elle est dangereuse pour les autres.

Enfin, et ce point nous paraît essentiel dans notre démonstration, les patients sont, en ce qui nous concerne, **adultes** –j’entends sur le plan de l’âge physique-; socialement et économiquement adaptés ; force est de constater qu’au bout du compte ils ont tous traversé (plus ou moins bien il est vrai) toutes les périodes, tous les paliers du développement émotionnel. Ils ont suivi une trajectoire de croissance et sont là, aujourd’hui en thérapie, comme des rescapés de la folie aliénante ou criminelle.

Plus encore, la qualité des **symptômes** exprimés et retenus par le psychothérapeute que nous sommes, comme pouvant être pris en charge, se révèlent dans la plus grande majorité des cas, **de type névrotique**.

Nous retenons alors comme hypothèse que la structuration de nos patients s’est établie sur « le principe des poupées russes ». L’opposition entre les deux structurations semble difficile tant les frontières sont mouvantes et qu’il ne s’agit pas là d’un mur que le sujet traverserait d’un coup, à un instant T, pour passer à la structure plus « élaborée ». On pourrait dire qu’elles se chevauchent continuellement.

Aussi, nous sommes enclins à considérer que chez nos patients, les traumatismes archaïques et les mécanismes de défense associés ont permis la mise en place d’un « noyau » ne remettant pas en cause la poursuite du développement. Puis, poursuivant sa trajectoire de développement, l’enfant affronte de nouveaux traumatismes. Ces traumatismes vont s’installer comme tels, de par l’existence même du noyau et de l’angoisse finale intimement liée : l’angoisse de mort. Ainsi, les nouveaux traumatismes réactivent l’angoisse primaire ; les mécanismes de défenses n’ont pas été suffisamment puissants. Le Moi va alors « protéger » le noyau par de nouveaux mécanismes de défenses plus adaptés, plus efficaces, avec notamment le refoulement.

La structure névrotique protégerait donc le noyau psychotique. Ainsi on aurait bien un ensemble de mécanismes de défenses, ceux liés à une organisation première psychotique et ceux liés à une organisation défensive de type névrotique.

Dans cette métaphore des poupées russes, il reste important de considérer que la poupée de plus grande taille ne doit pas être appréhendée comme « supérieure » à la plus petite poupée. Ces poupées n'existent et sont reconnues comme « Poupées Russes » que par l'existence et la dialectique entre Chacune d'entre elles. Chaque niveau, chaque pallier inclut les degrés moindres précédemment franchis.

En schématisant, on aurait, dans un exemple de structuration finale donnée, la motion suivante :

*À la dépression, mieux vaut vivre une paranoïa ; à cette parano, mieux vaut mettre en place une obsessionnalité*

On a là une organisation du Moi et une trajectoire cohérente, bref une certaine stabilité.

## II- LA PERVERSION EN THEORIE

### **Introduction :**

Si la psychanalyse ne parle de perversion qu'en relation avec la sphère de la sexualité, on peut admettre que ce terme soit associé à tout type de fonctionnement qui dévie le but initial. Nous verrons que les grandes découvertes psychanalytiques, et notamment celles de Freud, permettent d'élargir le champ de la perversion à la sphère que nous qualifierons de « morale » bien que ce terme soit dangereux puisqu'il renvoie indubitablement à une notion de Bien ou de Mal alors que justement, notre tâche de psychothérapeute nous interdit de telles références. En ce sens, Eiguer <sup>(1)</sup> précise la perversion morale comme concernant « *les relations avec les autres, marquée par une déviation de ses buts qui régissent habituellement tout lien* ».

L'étude théorique que nous proposons des deux catégories de perversion et les étapes de la construction de telles organisations ne cessera de nous interroger sur la possibilité de l'exclusivité d'une structure purement perverse chez la majorité des patients que nous suivons. Cette étude éliminera la description exhaustive de toutes les formes de perversion, ce thème pouvant à lui seul faire l'objet d'un mémoire à part. Ce qui importe ici pour nous est de comprendre comment le développement perturbé de l'enfant l'amène à utiliser des mécanismes de défense spécifiques.

---

<sup>1</sup> Nouveaux portraits de pervers moral - P 2 -

## **1) Description :**

### a) Les perversions sexuelles :

Définies par Laplanche et Pontalis comme « *Déviaton par rapport à l'acte sexuel « normal », défini comme coït visant à obtenir l'orgasme par pénétration génitale, avec une personne de sexe opposé* », la perversion pour Freud (<sup>1</sup>) est décrite en quatre sous groupes :

- la perversion comme déviation au sens de changement d'objet d'où émane la pulsion (les différentes formes d'homosexualité), ou celui qui stigmatise la pulsion (la pédophilie, la zoophilie) ;
- la perversion signée par le changement de but (regarder dans le voyeurisme ou être regardé dans l'exhibitionnisme, le sado-masochisme) ;
- celle se rattachant à une pulsion partielle impliquant le changement de zone érogène (la sodomie) ;
- la perversion caractérisée par l'attachement à un objet (le fétichisme, et on pourra ajouter la kleptomanie).

Les perversions nécessitent alors la mise en place de certaines conditions indispensables à l'obtention de la jouissance, du plaisir, conditions correspondant à un retour aux positions psychiques infantiles.

En psychiatrie (<sup>2</sup>), les perversions sexuelles sont regroupées sous le terme de paraphilies reprenant ainsi le DSMIV : « *fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée et intense, et impliquant des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation de soi même ou de son partenaire, des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période*

---

<sup>1</sup> Trois Essais sur la théorie sexuelle - Les aberrations sexuelles -

<sup>2</sup> Manuel de psychiatrie - P 373 -

*d'au moins six mois*». Elles regroupent l'exhibitionnisme, la pédophilie (ces deux premières paraphilies étant des infractions pénales), le voyeurisme, le fétichisme, le transvestisme fétichiste (port de vêtements du sexe opposé dans le but d'obtenir une excitation sexuelle), le sadomasochisme sexuel. Il est à remarquer que l'homosexualité ne fait plus partie de la classification depuis le DSM IV en 1994.

Chez Stoller, l'« aberration sexuelle » comporte trois concepts à bien différencier que sont l'aberration, la déviance et la perversion. L'aberration sexuelle est une « *technique ou une constellation de techniques érotiques utilisées comme acte sexuel complet* » (1). De là, il faudra exclure les déviances qui ne sont pas le produit de fantasmes interdits ou de fantasmes impliquant la douleur de l'autre. Alors seulement on peut déduire la perversion comme « *fantasme généralement mis en acte mais parfois confiné à la rêverie diurne (soit auto fabriquée soit produite par d'autres – il s'agit alors de la pornographie). C'est une aberration habituelle, privilégiée, nécessaire à une satisfaction totale et dont la principale motivation est l'hostilité* » (2). Il développera cette hostilité comme vengeance vis-à-vis du parent agresseur de ses zones génitales ou d'une fonction assurant la différence identitaire masculine ou féminine. Il dit : « *Mon hypothèse est qu'une perversion est la reviviscence d'un traumatisme sexuel réel visant précisément le sexe (anatomiquement parlant) ou l'identité sexuelle (masculinité ou féminité) et que l'acte pervers oblitère le passé. Cette fois, le traumatisme se transforme en plaisir, orgasme, victoire* » (3). Le principe ici décrit correspondrait donc à une annulation rétroactive. Nous considérons pour notre part que cette hypothèse nous paraît quelque peu réductrice. La perversion trouverait exclusivement une « explication » à travers un acte posé par un adulte sur un enfant. Il ne tient pas suffisamment compte à notre avis de la construction psychique de l'enfant. En outre, il nous paraît

---

<sup>1</sup> La perversion - P 21 -

<sup>2</sup> La perversion - P 22 -

<sup>3</sup> La perversion - P 25 -

difficile de pouvoir systématiquement valider cette thèse devant l'amnésie infantile si fréquente chez nos patients, amnésie qu'il est si difficile de lever du fait du refoulement.

b) La perversion morale narcissique :

Le versant sexuel prend donc une place prépondérante dans l'analyse de la perversion. Elle est apparue comme une déviation de la pulsion sexuelle avec des rites de type plus ou moins obsessionnel. Cependant, elle n'est pas seul type de perversion. Le second versant est moral et nous postulons que les perversions morales narcissiques **dévient les buts « normaux » du lien à l'autre.**

Le pervers narcissique donne à voir un être assez fin dans sa relation à l'autre et au monde. Ce qui compte, c'est l'apparence et il agira peu en face à face. Il préférera, à l'issue d'une préparation parfois longue en coulisses, asseoir sa victoire en public. Il n'a pas conscience du caractère pervers de sa conduite. Son Surmoi est très faible voire inexistant.

Dans un besoin absolu de se lier et de se sentir maître d'une relation à une personne en manque d'être, le pervers donne l'illusion à sa proie d'une complétude pour toujours être rassuré sur sa toute-puissance. Il ne veut rien devoir à personne et entend faire payer à l'autre le prix de son conflit interne. Il utilise pour cela la séduction, la persuasion, la vantardise, dans une jouissance aux dépens d'autrui sans culpabilité ni compassion à voir sa victime assujettie, asservie à sa personne et à ses projets.

Certes on retrouvera des points communs avec les pervers sexuels ayant recours aux manœuvres perverses morales, notamment dans le choix de partenaire et les processus d'initiation pour assurer leur emprise « *La*

*dimension perverse morale est, dans tous les cas, un problème d'abus, de forcing, de maltraitance, de prédation » (Eiguer<sup>(1)</sup>).*

- Mais, dans les deux pôles sexuel et moral, la **dimension transgressive** ressort toujours. Le pervers connaît les lois mais ne se reconnaît pas dans les limites qu'elles imposent. Cette particularité est particulièrement bien décrite par Eiguer dans des cas où le pervers entre en lien avec l'autre par l'intermédiaire d'objets recouvrant une valeur symbolique : l'agir de ces individus prime sur la loi et le respect des biens d'autrui. C'est ainsi par exemple que le pyromane utilise le feu dévastateur symbolisant à la fois le retour à la « nudité » totale de son corps jadis immature et la fragilité de la vie créatrice dans un lien parental frustrant <sup>(2)</sup> ; le kleptomane subtilisera les objets d'autrui, objets qui, bien qu'apparemment d'aucune utilité vitale, recouvrent pour lui une valeur hautement symbolique (connaissance, féminité) <sup>(3)</sup>. Les lois « civiles » sont bafouées avec habileté et précaution puis détournées en fonction des objectifs du pervers. Un retour à la période enfantine, où la filiation et la place du père défaillante, voire absente, n'ont pas permis l'établissement d'un Surmoi (comme construction de la loi interne) adapté à la société, éclaire sur cette impossibilité à accepter la Loi pourtant connue <sup>(4)</sup>. Seule la loi qu'il se crée devient référente et le pervers agira de sorte qu'elle soit reconnue par l'autre comme seule capable de répondre au besoin.
  
- Dans la perversion narcissique, Eiguer s'attache particulièrement à la nature du lien établi entre le pervers et ce qu'il nomme son complice. Le pervers narcissique répond à la description d'un individu créant une relation de **dépendance réciproque** avec un objet dont il tire substance pour assurer sa complétude. Il cherche à détourner le

---

<sup>1</sup> Nouveaux portraits de pervers moral - P 7 -

<sup>2</sup> Nouveaux portraits de pervers moral - P 21 -

<sup>3</sup> Nouveaux portraits de pervers moral - P 32 et 33 -

<sup>4</sup> Nouveaux portraits de pervers moral - P 51 -

narcissisme de sa victime (confiance en soi, amour de soi, estime de soi) à son profit pour regonfler son Moi. En même temps, il laissera croire à l'Autre qu'il est maître du jeu. La victime du pervers narcissique se présente comme fragile narcissiquement, structurellement (chez certains hystériques) ou ponctuellement (à la suite d'un choc émotionnel important comme un décès). Elles aussi dans un déficit de narcissisme qu'elles tentent de combler, elles vont en quelque sorte « saisir la chance qui leur est offerte » en entrant dans la relation avec celui qui leur donnera ce dont elles ont besoin. Eiguer parle alors de « complice » parce que le lien de domination instauré par le pervers narcissique est double : les deux antagonistes ont besoin mutuellement de l'autre dans une quête restauratrice de l'ego.

- Son champ d'action sera celui de la pensée et il utilise plusieurs messages verbaux ou non comme **l'induction narcissique**, plus subtile que l'identification projective en ce sens qu'elle déclenche les attitudes, les réactions attendues (exemple : « vous êtes un thérapeute tellement extraordinaire que vous seul pouvez me comprendre et m'aider »). **Les messages paradoxaux** placent la victime dans une inertie liée à l'impossibilité de concilier les deux messages contradictoires. On pourra même trouver dans la communication du pervers narcissique « **un message moralisateur** visant notamment à *s'ériger en Surmoi de l'autre (...) contraignant les autres à s'identifier à cette morale pour ne pas être rejetés par leur interlocuteur* » Eiguer (1). Par exemple à une personne dont il veut prévenir quelque velléité de le trahir, le pervers pourrait lui dire de façon anodine dans une conversation banale : « Celui qui trahit la confiance qu'un véritable ami lui donne gratuitement, celui-là ne mérite rien de ce qui lui est offert ». Puis, pour continuer à assurer cette relation de dépendance réciproque, il va devancer la victime dans ses désirs supposés et **créer ainsi le désir** que l'autre croira être le sien. Pour finir, le pervers narcissique

---

<sup>1</sup> Le pervers narcissique et son complice - P 13 -

pourra utiliser la technique de « **La faute sans nom** » : en créant une peur sans objet chez l'autre, il déclenche tôt ou tard « *une culpabilité diffuse et jette un doute sur la capacité à réparer. Au demeurant, il convient de préciser que, pour gratifier l'autre d'un amour réparateur, il n'y a de pire antidote que la faute* » Eiguer (<sup>1</sup>).

Nous venons ainsi de poser une description du mode de fonctionnement relationnel du pervers narcissique. On le nomme « narcissique » parce que c'est en effet dans cette période de construction du Moi que la faille s'ouvre pour ne laisser d'autre choix au pervers que l'obsession de combler le manque.

Nous proposons maintenant de redéfinir le principe de la narcissisation de l'enfant et les autres fondements de la perversion.

## **2) les fondements de la perversion**

### a) Le narcissisme

Le narcissisme renvoie au mythe de Narcisse, une histoire d'amour où le sujet tombe amoureux de son image renvoyée par l'eau sans pouvoir jamais l'enlacer. Il se consume pour sa passion illusoire et continuera dans la mort à chercher son image.

Le petit enfant doit, dans son évolution, découvrir son corps mais surtout se l'approprier afin que ses pulsions sexuelles puissent y trouver place : il sera alors « **corps contenant** ». C'est au travers de l'image perçue de sa mère, qu'il pourra en premier lieu commencer cette longue maturation psychique. Le narcissisme primaire « *apparaît comme une modélisation interne d'organisation : avant de l'inscrire dans une relation d'objet, l'enfant se lie,*

---

<sup>1</sup> Le pervers narcissique et son complice - P 12 -

*s'adresse à sa mère, sans l'investir comme un autre, mais comme un dédoublement de soi » - Eigner (1).*

### **- Le narcissisme primaire :**

En s'adressant à la mère, par le regard, le pleur, le cri, l'image renvoyée et perçue par le bébé est introjectée comme la première image qu'il a de lui : « *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé en ce que son visage exprime et en relation directe avec ce qu'elle voit* » - Winnicott (2) - . Ici l'enfant n'est pas encore distingué de sa mère. Il est dans sa continuité physique et psychique : la symbiose est alors totale. Cette continuité narcissique entre la mère et l'enfant permet à cette dernière de comprendre intuitivement les besoins et les demandes du petit, puis d'y répondre. La qualité des contacts physiques qu'il reçoit va, lentement, lui permettre d'accéder à la perception de son corps comme unité corporelle propre, distincte de celle de sa mère.

Dans la symbiose et pour reprendre Joyce Mac Dougall, il n'y a qu' « *un corps pour deux* » (3). Objet et sujet ne font qu'un. La narcissisation est donc capitale pour que s'établisse un lien de sujet à objet : l'enfant devient sujet en lien avec la mère objet. Pour cela, il lui aura fallu comme le démontre Winnicott « détruire l'objet » qui lui était intérieur pour le créer en tant qu'objet extérieur à lui (4).

### **- le narcissisme cadre**

Alors que le narcissisme primaire lie l'enfant à la mère indistinctement, le narcissisme cadre intervient lorsque l'enfant reconnaît l'Autre comme

---

<sup>1</sup> Le pervers narcissique et son complice - P 31 -

<sup>2</sup> Jeu et réalité - P 205 -

<sup>3</sup> Théâtres du corps - P 69 -

<sup>4</sup> Jeu et Réalité - P 167 et 168 -

extérieur à lui. Ce narcissisme devient « *celui qui contient le sujet dans son unité corporelle et psychique, qui met à la disposition de l'objet une dose d'identification encadrante* » - Eiguer (1) -. Or, la mère, par le regard qu'elle porte à l'enfant autorisera ou n'autorisera pas l'enfant à la reconnaître comme Autre, en fonction même de ses propres conflits internes et de la qualité de son désir d'enfant. Ce regard de la mère à l'enfant est construit sur la base de la qualité du désir qu'elle a d'avoir cet enfant. Il prédéterminera en grande partie le destin psychique de l'enfant.

Erick Dietrich catégorise ainsi le destin psychique de l'enfant : « *Si dans l'Inconscient de la mère concernant le désir, on trouve :un déni de fécondation, l'enfant sera autiste ; une absence de fonction phallique, l'enfant présentera une psychose fusionnelle symbiotique ; des fantasmes de parthénogenèse (l'objet de mon désir c'est moi), l'enfant sera délirant ; quelque chose s'est passé, l'enfant aura des troubles de l'identité sexuelle ; ce quelque chose fait appel à un objet qui n'est pas porté par le père, l'enfant sera pervers ; cet objet phallique le père l'a pour la mère, l'enfant sera névrosé.* » (2). Cette schématisation nous paraît tout à fait intéressante et montre à quel point la psychologie de la mère avant la naissance de l'enfant – et avant même la grossesse -, influera sur l'évolution de l'enfant, voire le prédéterminera dans son futur profil psychique.

Dans le registre psychotique, Joyce Mac Dougall précise que certaines mères ne peuvent « *se résigner à abandonner la partie fusionnelle (...). Dans chacun de ces cas, le petit enfant court le risque d'établir difficilement le sentiment vitalement nécessaire d'une identité séparée* » (3).

L'étude plus spécifique du pervers narcissique renvoie à ce narcissisme cadre dont la fonction n'aurait pas été pleinement remplie. La séparation peut alors être vécue comme une amputation de soi qu'il faudrait réparer.

---

<sup>1</sup> Le pervers narcissique et son complice - P 38 -

<sup>2</sup> Extrait du site Elysées-monceau – Publications en thérapie – Sur l'Œdipe et la relation triangulée

<sup>3</sup> Théâtre du corps - P 89 -

Cette première blessure archaïque est foncièrement en rapport avec le concept du manque qui se fera d'autant plus sentir un peu plus tard lors de la différenciation des sexes et du complexe de castration. Le lien qu'établit le pervers narcissique avec l'Autre reste ainsi empreint d'une quête du rétablissement du paradis perdu.

#### b) Les pulsions et la libido

C'est la lecture de Trois Essais qui nous décrit la perversion comme trouvant son origine dans la pulsion sexuelle. « *Devant le fait que les penchants pervers étaient largement répandus, l'idée s'imposa à nous que la prédisposition aux perversions était la prédisposition originelle et universelle de la pulsion sexuelle humaine, à partir de laquelle le comportement normal se développait au cours de la maturation sous l'effet de modifications organiques et d'inhibitions psychiques.* » Freud (<sup>1</sup>)

La théorie des pulsions sera toujours intimement liée aux perversions, qui tiennent pour Freud de l'inné, mais ne se développeront que si le système répressif intrapsychique est insuffisant. Dans ce cas, elles aimeront l'énergie sexuelle déviée définitivement de sa finalité « normale ».

**La pulsion** est une énergie biologique, ayant une source corporelle, un objet, un but, et une poussée. La pulsion provoque donc un état d'excitation, enracinant ainsi le désir dans le corps, puis vise quelqu'un (ou quelque chose), se fixe un objectif à propos de ce dernier, et y tend avec une certaine force. La tension se réduit alors à son point 0.

Les pulsions « primaires » correspondent aux pulsions que Freud qualifiera de « pulsions du Moi » correspondant à l'auto conservation (la faim par exemple).

Ces pulsions s'opposent aux pulsions sexuelles. Celles-ci se composent :

---

<sup>1</sup> Trois essais sur la théorie sexuelle - P 179 -

- d'abord des pulsions « pré-génitales » (pulsions partielles) ;
- puis de la pulsion « génitale » liée à la pulsion de « conservation de l'espèce » (la reproduction).

La pulsion permet donc de relier le sujet à l'objet dans l'objectif de décharger la tension de son énergie.

Toujours suivant Freud, toutes les pulsions partielles, se manifestent au cours du développement psychomoteur et psychique de l'enfant qui s'instaure en quatre temps ou périodes : orale, sadique-anale, latence et enfin la puberté. A chacun de ces stades, l'enfant investit une partie de son corps qui deviendra source de plaisir à l'issue de la satisfaction du besoin physiologique.

**Si au cours des deux premiers stades**, l'enfant expérimente les pulsions partielles (orales, anales, sadiques) et le choix d'objet sans retenue, c'est que les processus de refoulement sont fragiles, voire inexistants. Ce morcellement pulsionnel trouvera son issue plus tard lorsque l'ensemble de ces pulsions partielles sera rassemblé (primat du phallus) comme préliminaire de la pulsion génitale adulte dont le but premier sera la reproduction.

Freud précise alors qu' *« il peut arriver que les instincts partiels ne se soumettent pas tous à la domination des zones génitales ; un instinct qui reste indépendant forme ce que l'on appelle une perversion et se substitue au but sexuel normal de sa finalité particulière »* <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>.

---

<sup>1</sup> Cinq leçons sur la psychanalyse - P 66 –

<sup>2</sup> NOTA : Lacan apportera un nouvel éclairage concernant la notion de pulsion ne serait-ce qu'en disant qu'il n'y a de pulsion **que** partielle - Les Quatre Concepts Fondamentaux de la Psychanalyse – La pulsion partielle- . Il dément par ailleurs la notion de maturation pulsionnelle. Par exemple, il dit que le passage de la pulsion orale à la pulsion anale ne s'effectue pas selon une quelconque notion de maturation ou métamorphose mais par l'inversion de la demande de l'autre.

**C'est la période de latence** qui selon Freud est déterminante pour le développement des psychonévroses et des perversions. Ici, l'organisation sexuelle est interrompue : les pulsions sont comme « endormies », l'appareil psychique sollicitant toute l'énergie de l'enfant à l'activité intellectuelle et aux apprentissages de la vie sociale. L'enfant est désormais focalisé sur la zone génitale comme zone érogène et il est soumis à la réalité de la différenciation des sexes, laquelle apparaît sous un jour foncièrement traumatique : il entre ainsi dans le complexe de castration. Il se pose des questions sur l'origine des enfants, sur les relations entre ses parents. Faute de réponses concrètes, l'angoisse générée le plonge dans une activité fantasmatique réparatrice importante : il élabore lui-même ses réponses au travers des fantasmes appelés « originaires » (fantasme de la scène primitive, fantasme de séduction, fantasme de castration, fantasme d'abandon). Sous l'égide du père et de l'éducation dans son ensemble (s'il n'y a pas de père dans la cellule familiale, cette fonction sera remplie par tout ce qui symbolisera la séparation de la mère – le travail par exemple-), apparaissent alors les fondements des « barrières » à l'inceste et à une sexualité sans limites, au sein desquels on trouve la pudeur, le dégoût, la compassion, la morale et la soumission à l'autorité. Freud indique alors que « *sous l'influence de la séduction, l'enfant peut devenir pervers polymorphe et être entraîné à tous les débordements imaginables* » <sup>(1)</sup>. C'est encore et enfin au cours de la période de latence que l'enfant, différencié de sa mère, commence à se préparer à un choix d'objet futur répondant aux exigences de la réalité.

Ainsi l'interruption prématurée, voire la suppression de la période de latence entraîne l'échec des processus de refoulement et condamnerait l'enfant à la perversion dans sa vie sexuelle d'adulte :

---

<sup>1</sup> Trois essais sur la théorie sexuelle - P 118 -

« *Chaque pas sur ce long chemin du développement peut devenir point de fixation* » - Freud<sup>(1)</sup> -, de sorte que l'apparition des symptômes et le déclenchement de la maladie structurent le psychisme dans les psychonévroses et donc dans la perversion. Freud sous-entend ici que la fixation entraînant plus tard une pathologie perverse puisse s'ancrer aux stades archaïques ou au stade pré-génital, rendant ainsi la perversion d'origine psychotique ou névrotique.

Si l'enfance a débuté naturellement, empli qu'elle était de pulsions partielles menant à un plaisir auto-érotique, le processus normal de l'évolution vers une sexualité où le plaisir entre au service de la reproduction sous le primat des zones génitales est perturbé : les pulsions perverses ne sont que partiellement réprimées et paralysent l'évolution vers la primauté du génital : la névrose entre en scène et « *vient se substituer à la perversion* » - Freud <sup>(2)</sup> -.

Freud étudie particulièrement l'hystérie comme modèle des autres psychonévroses. L'hystérique révèle à la fois un rejet et un besoin excessifs de sexualité, le conflit entre ces deux forces trouvant comme seule issue le symptôme. Celui-ci apparaît sous l'emprise conjointe de la pulsion « génitale » et des restes de pulsions perverses enfantines mal réprimées. La névrose retient en principe le but « normal » de la sexualité mais, sous la pression constante des pulsions partielles, empêche par là même l'accès à la jouissance.

Concernant le pervers, c'est un nouveau renversement de la pulsion qui s'exerce, celle-ci retrouvant sa position initiale : une sexualité au service du plaisir sous le primat des zones partielles.

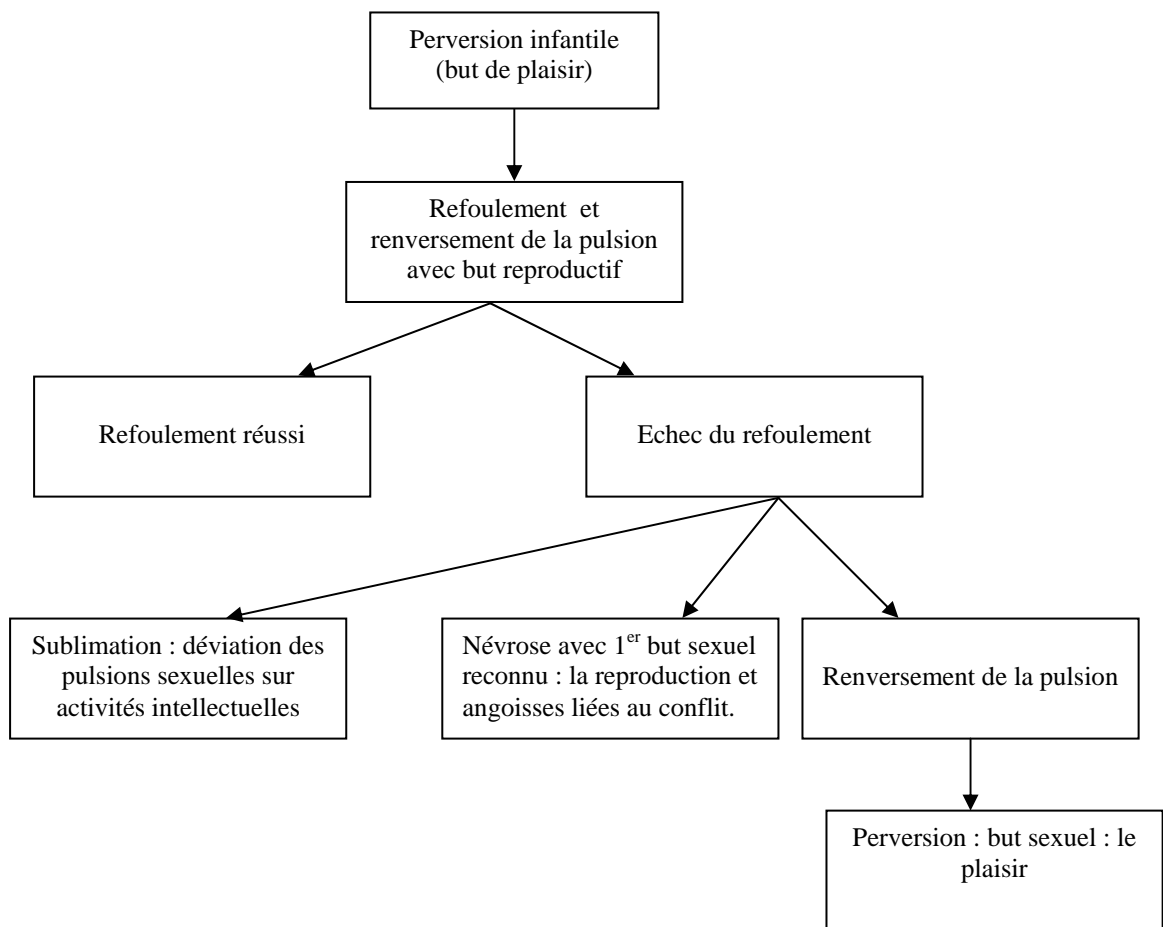
---

<sup>1</sup> Trois Essais sur la théorie sexuelle - P 185 -

<sup>2</sup> Trois Essais sur la théorie sexuelle - P 189 -

C'est ainsi que Freud écrira que « *la névrose est pour ainsi dire le négatif de la perversion* » (1).

Ainsi chez Freud, l'organisation perverse pourrait être schématisée ainsi :



On le voit ainsi plus clairement, pour Freud les perversions ne seraient, tout comme la névrose, que le résultat d'un échec du processus de refoulement lié à la question de la différenciation sexuelle. Elles ont toutes deux la même origine, fonctionnent de façon imbriquée et ne se manifestent différemment que dans leurs buts et dans les conditions nécessaires à la

---

<sup>1</sup> Trois Essais sur la théorie sexuelle - P 80 -

jouissance. La névrose et la perversion seraient ainsi les deux pendants d'une même structure.

c) Les complexes de castration et d'Œdipe :

La question de la différenciation sexuelle entraîne l'enfant dans deux problématiques intimement liées : les complexes de castration et d'Œdipe. Les fantasmes et les angoisses qui en font la spécificité sont indéniablement au cœur des perversions sexuelles et morales. Nous proposons d'en restituer ici les caractéristiques principales.

*« Parmi les fantasmes sexuels de la puberté, quelques uns sortent du lot, qui se distinguent par le fait qu'ils sont universellement répandus et largement indépendants à l'égard de l'individu. Tels sont les fantasmes de la contemplation du rapport sexuel des parents, de la séduction précoce de personnes aimées, de la menace de castration » - Freud (1) -.*

**Le complexe de castration** s'établit sensiblement différemment pour le garçon et pour la fille.

- *Pour le garçon*, tout individu est pourvu d'un pénis, comme lui, et ce membre revêt une valeur très importante : il est l'organe permettant la décharge émotionnelle des désirs oedipiens vécus à travers ses fantasmes. Il est sous le primat du phallus. En constatant la différence anatomique des sexes il s'interroge sur l'origine de cette différence et élabore le fantasme originaire de castration : les êtres n'étant pas pourvu de ce membre, ont été castrés. L'angoisse apparaît lorsque cette découverte de l'absence de pénis chez les filles trouve son corollaire dans la menace qu'il perçoit d'avoir le sexe coupé en raison

---

<sup>1</sup> Trois essais sur la théorie sexuelle - Note 3 P 169 et 170 -

de sa masturbation. Désormais, et tant que le complexe ne trouvera pas sa résolution, l'enfant cherchera à s'assurer de ne jamais être en position d'être castré et l'homme restera motivé par le désir inconscient de préserver son membre viril (désir qui se traduit dans le conscient par une "lutte d'honneur" contre tout risque d'amputation de son intégrité).

- *Pour la fille*, la découverte de l'existence du pénis déclenche immédiatement chez elle la certitude d'avoir été victime d'une castration. La femme vivra inconsciemment, dans cette angoisse et son comportement sera motivé par « l'envie du pénis », le désir inconscient de récupérer le pénis perdu (qui se traduit dans le conscient par une volonté floue de combler un manque).

Au-delà de cette description, c'est toute la notion psychanalytique du « phallus » qui donne les clefs à une compréhension des problématiques liées à la puissance et à l'impuissance, problématiques que nous retrouvons nettement dans la clinique des perversions.

En effet, l'angoisse devant le danger de castration ne porte évidemment pas sur l'organe réel mais sur la fonction symbolique qu'il recouvre : le phallus, en tant qu'objet imaginaire représentant de l'investissement libidinal.

Si la réalité de la présence de l'organe génital mâle est bien consciente chez l'enfant, ce pénis est intégré dans l'imaginaire comme pouvant être coupé, volé, coupé, dissociable du corps (comme les fèces se détachent de l'unité corporelle lors de la défécation). Il symbolise enfin pour l'enfant la puissance à jouir. Par extension, « garder » ce pénis, cette partie détachable, prendra la forme symbolique de La Puissance, celle que revêtait la mère lorsqu'elle n'était pas alors vécue comme différente de l'enfant et qu'elle comblait tous les besoins de l'enfant, le mettant ainsi dans une illusion mégalomane de toute puissance. Cette représentation enfantine lui fera tenir pour réalité que ceux qui ont le phallus sont des êtres

forts et ceux qui n'en ont pas des faibles. Il est à noter que cet imaginaire recouvre la possibilité pour l'enfant de « déplacer » le phallus ; il peut être détenu par une ou plusieurs figures familiales ou extra familiales (la mère, la sœur, la bonne, la maîtresse, le curé...)

Alors que pour le petit enfant la puissance symbolique semblait incarnée par sa mère, il constate donc qu'elle n'est pas pourvue de l'organe viril ; elle semble marquée d'un manque, d'une absence. C'est ce manque qui fait naître l'angoisse. A cette époque, l'enfant veut capter le désir de la mère : investit de cette charge libidinale, il veut être le phallus de la mère et combler son manque. Pour certains enfants cette angoisse paraît insupportable, ils s'accordent à croire que le pénis « va pousser ». *Là où il n'y a pas de pénis, il y en a un.* Si l'enfant persiste dans cette position initiale, la castration normalisatrice n'est pas effective et s'installe alors le Dénier de Castration chez l'adulte : la femme, la mère *reste* pourvue du phallus.

A ce stade, c'est bien la capacité de l'enfant à symboliser un objet par le biais de l'imaginaire qui marque son évolution psychique. L'angoisse de castration pourra être double, surtout pour le garçon et nous le reverrons dans le fétichisme : si la mère n'a pas de phallus, *c'est qu'elle a été castrée* (castration maternelle) d'où un *risque d'être soi-même castré.*

Le dénier de cette réalité fera partie intégrante des perversions pour les sujets qui n'auront pas pu faire au préalable les apprentissages successifs de perte : la perte du sein (première étape indispensable à la différenciation « mère enfant) puis, un peu plus tard, l'expérience de défécation qui peut être vécue comme la perte d'une partie de soi, génératrice de l'angoisse d'abandon et de morcellement.

Ces pertes peuvent être acceptées comme des préalables castrateurs dans le sens où elles permettent l'édification de la symbolique du manque. Si la

mère vient à manquer trop tôt ou de façon trop brutale, la fusion originelle disparaît et l'enfant se raccroche à l'illusion de la toute puissance maternelle. A la castration, il ne pourra pas accepter l'image de la perte de cette toute puissance : il lui faudrait accepter qu'il n'y pas chez la mère ce pénis, ce phallus, cette puissance dans laquelle il s'illusionnait sur sa propre puissance. Dans l'incapacité à accepter cette perte, il rejettera purement et simplement la réalité : ce sera la forclusion avec le clivage du Moi.

La résolution du complexe ne semble donc pas être réalisée chez les pervers et toute la période oedipienne se trouve compromise dans la formation du Surmoi.

**L'Œdipe** : "*Ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents. Sous sa forme dite positive, le complexe se présente comme dans l'histoire d'Œdipe-Roi : désir de la mort de ce rival qu'est le personnage du même sexe et désir sexuel pour le personnage de sexe opposé. Sous sa forme négative, il se présente à l'inverse : amour pour le parent de même sexe et haine jalouse pour le parent de sexe opposé.*" (Laplanche et Pontalis Vocabulaire de la Psychanalyse).

Le stade oedipien devrait permettre l'établissement d'une identification dans laquelle l'enfant trouverait les bases d'une construction psychique équilibrée.

Pour le garçon l'angoisse de castration apparaît alors même que le désir à la mère est installé. « *La menace de castration le force à abandonner cette position. Sous l'impression du danger de perdre le pénis, le complexe d'Œdipe est abandonné, refoulé, détruit radicalement dans le cas le plus normal et un Surmoi sévère et institué comme son héritier* » - Freud (1) -.

---

<sup>1</sup> La féminité *In* Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse - P 173 -

Chez la fille par contre, c'est l'angoisse de castration qui la plonge dans la problématique du désir au père.

Tant que le complexe de castration ne cède pas, la résolution du complexe d'Œdipe ne peut aboutir, le positionnement du père en tant que porteur de la Loi ne peut être admis et un Surmoi stable ne peut se former. Or c'est ce Surmoi, troisième instance de la seconde topique de Freud, qui se révèle défaillante dans les perversions. Lacan reprend ainsi : « *La fin du complexe d'Œdipe est corrélative de l'instauration de la loi comme refoulée dans l'inconscient mais permanente. (...) La loi (...) est basée dans le réel, sous la forme de ce noyau que laisse derrière lui le complexe d'Œdipe (...), noyau que nous savons être incarné chez chaque sujet sous les formes les plus diverses, les plus biscornues, les plus grimaçantes qui s'appelle le Surmoi* ». Lacan (1).

Ce Surmoi est censé juger le Moi, s'opposer à la prise de conscience des désirs et mettre en place l'idéalisation du Moi, « *ce que je dois être et ce que je ne dois pas être* ». L'autorité du père devrait alors être introjectée comme puissance et permettre à l'enfant lui-même de construire cette Loi de l'interdit de l'inceste suffisamment forte pour l'empêcher de passer, ou de tenter de passer à l'acte.

Enfin nous souhaitons ici mettre en lumière une autre ouverture à la genèse des perversions. Alors que nous avons jusqu'ici traité de la perversion comme aboutissement des complexes freudiens, il est en effet une autre thèse à intégrer ici : celle du traumatisme de la naissance. Dans les thèses psychanalytiques reprises précédemment, la séparation avec la mère se situe dans la petite enfance, *après* la phase symbiotique du nourrisson. Or, la naissance et son processus nous rappellent l'universalité absolue de la

---

<sup>1</sup> Le séminaire Livre 4 La relation d'objet - P 211 -

première castration qu'elle représente. Erick Dietrich, développe la thèse des empreintes laissées par le passage de l'enfant dans la filière comme devant être prises en compte dans l'étiologie de certaines perversions. Alors qu'en intra-utérin, c'est bien la fusion qui qualifie la relation mère-enfant, la violence de la naissance met le fœtus dans plusieurs situations que nous pouvons retrouver chez les pervers : l'impuissance, liée à la confrontation du corps de l'enfant au col de l'utérus insuffisamment ouvert, puis dans la deuxième étape, le « *combat pour la vie de façon titanesque, sado-masochiste, sexuelle et scatologique* » (1).

### **3°) l'angoisse et les mécanismes de défense dans la perversion**

A la lumière des concepts précédemment énoncés, il semble clair que l'angoisse de castration tiennent une des premières places des angoisses du pervers. Mais, cette angoisse, suivant Bergeret (2), ne concerne pas la castration génitale névrotique mais la castration phallique en tant que manque continu de complétude narcissique. Cette dépression correspond à la position dépressive décrite par Mélanie Klein puis Winnicott (3) et à l'activité introjective du monde extérieur : le sujet perd toutes ses illusions quant à la perception clivée du mauvais objet et semble submergé par son impuissance. Il est confronté à la réalité d'un objet total et séparé de lui qui le ramène brutalement à sa propre limite.

Nous reprendrons ici l'exemple du fétichisme, modèle des perversions en ce qu'il met particulièrement bien en lumière les mécanismes de défenses du pervers et leur articulation : le déni et le clivage de la réalité puis le réagencement de cette réalité par le pervers pour se défendre de l'angoisse.

---

<sup>1</sup> Fantômes, imaginaire érotique et perversions *In* Les fantômes - P 103 -

<sup>2</sup> Psychologie pathologique théorique et clinique - P 229 -

<sup>3</sup> La position dépressive dans le développement affectif de l'enfant *In* De la pédiatrie à la psychanalyse – P 149 et suiv. -

En lien direct avec le complexe de castration (castration de la mère et risque pour l'enfant d'être lui-même castré), la formation du fétichisme s'établit ainsi : si la mère est castrée, l'enfant risque de l'être aussi. Le Moi de l'enfant n'étant pas suffisamment solide pour supporter cette angoisse, la réalité de l'absence est déniée. Il lui faut alors trouver un substitut à ce pénis pour ne jamais être en présence du manque. L'enfant choisit une partie du corps ou un objet auquel il attribue le rôle de ce pénis dont il ne peut se passer. Selon Freud, le fétiche sera constitué par l'objet de la dernière perception avant l'irruption du traumatisme : « *L'élection si fréquente des pièces de lingerie comme fétiche est due à ce qu'est retenu ce dernier moment du déshabillage pendant lequel on a pu encore penser que la femme est phallique* » - Freud 1927 (<sup>1</sup>). Alors l'objet fétiche maintient dans l'inconscient deux idées contraires : d'une part il n'y a pas de pénis et l'objet prend sa place et d'autre part, il y a un pénis masqué par l'objet.

Lacan (<sup>2</sup>) reprend la dimension de clivage quand il remarque que le fétiche représente non le pénis réel mais le pénis en tant qu'il peut manquer. Le fétiche est en quelque sorte le signifiant d'une réalité constatée bien que déniée, ayant joué un rôle. On le voit bien ici, le fétichisme en tant que perversion constitue une défense contre l'envahissement du réel dans le psychisme, dans la mesure où le fétiche est ce signifiant phallique qui, à la fois indique, et voile la castration féminine.

#### 4°) **la relation d'objet : l'emprise**

Alors que les pulsions sexuelles ont une place prépondérante dans les perversions sexuelles, un autre type de pulsion est en jeu dans la perversion : la pulsion d'emprise. Eiguer distingue l'emprise fonctionnelle ou « normale » de l'emprise régressive du pervers sur l'objet (<sup>3</sup>).

---

<sup>1</sup> Le fétichisme *In* La vie sexuelle - P 136 -

<sup>2</sup> Le séminaire Livre 4 La relation d'objet - P 265

<sup>3</sup> Le pervers narcissique et son complice - P 74 -

Chez Freud, avant 1920, cette pulsion d'emprise est conçue comme une tendance très fondamentale à dominer l'objet, en quelque sorte un reste d'appétit cannibale. Dériverait de cette pulsion la cruauté que l'on repère chez l'enfant lors de la première phase du stade anal dite phase « sadique anale ». Il ajoute que la pulsion de savoir « *n'est au fond qu'un rejeton sublimé, intellectualisé de la pulsion d'emprise* » <sup>(1)</sup>, c'est à dire que la pulsion d'emprise peut devenir pulsion de savoir, et le travail de la pensée peut être adossé à cette pulsion d'emprise au départ.

En 1920, apparaît une nouvelle dimension à partir du jeu du fort/da <sup>(2)</sup>.: Freud explique comment l'enfant va tenter de jouer un rôle actif pour surmonter l'épreuve de séparation d'avec sa mère, pour que cette expérience déplaisante puisse être vécue comme préalable à une nouvelle élaboration psychique. Il distingue ce qui relève du principe de répétition, par rapport à ce qui s'élabore comme tentative de symbolisation. Ce qui nous permettra avec Dorey de différencier l'emprise et la maîtrise : *l'emprise* serait fondée sur le *déni du manque d'objet*, la *maîtrise* en revanche serait fondée sur la *reconnaissance et l'acceptation de ce manque* <sup>(3)</sup>.

Dorey se centre sur le désir d'emprise défini comme « *tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui* » <sup>(4)</sup>, et il distingue :

- d'une part, l'emprise obsessionnelle, qui vise à annuler l'autre en tant que sujet, le détruire, l'anéantir, le traiter comme une chose contrôlable, manipulable, disposer de lui, passer du pouvoir à la possession jusqu'à ce qu'il soit totalement dessaisi de lui-même et figé dans une position de servitude complète ;
- d'autre part, l'emprise perverse qui, plutôt située du côté de la séduction, cherche à dévoyer l'autre, l'utiliser sans son contentement, cherche la fusion, entretient la confusion et refuse la séparation.

---

<sup>1</sup> La disposition à la névrose obsessionnelle *In* Névrose, psychose et perversion - P 196 -

<sup>2</sup> Au-delà du principe de plaisir *In* Essais de psychanalyse - P 59 et suiv. -

<sup>3</sup> Le désir de savoir - P 185 -

<sup>4</sup> Le désir de savoir - P 123 -

Les deux types d'emprise, « perverse » ou « obsessionnelle » ont pour visée ultime l'autre en tant que sujet désirant ; le désir de l'autre est vécu comme menaçant et il s'agit de nier sa différence, sa singularité.

La terminologie de Eiguer est différente : il parle non pas d'emprise perverse mais d'emprise « régressive » pour la définir comme « *s'attaquant aux sources pulsionnelles de l'autre, pour en tarir ses sources, et tout particulièrement à la vie psychique qui bouillonne en lui* » (1). Il est important de préciser que ce n'est pas la destruction de l'autre qui est recherchée : « *Ce n'est pas que l'autre n'existe pas, il importe au contraire qu'il soit présent pour être anéanti* » (2). Dans la pulsion d'emprise, le pervers choisira comme victime, ou complice, une personnalité dans la pulsion d'attachement. Cette « *pulsion d'attachement lie le sujet à un objet dans une relation de dépendance passive et dans la recherche d'un amour primaire jamais obtenu* » - E. Dietrich (3) -.

On retrouvera cette emprise perverse par exemple dans le discours du « gourou » qui stigmatise chez l'autre un désir d'identification par mimétisme. Il devient « modèle » et « maître » et crée par là le réel : il édicte lui-même les lois et ne se place en référence de personne. Cette image de maître, initiateur, véhiculée par le disciple va faire office de miroir dans lequel le pervers sera pris au piège narcissique. Il croira se reconnaître et jouir ainsi de sa Toute Puissance.

Cette jouissance sera cependant fragile, à la merci du surgissement du désir du disciple de surpasser le maître. Car comme le dit René Girard (4): « *deux désirs qui convergent sur le même objet [ici le Savoir] se font mutuellement obstacle. Tout mimesis portant sur le désir débouche automatiquement sur le conflit* ». Pour s'en protéger, le pervers manipulera ces véhémences par éloges puis par disqualifications : il soutient le disciple dans son potentiel à

---

<sup>1</sup> Le pervers narcissique et son complice - P 75 -

<sup>2</sup> Nouveaux portraits de pervers moral - P 123 -

<sup>3</sup> Moi, mon couple et mon psy - P 151 -

<sup>4</sup> La violence et le sacré - P 217 -

parvenir à la jouissance et à la fois lui démontre qu'il n'arrive à rien. « *L'homme ne peut pas obéir à l'impératif « imite moi » qui retentit partout, sans se voir renvoyé presque aussitôt à un « ne m'imité pas » inexplicable qui va le plonger dans le désespoir et faire de lui l'esclave d'un bourreau le plus souvent involontaire* » (1).

Bien entendu, dans le cas du pervers, il n'y a pas comme dans le texte de René Girard une « non volonté » de culpabiliser ainsi le disciple. Le processus s'enclenche simultanément à la séduction initiale dans les injonctions paradoxales plus ou moins énoncées.

## **Conclusion**

Cette étude des approches théoriques de la perversion tant sexuelle que narcissique nous permet ici de reprendre les principales propositions que nous retenons aujourd'hui pour qualifier la perversion.

En résumé et pour suivre la théorie freudienne massivement accréditée par nombre d'auteurs, on peut dire que la structure perverse se décline ainsi :

- Le choix exclusif d'un but partiel au détriment du primat du génital
- L'absence de culpabilité
- Le déni de la perception de la castration féminine - déni maintenu avec apparition d'un clivage du Moi -.

1°) Nous définissons comme pathologiquement perverse la sexualité où l'obtention de la jouissance est recherchée dans des conditions particulières que l'on peut qualifier de symptômes :

---

<sup>1</sup> La violence et le sacré - P 219 -

- les relations de type sado-masochistes ;
- la non reconnaissance de l'Autre :
  - \* comme personne totale et différente (comme dans le fétichisme) ou
  - \* dans un consentement plus ou moins imposé (la prostitution conjugale par exemple)
- la surprise infligée au partenaire choisi au hasard (dans le cas de l'exhibitionnisme) ;
- la non présence directe du ou des partenaires (notamment dans le voyeurisme).

Cette sexualité perverse ne retient donc pas pour nous l'homosexualité, la bissexualité, la transsexualité. Ces pratiques ne sont pas pour nous des perversions en tant que telles, mais on pourra retrouver ponctuellement chez leurs acteurs une pathologie sexuellement perverse. De même, la sexualité de groupe (plus de 2) ne sera pas qualifiée de perverse en tant que telle. Le libertinage est pour nous une fantaisie érotique, l'expression d'un fantasme réalisé entre adultes consentants et respectueux des désirs de chacun. Dans ce cadre non pervers, on pourra alors trouver de façon individuelle des personnalités perverses dans le « besoin » de passer par ce type de sexualité pour parvenir à la jouissance.

En outre, à l'instar d'Erick Dietrich (<sup>1</sup>), nous pensons que certaines pratiques ne relèvent plus de la perversion sexuelle ainsi entendue, mais plus de pathologies lourdes du type des psychoses et des psychopathies. L'actualité nous en donne malheureusement très régulièrement de sinistres illustrations. Ce sera le cas de la pédophilie exclusive, l'inceste répété, la nécrophilie, le sadisme impliquant la torture et l'atteinte à l'intégrité physique, le viol, la zoophilie. Il nous paraît en effet important de différencier perversion et psychopathie bien qu'ici encore, c'est la dose qui fait signe. Le psychopathe répond à des caractéristiques précises définies par JD. Guelfi

---

<sup>1</sup> Fantasme, imaginaire érotique et perversions *In Les fantasmes* - P 97 -

(<sup>1</sup>) et qui démontre une personnalité moins « mentalisée », plus comportementale, impulsive portée à l'agir parfois incontrôlé, très instable, antisociale.

La sexualité perverse diffère de la sexualité névrotique en ce sens que le pervers sexuel n'a pas refoulé certaines de ses pulsions partielles et n'a pas accédé ainsi à une génitalité totalement adulte ; il passé à l'acte les fantasmes plus ou moins conscients, plus ou moins refoulés des névrosés.

2°) Alors que la perversion sexuelle semble relativement aisée à détecter chez nos patients de par leur propre description de leurs pratiques, la perversion morale est plus difficile à repérer. Elle trouvera cependant son expression dans le mode relationnel au monde et à la réalité. Celle-ci ne peut être acceptée comme telle ; elle est alors clivée, déniée, ré agencée pour devenir acceptable, et présentée au monde (par le biais des manipulations) comme seule valable. L'enjeu du pervers est clairement pour nous un enjeu de Toute Puissance, ou tout du moins de « non impuissance », comme nous pourrions le constater dans notre cas clinique.

3°) L'angoisse mise en lumière est celle de castration, celle-ci étant en lien direct avec une narcissisation mal réalisée, et donc avec une angoisse d'impuissance. Et l'on aperçoit ici la dialectique incessante entre les pôles psychotique et névrotique sur laquelle nous reviendrons.

4°) Le conflit pour le pervers est double :

- restaurer le narcissisme d'une toute puissance mégalomaniacque
- lutter contre la dépression elle-même liée à la fois, à cette impuissance, à la perte d'objet enfin à la lutte contre tout attachement à l'objet (par la disqualification et par le déni de son importance.

---

<sup>1</sup> Manuel de psychiatrie - P 337 -

Nous rapporterons ici un cas clinique qui nous semble illustrer notre hypothèse. Le cas de Michel, notre patient, laisse entrevoir, nous semble-t-il, sous une organisation de type névrotique avec noyau psychotique, la manifestation des deux grandes catégories de perversion : sexuelle et morale.

Nous tenterons ensuite de démontrer chez lui l'utilité d'un tel mécanisme pour pouvoir le qualifier de mécanisme défensif.

## **I - CAS CLINIQUE**

Le patient a exprimé vouloir entamer une psychothérapie avec nous sur recommandation d'une relation elle-même en suivi thérapeutique depuis quelques mois.

La thérapie aura duré onze mois pour être finalement interrompue lors d'un groupe patients.

### **Première séance :**

Le patient dit souffrir d'une rechute dépressive depuis quelques semaines. Michel exprime des angoisses – qu'il qualifie « d'angoisses de mort » - qui ne le quittent plus, et sa crainte permanente de voir une maladie grave se déclencher à tout moment.

Au fil de la thérapie, le patient décrira ses angoisses de mort comme des angoisses liées à sa propre disparition : n'être plus là, disparaître de la scène familiale et sociale, ne plus être consulté par ses enfants pour les décisions importantes, être oublié.

Ainsi donc, le patient présente incontestablement certains symptômes dépressifs : tristesse permanente, difficultés à se concentrer sur son travail, arrêt de toute activité physique, et une vie sexuelle semble-t-il « endormie ». Il ne trouve un sommeil superficiel que tard dans la soirée pour être réveillé dès trois heures du matin.

Lorsque nous lui demandons s'il note d'autres symptômes, il se lance dans un discours de près de trente minutes donnant force détails sur sa santé physique, mentale, et sur les prises en charge médicales, hospitalières et médicamenteuses.

Sa première « dépression » remonterait à un an plus tôt lorsque sa fille, lors d'une crise d'adolescence plus appuyée que les autres, aurait affronté violemment son père en signifiant sa volonté de quitter la maison familiale pour suivre ses études loin de lui. A cette même époque, sa sœur, pharmacienne perdait son enfant dans un accident de voiture. Michel en aurait été très affecté ; c'est lui qui est allé reconnaître le corps déchiqueté de son neveu à l'hôpital.

Le patient confiera, plus tard, que c'est pendant cette même période dépressive qu'il apprit le décès de sa maîtresse, atteinte d'un cancer fulgurant.

Devant la souffrance du patient, son médecin généraliste - ami et confident de longue date - lui suggère de consulter un psychiatre ; ce qu'il fit.

Il exprimera alors qu'il nous consulte aujourd'hui mais se « méfie » des « psy » : le psychiatre qui l'a reçu aurait fait preuve d'irrespect en le laissant attendre plus d'une heure dans la salle d'attente sans même s'excuser de ce retard. Michel ne supporte pas que l'on soit en retard pour le recevoir ; il l'aurait d'ailleurs clairement signifié au médecin. Avec une certaine condescendance, il nous dit avoir apprécié notre ponctualité.

C'est donc son généraliste qui lui prescrit depuis un an un traitement anti-dépresseur et anxiolytique.

Quelques mois avant le début de cette dépression, le patient aurait été victime d'une phlébite et de plusieurs alertes cardiaques. Hospitalisé en urgence à plusieurs reprises, il affecte de préciser que l'on s'est toujours « bien occupé de lui » à l'hôpital, qu'il « remettait sa vie entre les mains de médecins très compétents » et que là, il n'éprouvait aucune peur de mourir. Le patient est ainsi soumis, aujourd'hui, à plusieurs traitements médicamenteux et à une surveillance médicale permanente. Il ajoutera qu'il souffre fréquemment de migraines et de périodes de constipation sévère.

### **Deuxième séance :**

La deuxième séance débutera par des remerciements très appuyés. Le patient confiera se sentir en totale confiance avec nous, persuadé que nous pourrions lui venir en aide pour retrouver confiance en lui. Il se livrera pendant les consultations suivantes sur sa situation présente et sur les éléments de l'histoire familiale dont il se souvient.

### **Situation actuelle :**

Sur sa situation actuelle, le patient nous présente un tableau de « réussite » socio-économique et familiale.

A 45 ans, directeur d'une entreprise du Bâtiment, filiale d'un grand groupe national, il manage 45 salariés et gagne un très bon salaire dont il n'hésite pas à nous donner le montant.

Ses salariés, selon lui, l'apprécient pour son sens de la justice, sa fermeté et sa générosité : il tient à maintenir une autorité de type paternaliste.

En même temps Directeur du Personnel, Directeur Commercial et Directeur Technique, il dit emporter toujours les marchés financièrement importants et s'enorgueillit de la réussite de l'entreprise et du respect emprunt de crainte que lui vouent ses concurrents.

Il a deux résidences : un appartement où il réside en semaine, situé à côté de son lieu de travail, et la maison du couple à cent kilomètres de là où il ne va que le week-end.

Le patient est marié depuis vingt ans et père de deux enfants de 18 et 19 ans, l'un et l'autre destinés à de « hautes études » : sa fille, ayant obtenu brillamment son baccalauréat, doit entrer en faculté de médecine, et son fils débute une école d'architecture.

Il présente son épouse, sage femme, comme douce et patiente, très bonne mère et bonne maîtresse de maison. Elevée sans affection, elle est réservée et ne montre pas ses émotions. Le patient nous indiquera bien plus tard que sa sexualité est inhibée.

### **Sa mère :**

Le patient vient d'un milieu ouvrier modeste.

Enfant, sa mère, aujourd'hui âgée de 83 ans, a été abandonnée puis placée dans une famille où elle fut plus « domestique » que fille adoptive. A 17 ans, elle rencontre un homme qui la « sort » de cette maison. Il l'épousera et ils auront deux enfants. Elle est mère au foyer jusqu'aux 10 ans du patient et rencontre de fréquents épisodes dépressifs.

Tandis que sa soeur ira à l'école maternelle, Michel, lui, restera avec sa mère jusqu'à son entrée au CP.

La prime enfance du patient est donc indissociable de l'emprise maternelle. Cette mère n'aura de cesse de le surprotéger, le convainquant de sa soi disant fragilité physique et de son incapacité à être indépendant, justifiant par là même ses comportements intrusifs répétés (elle lui fera sa toilette intégralement jusqu'à ses 10 ans) et de ses méchancetés auprès de quiconque ose critiquer ou «attaquer» son rejeton. Michel parle d'une femme capable de tuer pour lui.

Le patient entrera directement au Cours Préparatoire, à six ans, non sans avoir été mis sous la protection de sa sœur et avec les plus vives recommandations auprès de la maîtresse quant à sa faiblesse physique.

Le patient dormait dans la même chambre que sa sœur et se réfugiait très souvent dans son lit à l'occasion de fréquentes terreurs nocturnes, à une période qu'il situe à son entrée à l'école. Il avait peur que quelqu'un entre dans la maison et commette quelque méfait.

C'est aussi à cette période qu'il surprendra, dans la salle de bains, une amie de sa mère, venue passée quelques jours, uniquement vêtue de ses bas et d'une culotte. Il n'en dira mot à personne mais gardera une très forte impression de cette vision.

Il sucera son pouce jusqu'à l'adolescence.

Enfin, le patient rapportera que les devoirs scolaires se faisaient sous la houlette de sa sœur qui monnayait ce « service » auprès de la mère.

A partir de 11 ans, participant aux activités sportives scolaires, le patient « décide » de devenir musclé, fort. Il y parviendra rapidement, imposant alors pendant toute son adolescence ses volontés à tous, par la force si besoin.

Notons que le patient résistera farouchement pendant la thérapie à toute critique émise à l'encontre de sa mère.

### **Son père :**

Le père, toujours vivant, est âgé de 90 ans.

Le patient parle souvent de lui, aujourd'hui homme vieillissant, ayant perdu force et aura. Il en est très touché.

Ce père, chef de chantier (dans le bâtiment comme Michel), est très absent en raison de ses déplacements professionnels jusqu'à ce qu'il obtienne un poste fixe vers les 10 ans du patient.

Lorsqu'il est à la maison, il ne s'occupe pas des enfants, laissant ce rôle à sa femme. Toutes les demandes des jeunes enfants passent par « le filtre maternel ».

Présenté par sa mère comme « coureur de jupons », le patient exprime la gêne qu'il ressentait devant les « gestes déplacés » que ce père avait pour sa mère, lors de ses brefs passages à la maison.

Nous l'interrogeons sur ces « gestes déplacés ». Le patient parlera de « main au fesses » et d'allusions grivoises. L'enfant fantasmera alors que sa mère subissait l'acte sexuel sans qu'aucun souvenir auditif ou visuel n'ait jamais pu être mis au jour pendant la thérapie.

Le patient décrira son père comme un être « rustre et bourru », qu'il admirera toujours - et dont il cherchera à égaler la puissance physique par une pratique sportive intensive -. C'est un homme respecté et craint dans le village, à la carrure physique qui impressionne l'enfant. Le patient parle de grandes mains dont il a pu faire la cuisante expérience à quelques reprises ! Il garde l'image d'une puissance physique « colossale » capable de déferler dans quelques bagarres villageoises.

Un épisode est gravé dans la mémoire du patient. Agé alors de 11 ans, la famille participait à un loto au village. La mère de Michel, sans doute mutine, s'amusait à lancer de petits cailloux sur la femme d'un villageois en conflit terrien avec le père de Michel. Celle-ci s'offusquant de ces manières, le mari s'en mêla et la discussion s'envenima. Le patient raconte avec beaucoup de bonheur qu'il vit alors son père « sauter de sa chaise » et se jeter sur le pauvre homme, le rouant de coups. Il sortit vainqueur et la mère applaudit à l'exploit de l'avoir ainsi « sauvée ». Cette image du père intervint de façon déterminante dans le processus identificatoire de Michel : la puissance s'obtient en public, par la violence s'il le faut ; la femme est témoin admiratrice et se soumet alors au désir de l'homme.

Ainsi, jusqu'à une dizaine d'années, le patient s'est construit avec un père vécu comme absent de son éducation, Tout Puissant et inaccessible, une

mère soumise et subissante à l'égard du mari, mais surprotectrice à l'égard de son fils, pour lequel elle véhicule l'image d'une grande fragilité, et une sœur aînée plutôt manipulatrice. Il est entouré principalement de femmes.

### **Sa fille :**

Au fil des séances, le patient se livre petit à petit sur les difficultés relationnelles avec sa fille, Virginie, depuis plus d'un an. Celle-ci lui reproche de « ne pas la laisser vivre », de lui imposer ses idées politiques, d'être colérique, « d'avoir toujours raison » sans même écouter.

Alors qu'il veut « bien faire », il n'accepte pas de la voir prendre son envol. Ainsi, quand il découvre par hasard que sa fille, alors âgée de 18 ans, prend la pilule et, qui plus est, avec l'assentiment de son épouse, il ne décolère pas. Il se sent « manipulé par ces femmes qui manigacent dans son dos » alors qu'il aurait jugé nécessaire de participer à la décision d'une quelconque prise de contraceptif par « son enfant ».

C'est alors, devant l'incommunicabilité de son père, que Virginie décide de poursuivre ses études ailleurs que dans la région. Le patient vivra cette décision comme un « abandon » de la part de sa fille. Celle-ci quelque peu déstabilisée consultera pendant quelques semaines un psychologue. Michel en aura connaissance en consultant l'agenda de sa fille à son insu. Il n'hésitera pas à prendre contact avec le thérapeute pour savoir ce qu'elle avait pu dire et raconter de lui. Devant le refus qui lui fut naturellement opposé, devant la défense que son épouse prit pour leur fille, devant l'opposition manifeste de Virginie, Michel « sent le sol s'effriter sous ses pieds » ; il commence son premier épisode dépressif.

Depuis, cette époque, sa femme et sa fille sont « en retenue » avec lui et il en souffre.

C'est au cours de la thérapie que Virginie déménagera de la maison pour aller faire ses études. Le patient passera une séance entière à pleurer sur le divan (c'est la seule fois où il s'allongera). Il semblait enfin s'autoriser, après 3 mois de thérapie, à laisser vivre ses émotions...

Pendant quinze jours, il montra une grande difficulté à « reprendre pieds ». Il craignait de sombrer à nouveau dans une dépression profonde, guettant le moindre signe de défaillance de santé en consultant son médecin deux fois par semaine, et nous suppliant de lui apporter un soulagement.

Il faudra du temps au patient pour conscientiser qu'il n'a fait là que reproduire sur sa fille le phénomène englobant maternel subit dans l'enfance, quand il prétend n'avoir comme seule volonté que celle d'être un « bon père aimant et attentif », comme son propre père ne l'a pas été avec lui. Ayant craint son père, il veut réparer la blessure de l'inaccessibilité en s'assurant sans cesse d'être présent et aimable (comme pouvant être aimé). Cette identification au père – à l'opposé du vécu douloureux - est alors « polluée » par l'apprentissage fait de la méthode intrusive de la mère, lui aussi douloureux.

Ce n'est qu'alors que le patient comprendra pourquoi sa femme et sa fille sont sur la retenue avec lui : lorsqu'elles lui montrent un amour qu'il identifie comme réparateur, il est happé par un désir fusionnel et devient intrusif.

### **Sa vie extra conjugale :**

Au cours d'une séance, le patient reçut un message sur son portable et montra à sa lecture un grand embarras. C'est alors qu'il commencera à s'ouvrir sur ses multiples aventures extra conjugales et, par la suite, sur sa sexualité.

Le patient dit être très amoureux de son épouse, mais entretient, voire collectionne, de multiples relations. Deux d'entre elles l'ont marqué et le marquent encore.

Christiane, était sa secrétaire voilà quinze ans. De dix ans son aînée, cette femme - que le patient qualifie d'hystérique -, se plaignant de relations

conjugales déplorables avec un époux impuissant, aurait cherché à le séduire, sans succès.

Le patient était sur le point de conclure un important contrat. Le mari de Christiane, édile très influent et redouté par ses adversaires politiques dans la région, pouvait intervenir de façon décisive. Christiane mit Michel dans son lit et lui promit de « faire quelque chose ». Quelques jours plus tard, le contrat était conclu.

« Elle m'a pris » dit le patient qui, depuis, n'a plus réussi à se défaire de cette maîtresse.

Christiane quitta l'entreprise suite à une dépression sévère. Néanmoins, sous le prétexte de dîners mondains, elle invita Michel et sa femme à la maison, parvint à se faire une amie de son épouse, allant jusqu'à attirer le couple pour des vacances communes dans la résidence secondaire du Sud de la France.

Michel tenta bien de rompre à plusieurs reprises. Christiane lui fit du chantage au suicide, menaça de tout révéler à son mari impulsif et violent, de tout raconter à son épouse.

Le temps a passé, Christiane, aujourd'hui à l'orée de la soixantaine, ne correspond absolument plus aux critères de beauté de Michel... mais sous sa pression constante (plusieurs appels téléphoniques par jour) et sous la menace incessante de rompre le secret, ce dernier reste prisonnier de cette relation. Il parvient depuis le début de la thérapie à ne plus avoir de relations sexuelles avec elle mais se sent tyrannisé. Il lui arrive de fantasmer la mise au point d'un plan machiavélique pour la faire disparaître mais dit n'a jamais envisagé sérieusement de passer à l'acte.

Quand débuta sa relation extra conjugale avec Christiane, le patient nous dit être « tombé amoureux » d'une autre femme, très belle, intelligente et... malheureuse en ménage : Monique. Il nous raconte qu'il lui apporta « l'épanouissement sexuel » qui lui manquait. Il la décrit, ensuite, comme immanquablement étouffante et envahissante, ce qu'il ne pouvait supporter en plus de sa relation difficile déjà en cours avec Christiane.

Il mit un terme à la situation mais Monique continuait à l'appeler sans cesse, le suppliant de revenir sur sa décision. Monique est tombée malade, atteinte d'un cancer fulgurant. Elle décéda deux mois plus tard.

Michel fut profondément affecté par ce décès, se reprochant de n'avoir pas eu le courage de continuer avec elle pour lui apporter « le bonheur jusqu'à la fin de ses jours ».

Le patient a besoin d'être sans cesse rassuré sur son pouvoir de séduction, malgré le temps qui passe. Il se targue d'être toujours le seul capable d'aimer les femmes comme elles en ont besoin. Il passe un long moment en consultation à nous expliquer combien il aime « La Femme, créature superbe sans laquelle le monde n'existerait pas » ! Il aime celles qui sont « belles, intelligentes, animales, câlines » ; elles lui donnent tant d'affection ! Elles sont comme « des enfants en quête de l'amour qu'elles n'ont pas eu » ; il peut les sauver, combler leur manque comme personne.

Il continue aujourd'hui à conquérir des femmes, toutes mariées à des hommes « puissants » professionnellement et mères de famille. Il ne résiste pas à la beauté physique de personnes soignées, coquettes, classiques et sexy. Le patient nous explique de façon précise qu'il « repère » celles qu'il estime malheureuses en couple, entre dans la danse de la séduction par de multiples cadeaux et attentions qui ne tardent pas à les faire succomber. Les relations ne durent que quelques semaines puis il rompt et constate avec fierté que les femmes tentent pendant longtemps de le revoir, le pressant de compliments sur sa capacité à les combler.

Sur sa sexualité, le patient expliquera qu'il ne pénètre vaginalement que sa femme. Il déplore cependant qu'elle soit inhibée et ne porte pas de sous-vêtements affriolants : sa nudité le met mal à l'aise.

En ce qui concerne ses maîtresses, il aime les faire jouir sans les pénétrer, tandis qu'elles sont toujours parées de beaux sous-vêtements. Il avouera

avoir des fantasmes de jeux de domination-soumission qu'il dit n'avoir jamais mis en acte.

Quelques semaines avant le terme de sa thérapie, le patient mettra au jour que ces conquêtes sont révélatrices d'une haine refoulée des femmes directement puissantes ou porteuses de la puissance de leur époux. Cette conscientisation s'accompagnera alors d'une sensation de dégoût et de culpabilité intense. Le dernier épisode porté à ma connaissance fut celui d'une femme rencontrée dans un bar.

La discussion engagée, elle correspond en tout point à ce qu'apprécie Michel. Il tombe alors sous son charme mais n'aura pas le temps de mettre en place son cérémonial séducteur. Elle prit les devants en l'invitant à la raccompagner. Le patient raconte qu'à peine arrivés chez elle, elle se déshabille devant lui, « lui saute dessus » et prend toutes les initiatives d'une femme libertine.

Dépassé, pris au piège, il s'obligera à lui donner du plaisir et « subira » en retour une fellation qui le laissera nauséux. Il s'enfuira et rentrera penaud chez lui avec un vague sentiment de culpabilité.

Dès le lendemain, il fut pris de brûlures intenses accompagnées de rougeurs sur toute la zone pubienne et jusqu'aux milieu des cuisses. Son médecin ne décela rien de particulier. Michel comprenait bien qu'il somatisait ce qu'il avait vécu comme une agression, un viol par une femme qui avait pris le pouvoir !

### **Les groupes :**

Au cours de sa thérapie, le patient accepta de participer à deux groupes. Le premier fut marqué par une difficulté à vivre deux jours et demi dans un contexte qui lui paraissait « inquisiteur ». Il lui fut d'ailleurs impossible de passer la nuit sur place, ce qui ne nous a été rapporté qu'après le groupe par un autre patient.

Plus il entendait les autres membres du groupe s'exprimer tant verbalement que corporellement, plus la sensation de « danger » se faisait importante. Il lui fallait impérativement donner l'image d'un homme fort et surtout, d'un homme qui pouvait aider les autres, les « faibles ». Le transfert négatif prenait forme. Il reprocha à l'équipe thérapeutique, composée uniquement de femmes, de se positionner en « dominatrices cyniques » et de ne pas apporter de soulagement immédiat aux douleurs ainsi « étalées ». Admettant de considérer sa violence verbale, il assura qu'il aurait porté des coups s'il avait eu un thérapeute masculin en face de lui mais que les « pauvres femmes » ne « méritaient » que l'agressivité verbale. Il imposait alors avec vigueur, voire véhémence ses « solutions » pour les autres, des recettes miracles pour « s'en sortir dans la vie ».

L'équipe thérapeutique dut l'amener à un recentrage sur lui-même et sur le besoin exprimé par les autres patients de pouvoir voir simplement leur souffrance accueillie. Son agressivité était à peine masquée.

Le deuxième jour, un thérapeute masculin, le Dr Komen, se joignit à l'équipe et l'attitude de Michel se modifia instantanément. Loin d'être agressif, il manifesta une soumission quasi-totale à un procédé thérapeutique pourtant plus vif.

La décompensation fut à la mesure des résistances mises en œuvre.

Le patient revint en séance individuelle dans un état de type dépressif. Il exprima une grande culpabilité à notre encontre, demandant pardon pour son attitude « impardonnable ». Il avait donné l'image d'un homme rigide, agressif, incapable d'écouter les autres et de s'écouter lui-même. Il demanda très vite à pouvoir refaire un groupe « pour se racheter ».

Les séances suivantes furent consacrées à son agressivité vis-à-vis des femmes et à son attitude vis-à-vis des hommes.

L'analyse du transfert commençait doucement, mais il était extrêmement difficile pour le patient de travailler en face à face avec une thérapeute féminine sur l'agressivité sous jacente et de sa colère pour sa mère.

Le deuxième groupe, quatre mois plus tard, débuta pour le patient dans le désir apparent d'une collaboration active. Il se montrait ouvert, jovial, compréhensif. Son écoute des autres semblait davantage tournée vers ce respect dont il n'avait pas fait montre la première fois. Il déclara cependant d'une façon assez vive et triviale que ce groupe serait l'occasion pour lui de ne penser qu'à lui, sans se soucier du regard des autres.

Pourtant, dès le lendemain, il fit à nouveau preuve d'agressivité vis-à-vis d'une des thérapeutes, enceinte, lui reprochant sa présence « dans son état » et réitéra, comme lors du premier groupe, ses jugements sur l'incompétence de l'équipe thérapeutique à aider les patients. Il participa néanmoins avec conciliation aux exercices proposés et notamment à l'un d'entre eux, consacré à l'impuissance et son pendant, la toute-puissance. A l'issue de ce travail il déclara qu'il n'abandonnerait jamais sa toute-puissance et qu'au contraire il allait en privilégier la culture. Contacter l'impuissance lui apparaissait comme une preuve de faiblesse et de couardise dont il était inconcevable de tolérer la présence.

Le soir, alors que l'équipe thérapeutique décidait de dîner avec le groupe, Michel passa à l'acte. Il dévoila à l'assemblée qu'il avait bien reconnu l'une des participantes du groupe – également présente lors du premier groupe –. Il se lança dans une description de plus en plus intime du passé de celle-ci : elle était en effet strip-teaseuse. La jeune femme, Sandra, également en thérapie avec nous, ne bougea ni ne rétorqua, tout comme le reste du groupe subjugué par le flot de détails avancés. Michel ne fut interrompu dans son acting que trop tard par une autre thérapeute.

Le lendemain, une autre patiente ramena la gêne ressentie lors de ce dîner et le reste du groupe travailla sur le non-dit, le voyeurisme inconscient et la passivité qui s'était mise en place face à une situation de viol de l'intime.

L'analyse fut immédiatement portée sur l'erreur commise par l'équipe thérapeutique qui n'était pas intervenue suffisamment tôt.

Le patient dévoila alors avec un plaisir non dissimulé ce qu'il qualifiait lui-même de « stratégie » : il connaissait en effet Sandra, savait qu'elle était dans un fort transfert positif avec nous et avait utilisé sa naïveté pour nous plonger, en tant que thérapeute, dans l'impuissance. La jeune femme n'avait, effectivement, pas vu le coup venir et n'était pas encore capable de stopper le « viol ». Le patient le savait et avait utilisé cette faiblesse pour nous emmener le plus loin possible dans la faute : la non protection de « l'enfant » tandis que, dit-il « si j'avais été témoin d'une scène pareil de viol, je serais immédiatement intervenu ». Une autre patiente, Emmanuelle, intervint alors et qualifia son comportement de « pervers » puisqu'il avait manipulé quelqu'un pour agresser sa thérapeute, ce que Michel confirma avec satisfaction tout en précisant dans une attitude défensive qu'il n'entendait pas être aux prises avec une quelconque culpabilité dans un jeu où la patiente n'aura été qu'un instrument et où il aura enfin révélé qu'il était « le plus fort ».

Il prononcera cette phrase : « j'ai gagné ! ».

Très vite, Michel comprit que la mise en acte violente de sa pulsion sadique remettait en cause sa thérapie individuelle.

Il quittera le groupe qu'il accuse de le juger et de ne pas l'aimer. Il attendra dans sa voiture que le groupe fasse une pause et s'écroulera à nouveau, s'auto accusant de son attitude et s'excusant auprès de la jeune femme de l'avoir ainsi utilisée.

## **II – ANALYSE**

Le cas de Michel a véritablement posé pour nous la question de la structure. S'agissait-il d'une structure perverse telle qu'on la théorise ou pouvait-il répondre à notre modèle de construction psychique ? Bien que le dénouement final ait pu laisser penser que Michel était « pervers » il nous a semblé intéressant de regarder de plus près les éléments de sa construction et nous en proposerons ici nos conclusions. Nous retiendrons donc comme hypothèse de départ une « structure de base » et en développerons les caractéristiques. Puis nous regarderons son mode de perversion, sur le plan sexuel et moral.

Par contre, et nous souhaitons le préciser ici, bien que la thérapie ait duré onze mois, il ne nous a pas été possible de mettre à jour tous les mécanismes de la construction du patient de par les résistances importantes qu'il a mis en place et a maintenu tout au long de la cure.

### **1) Structure de base**

#### **a) Présentation et caractère**

Observant sa présentation, son comportement, ses mimiques faciales et corporelles, Michel apparaît comme camouflé derrière une carapace musculaire du haut du corps. Son thorax est comme « gonflé » ; la sangle abdominale est proéminente tout en étant très ferme. Il protège encore un

peu plus cette carapace en gardant toujours les bras croisés. Une « cassure » apparaît très nettement au niveau du bassin et le bas du corps semble plus équilibré avec ce que je visualise comme l'enveloppe corporelle contenue sous la carapace. Le patient se déplace de façon assez rigide avec les épaules légèrement en dedans. Le sourire est à la fois crispé, obligé, et en même temps « carnassier ». L'énergie qui se dégage de cet homme est une énergie que nous qualifierions d'agressivité masquée. Son comportement en thérapie individuelle s'avèrera toujours le même : il s'assied (il refuse de s'allonger sous prétexte qu'il n'aime pas ne pas regarder son interlocuteur, et pourtant le regard est parfois fuyant) exactement au même endroit, positionne son corps toujours de la même façon. Il pose à côté de lui de façon méthodique ses deux portables, son agenda et son portefeuille. Il vérifiera systématiquement deux fois de suite (à intervalle d'environ 5 minutes) que son portable fonctionne. Il est très soigné (chemises impeccablement repassées...).

Cette description répond donc à un individu de type psychopathe dominateur, selon la typologie lowénienne (<sup>1</sup>), et à un comportement de type obsessionnel.

Le caractère obsessionnel trouve sa confirmation dès la première séance individuelle dans le mode narratif adopté pour expliquer ses maladies : on aura une abondance de détails descriptifs, une minutie dans les datations, durées, périodicités des pathologies (le patient fournira des dates d'entrée et de sortie d'hôpital etc.). On a une très nette impression que la première consultation a été entièrement préparée, répétée, et que le patient ne souffre aucune question ou commentaire qui puisse le dévier de ce qu'il a prévu de livrer de lui. Cette absence de spontanéité et la prépondérance du rituel de présentation se manifesteront d'ailleurs dans le premier temps de sa participation en groupe patients. Il n'y livrera rien de lui sinon ses

---

<sup>1</sup> Site Ellysées Monceau – Publications en thérapie – Typologies et lecture corporelle.

symptômes dont la fonction reste malgré tout très importante dans son mode relationnel.

En outre, le choix du thérapeute en tant que personne du sexe féminin n'est pas négligeable. Il la complimentera celle-ci à plusieurs reprises sur ses tenues vestimentaires (plus particulièrement sur ses chaussures) ou encore sur sa coiffure, son maquillage etc. Il avouera avoir eu envie de la séduire mais, connaissant les règles, ne pas avoir voulu les enfreindre. Ici le transfert oedipien est manifeste. On notera immédiatement que c'est en contournant cette règle que se mettra en place le comportement pervers final.

## **b) Fixations**

Toute la **phase orale** de Michel est marquée par la surprotection, l'omnipotence d'une mère souffrant elle-même d'une forte angoisse d'abandon. L'enfant est entièrement livré à ses soins, comme presque aliéné à ses désirs, et n'est pas soutenu dans la construction d'un Moi indépendant et solide. Rendant par là impossible l'accession de l'enfant à ses propres désirs, la mère de Michel a pu objectaliser l'enfant et le maintenir comme complément à sa vacuité, comme fétiche. Si l'on ajoute à cela la présentation incessante qu'elle fait du monde comme « dangereux pour l'être fragile qu'il était », on a là une importante présomption de la présence d'un **noyau psychotique à tendance paranoïaque**.

On retrouve chez le sujet adulte des manifestations de cette première organisation du Moi avec des traits de caractère de type paranoïaque :

- Le discours utilisé pour parler du premier psychiatre qu'il a consulté démontre un orgueil (il n'est pas admissible d'être reçu en retard) une méfiance (il le dit clairement) et une tendance à la quérulence avec

ceux qu'il perçoit comme investi d'une toute puissance sans cesse remise en cause ;

- Son comportement en groupe où il se présente à la fois comme fragile parce que malade mais aussi surpuissant, provocateur et disqualificateur avec les thérapeutes et méprisant vis-à-vis de ceux qu'il estime faibles. Il utilisera le circuit suivant :

*Je me présente en victime (malade) -> le thérapeute par sa présence et son écoute est vécu comme sauveur, bon parent protecteur -> transfert maternel -> réactivité de l'impuissance face à la mère toute puissante => mettre le parent en échec, le plonger dans l'impuissance pour retrouver une position toute puissante. Position très mal gérée et non acceptée dans le sadisme qu'il ne veut pas voir -> se repositionne en victime pour attirer à nouveau le sauveur.*

Cette cuirasse comportementale narcissique apparaît, tant en groupe qu'en individuel, comme seule capable de le protéger de la souffrance liée à la perte de l'illusion de toute puissance primaire et de la dépression qui en résulte.

Parvenant malgré tout à se constituer en sujet (mal) séparé, le patient, véritablement utilisé par la mère, développera à coup sûr une nécessité absolue de tout contrôler pour ne plus se retrouver en danger : être objet de l'Autre engloutissant. On lira ici la base de constitution d'une structure de type obsessionnelle qui se déploiera au stade anal.

La position dépressive ne semble pas avoir été totalement réalisée, au vu de l'impossibilité pour Michel pendant toute la thérapie de « remettre en cause » la mère ou en tout cas d'exprimer la colère qu'il ressent vis-à-vis d'elle. Ici le fantasme de toute puissance à pouvoir tuer la mère, ou tout du

moins la plonger dans la dépression s'il l'agresse, a très certainement entraîné l'enfant dans une angoisse et un fort désir de la voir maintenir sa position maternante. Son agressivité n'a alors pas pu être déchargée en totalité sous peine d'une culpabilité intense et insoutenable. Ici le premier clivage bon objet / mauvais objet n'a probablement pas pu être dépassé et cette première culpabilité sera réactivée puis renforcée au stade Oedipien.

En outre, véritablement objet de sa mère dont la surprotection cache son impossibilité à elle de se séparer de l'enfant, Michel se retrouve presque inévitablement en position d'être fétichisé.

Sa seule véritable indépendance et possibilité d'agressivité interviendra à la période d'apprentissage de la propreté et de ses rétentions fécales (que l'on retrouve aujourd'hui sous forme de constipations fréquentes). La fixation au **stade anal** chez Michel est éminemment importante et confirme une **structuration de lignée obsessionnelle**. Jusqu'à 10 ans, son intimité n'a pas été respectée, la colère n'a pas pu être exprimée et le père n'a pas pu être affronté. Il craint ce père et l'admire en même temps qu'il le hait. Il cherche à s'identifier à lui mais s'en trouve partiellement empêché par l'omniprésence maternelle ; il l'a alors idéalisé. Le père est devenu un fantasme, un hologramme. Il lui a alors fallu apprendre à manipuler son environnement, à le contrôler, pour pouvoir exister dans un semblant d'indépendance et protéger son identité masculine. On retrouve à l'âge adulte des signes évidents de la fixation anale : vérification incessante de donner une bonne image, d'être quelqu'un de bien et de fort, souci de méticulosité, et nous n'oublierons pas de citer son rapport à l'argent et la nécessité pour lui d'afficher sa réussite professionnelle. Enfin et nous le reverrons plus tard, ses fantasmes de domination et son fétichisme sont une illustration criante de la fixation anale.

Néanmoins, et cet élément est capital pour la suite du développement psychique du patient, le père est reconnu par la mère non seulement comme

géniteur (il n'y a pas ici la problématique de filiation notée par Eiguer dans la structuration perverse) mais aussi et surtout comme porteur de la Loi ; la mère de Michel est dominante avec son fils mais soumise à son mari. Bien qu'il ait été très absent du foyer, il tient une position maîtresse dans la psyché de Michel. Michel a donc pu passer d'une relation duelle à une relation triangulaire. D'ailleurs, il précise bien sa gêne devant les manifestations d'une sexualité parentale dont il était exclu. Mais comme nous l'avons signalé plus haut, il n'a pas pu affronter ce père idéalisé et haï à la fois. Il lui faudra en contourner l'image pour continuer à accéder à la mère. Le risque lié à cet affrontement au père - affrontement pourtant désiré - serait pour Michel de se voir en position d'être castré par celui-ci ; castré, il le serait *comme sa mère* et se retrouverait par là même en position paradoxalement homosexuelle. Il ne pourrait plus construire l'image forte qu'il veut donner, et qu'il lui faut donner, pour s'autonomiser dans les yeux de la mère. C'est dans ce contexte que Michel est entré dans le complexe d'oedipe.

**Le pôle oedipien** de la structure du patient est effectivement très présent : il y a bien à la fois désir pour la mère, et désir de supplanter le père qu'il jalouse du fait de sa supériorité réelle et de son « intrusion » dans la dyade. L'exemple donné par Michel est à ce titre tout à fait représentatif : ses peurs nocturnes d'effractions de la maison connotent nettement la peur d'effraction de la mère -de viol- pendant que le père est absent. Symboliquement et de façon indirecte, c'est en se réfugiant dans le lit de sa sœur qu'il prend la place du père ou tout du moins que s'en exprime le fantasme. Cette fixation marque à notre sens une troisième étape dans la construction psychique de l'enfant dont on retrouvera trace dans une sexualité adulte présentant une facette **hystérique**. Ces fantasmes oedipiens ne feront alors que renforcer les fantasmes de castration et l'angoisse qui en découle. Mais plus encore, l'introduction du père dans la dyade mère-enfant fait entrer Michel dans un processus identificatoire complexe : l'objet du désir se trouve non pas uniquement chez la mère mais

aussi et surtout chez le père : c'est lui qui est « finalement » porteur du phallus, de la Loi. Il en résulte une double identification : d'une part une identification à la mère (de type hétérosexuelle) dans son omnipotence et sa possessivité – dans, par exemple, la relation de Michel avec sa fille - et d'autre part, une identification au père (de type homosexuelle) dans sa quête incessante de puissance physique, professionnelle (et là il a cherché à le dépasser en ayant un niveau professionnel supérieur) sociale et séductrice, et dans la nécessité absolue pour Michel d'être Le représentant de La Loi. Michel, adulte, est un « condensé » de ces identifications et, reprenant encore l'exemple de la relation de Michel avec sa fille, on notera le schéma conducteur suivant :

*Je désire être accessible et non craint de ma fille (identification au père à l'opposé) -> je me fais omniprésent, omnipotent (reproduction maternelle)*

Si la réalisation oedipienne est bien abandonnée, le processus identificatoire du patient lui permettra de garder des liens privilégiés notamment avec la mère ou tout du moins avec son image. C'est dans cette double identification que s'ancre définitivement la structure finale de Michel.

### **c) Symptômes**

Nous souhaitons ici reprendre les différents symptômes de Michel et confirmer leur position dans la structure ainsi constituée :

- L'hypocondrie de Michel est manifeste et nous ne reprendrons pas ici les éléments de ce symptôme clairement énoncés dans le cas clinique. Simplement, nous rappelons qu'elle porte en elle la révélation d'une anxiété importante liée à un surinvestissement narcissique. Nous la rattachons clairement à notre structure névrotique avec noyau psychotique ;

- La dépression qu'il décrit dès le début présente toutes les caractéristiques d'une dépression névrotique telle que décrite par Bergeret (<sup>1</sup>) : idées dépressives, fatigue, insomnies. On ajoutera à cela la baisse de libido et enfin, ce qu'il qualifie « d'angoisses de mort ». Nous sommes tentés de qualifier cette symptomatologie de « névrotique » et non de « psychotique » car il nous semble ne pas avoir, au regard des observations réalisées, le tableau classique d'une dépression mélancolique sous-jacente (« *dépréciation fondamentale, tristesse, pessimisme foncier, effondrement psychomoteur, ralentissement de la parole et du geste, idéation lente, douleur morale* » - Bergeret (<sup>2</sup>)). Cependant, reprenant l'anamnèse, nous noterons que ces épisodes dépressifs se déclenchent lors de décès dans la famille ou de la distanciation de lien entre le patient et un être cher : il y a donc à la fois une angoisse face à sa propre mort dans laquelle il sera comme englouti, et une angoisse de perte d'objet ; c'est-à-dire une angoisse narcissique et une angoisse objectale. La frontière est toujours mince et fluctuante entre dépression névrotique et psychotique et on pourrait ainsi penser que la dépressivité de Michel présente le risque d'une évolution de type psychotique.
  
- Enfin, les symptômes psychosomatiques de Michel (constipation, migraines, phlébites), sans oublier la violente réaction cutanée de la région pelvienne rapportée en fin de thérapie, témoignent inmanquablement des conflits intra psychiques du patient et de traits d'hystérie de conversion.

**d) Mécanismes de défense dans le transfert :**

---

<sup>1</sup> Le génie des origines - P164 -

<sup>2</sup> Le génie des origines - p 205 -

Tout au long de la cure, tant en individuel qu'en groupe, aurons pu être mis à jour les mécanismes de défenses clairement associés à la structure ici décrite.

- le clivage chez Michel s'est principalement exprimé dans le transfert et le type de thérapie proposé. Le thérapeute féminin est principalement vécu comme «bon objet» en individuel et «mauvais objet» en groupe. **Dans le face à face** l'agressivité est latente, masquée, comme s'il fallait « protéger » le thérapeute - et nous en revenons ici à la position dépressive - ou comme si le sadisme sous-jacent risquait d'entraîner le rejet de la part du thérapeute - et nous touchons ici la position paranoïde avec l'angoisse destructive -. Par contre, dans un **travail en groupe**, l'agressivité est patente et exprimée, le transfert négatif se déploie et plonge inmanquablement le patient dans une culpabilité qu'il ne peut dépasser (voir la décompensation post groupale).

Mais, au-delà de ce premier clivage apparent – bonne mère / mauvaise mère – apparaît un second clivage tout aussi intéressant : le clivage du monde. Celui-ci est comme fractionné entre le monde intérieur du patient en thérapie individuelle et le monde extérieur en thérapie de groupe avec une sorte d'incommunicabilité entre les deux, si ce n'est par la projection. Le clivage prendra enfin pleinement son sens dans la perversion sexuelle de Michel, comme nous le verrons plus loin.

- La projection : elle sera au grand jour en groupe lorsqu'il n'aura de cesse de parler au nom du groupe tout entier (il emploiera plusieurs fois la motion : « Nous pensons que... »), de quelques patients ou d'un patient en particulier dont il affirmera sans vergogne savoir ce qu'il pense, et bien sûr ce qu'il doit faire. On retrouve aussi le processus projectif dans le rapport séducteur aux femmes : Michel « sait » toujours ce dont elles ont besoin ; il projette sur elles son désir de « compléter ». Enfin, dans le transfert thérapeutique, la projection est

directement en lien avec le noyau à tendance paranoïaque de Michel et montre bien l'incompatibilité entre son interne et le monde extérieur : la pulsion sexuelle est convertie en pulsion sadique (l'agressivité) elle-même retournée en position persécutrice :

*Je désire l'objet -> inacceptable -> si je le sadise, il y a danger de culpabilité = l'objet devient dangereux -> il me persécute*

- Le troisième mécanisme de défense présent dans notre cas clinique est le déni que nous retrouvons comme « accolé » au clivage et à la projection. Il prendra toute son expression dans le fétichisme mais d'ores et déjà, on peut constater qu'il porte son essence dans les deux premiers mécanismes : l'objet est divisé en deux et la part inacceptable, déniée, est transformée et projetée ailleurs.
- Enfin nous souhaitons parler du refoulement ou plutôt de l'échec du refoulement à l'œuvre chez Michel. Rappelons ici que ses symptômes sont la manifestation de la présence toujours active d'un conflit de type oedipien non résolu. Cet échec du refoulement a été décrit plus haut mais nous en reprenons les termes : la représentation oedipienne (je désire ma mère) est intolérable et il n'a d'ailleurs pas été possible pour Michel de considérer cette occurrence comme envisageable pendant la thérapie. Celle-ci est transformée en représentation sadique aussitôt refoulée et enfin renversée dans une formation réactionnelle. On a :

*Je désire -> inacceptable -> je sadise -> je refoule  
et je transforme -> je protège.*

**Conclusion :**

En nous essayant à démontrer la structure de notre patient, nous avons posé les éléments suivants :

- La présence d'un noyau psychotique à tendance paranoïaque lié aux fixations orales et à l'omnipotence de la mère, les comportements liés à cette même tendance (orgueil, méfiance, quérulence, provocation). Nous y avons trouvé les modes de défenses associés : clivage, déni et projection.
- Le passage d'une relation duelle à une relation triangulaire, avec néanmoins un point d'achoppement majeur : la castration et son angoisse au stade anal.
- Le développement d'une structure finale de type hystérique-obsessionnelle avec des symptômes du même type (dépression, somatisations), un caractère plutôt de type obsessionnel et des mécanismes de défenses plus ou moins bien adaptés à cette organisation.

Mais la lecture intégrale du cas présenté révèle inmanquablement ce que nous qualifierons de « traits pervers » dont nous allons tenter d'observer les manifestations.

## **2) Manifestations perverses**

Poursuivant notre réflexion sur le cas de Michel, il nous paraît intéressant et, somme toute, important de dégager chez lui les manifestations de sa perversion. Souhaitant rester dans une construction stricte de notre raisonnement, nous traiterons premièrement de sa sexualité et deuxièmement de sa perversion morale.

## a) Sur sa sexualité

Sous un angle psychopathologique, nous reprendrons deux axiomes de base énoncés par Erick Dietrich <sup>(1)</sup> concernant l'hystérique et l'obsessionnel :

- Pour l'hystérique : il « *copule (...) en remplacement du père qui serait, si un tel père existait, le seul à savoir la faire jouir* » ;
- Pour l'obsessionnel, « *son problème se trouve dans « que mettre en place pour ne pas être dans l'obligation de faire jouir ce parent qui ne jouit pas avec l'autre parent* » ».

Il suffit ainsi de reprendre le cas clinique pour constater clairement que le choix des partenaires de Michel relève de son identification au père et, plus encore, de son hystérisation érotique. On relèvera également sa compulsions à la séduction et le mode de rupture : il ne reste jamais longtemps avec ses conquêtes (exceptées deux d'entre elles) pour mieux jouir de les savoir demandeuses. On peut, dès lors, poser la question de savoir s'il les fait effectivement jouir. Elles le disent. Mais, comme le lui faisait remarquer une patiente au cours d'un groupe, si ces maîtresses étaient vraiment en quête d'une relation éphémère, elles se satisferaient sans doute d'une nuit ; si elles « réclament », c'est peut-être justement parce qu'il ne les fait pas jouir (elles seraient alors très probablement hystériques elles-mêmes). Michel n'a pas manqué à ce moment de protester vigoureusement. Pourtant, continuant du point de vue analytique, ce détail a son importance dans une hypothèse d'obsessionnalité. En effet, sa rupture précoce serait alors le moyen de tirer jouissance d'une partenaire, et donc de la mère, sans la faire jouir. Sa protestation à cette possibilité serait alors le signe d'un déni de réalité.

---

<sup>1</sup> Moi, mon couple et mon psy – P 82 et 83

Nous retiendrons donc ce montage obsessionnel : en identification au père « coureur de jupons », il faut toujours séduire une femme (la mère) en remplacement du mari défaillant (le père) ; puis une fois la séduction accomplie et l'acte sexuel réalisé, rompre sans faire jouir.

Allons plus loin maintenant en introduisant la dimension perverse. La sexualité de Michel est clivée entre une vie conjugale « normale » et une vie extraconjugale à connotation perverse. Il est fétichiste - en dehors de son couple -, le dit, le reconnaît et ne se « plaint » pas de cette particularité. Il n'opposera aucune résistance à l'analyse et la confirmera en faisant lui-même le lien avec sa vision d'enfant d'une amie de sa mère partiellement dénudée. Notre pratique thérapeutique nous amenant à expliquer au patient un certain nombre de théories, Michel consentira même à la thèse du déni de la castration par le fétichisme.

Sa problématique principale semble plutôt s'articuler principalement autour de la modalité suivante du complexe de castration :

- Il faut restaurer le phallus pour trois raisons : continuer à s'identifier à la mère toute-puissante dans les yeux de laquelle il s'illusionne sur sa propre toute puissance ; ne pas se trouver confronté à l'hypothèse du risque d'une éventuelle castration ; et enfin, pour éviter la problématique oedipienne : affronter le père vécu comme puissant de par sa possession effective du phallus, dangereux puisqu'il fait mal à la mère (c'est sans doute lui qui l'a castrée) et défaillant puisqu'il ne la fait pas jouir.
- En même temps, si la mère est pourvue d'un phallus, elle est puissante et donc dangereuse par son omniprésence engloutissante. Le père, très absent physiquement de la maison ne s'intéresse pas à l'éducation de l'enfant mais reste Le Castrateur.

On voit bien ici le positionnement d'une perversion sur une intrication des complexes de castration et de l'Œdipe, tous deux sous-tendus par une angoisse liée à l'impuissance. Les traces, à l'âge adulte, en sont tout à fait visibles.

L'oedipe n'est pas résolu en ce sens que Michel reproduit le schéma familial à trois : il choisit des femmes qu'il perçoit comme fragiles et malheureuses en mariage (comme sa mère) dont les époux sont publiquement reconnus comme tout puissants et dangereux (comme son père), ne remplace que temporairement le mari défaillant (comme le père l'était), s'assure – voire par le déni - de la jouissance de la femme (comme il cherche à toujours satisfaire sa mère), la complète et se rend indispensable (comme il était le fétiche de sa mère). Quand il est devenu indispensable, il s'en va sans avoir donné sa jouissance et s'assure ainsi la position du « mythe de l'absent » que la femme recherchera toujours : ainsi le chiffre *trois* restera dans l'inconscient de la maîtresse : elle, le mari, et Michel (et par conséquent dans son inconscient à lui).

La manipulation ainsi réussie aboutit à une perversion de type fétichiste mais s'inscrit bien dans une problématique oedipienne : la peur d'affronter le père castrateur pour prendre définitivement sa place auprès de la mère toujours désirée bien que dangereuse. La culpabilité est nettement distinguée quand il a affaire à une femme elle-même très manipulatrice, voire perverse, qui le tient dans ses rets et/ou dont le mari semble effectivement suffisamment dangereux au point de passer à l'acte le fantasme meurtrier de Michel (comme c'est le cas de sa liaison interminable avec Christiane) : il se retrouve là piégé dans le complexe d'Œdipe.

Concernant la jouissance physique de Michel, le lecteur aura remarqué que notre sujet cherche à faire jouir ses partenaires mais évite la sienne (il évite même la pénétration génitale) autant que faire ce peut. Celle-ci est en effet ressentie comme régressive, le plaçant par là dans une impuissance

infantile : « Quand j'ai un orgasme, je suis vidé, je me sens comme un gosse, surtout quand je me retrouve câliné par mon épouse ». Reich<sup>(1)</sup> décrit très bien ce renversement de position entre les partenaires entre la phase des préliminaires et de l'acte sexuel où l'homme est puissant, agissant et « dominant » et la phase régressive où il est impuissant, passif et infantilisé. Par contre, pour Michel, le cercle jouissif s'installe quand la femme, ne l'ayant pas fait jouir, lui réclame à nouveau ses faveurs et le conforte dans son illusion de toute-puissance et de son indispensabilité à la complétude féminine.

Enfin et pour finir, nous souhaiterions mettre en lumière un détail de l'histoire de Michel : la fellation, véritablement traumatisante, et le symptôme de conversion en ayant découlé. Ici la partenaire a visiblement pris le pouvoir dans le jeu de la séduction, l'a gardé, confrontant violemment Michel à la figure maternelle et à l'incorporation de type oral contre laquelle il lutte farouchement. Ayant par ailleurs mis à jour de façon préconsciente son fonctionnement oedipien, cette expérience l'a alors très probablement mis en face de son fantasme refoulé de l'inceste. La culpabilité engendrée aura alors pris corps dans son symptôme cutané.

On a bien compris, au vu de la structuration du patient et de son comportement, que la perversion de Michel s'exprime principalement avec les femmes. Mais, et cela nous servira de transition avec les manifestations de perversion morale, il n'est pas pervers avec toutes les femmes.

#### **b) Sur la perversion morale :**

Notre souci sera, ici, de schématiser fortement notre propos pour en garder la trame principale, et ne pas perdre le lecteur dans des redites ou des explications approximatives.

---

<sup>1</sup> Premiers Ecrits Vol 2 - P 211 -

Pour Michel il y a deux catégories de femmes :

- les castrées (les «faibles»)
- les non castrées (les «fortes»).

Subdivisant encore la catégorie des femmes castrées, il y a, de son point de vue:

- celles qui sont « belles »
- celles qui sont « laides »

Les « belles castrées » sont les proies sexuelles de Michel : il met en place le jeu de séduction explicité plus haut et met en scène sa perversion sexuelle.

Les « laides castrées » sont utilisées dans les manipulations pour aboutir à un objectif précis (économique ou social par exemple).

Avec les femmes castrées donc, pas de danger pour Michel.... Il maîtrise.... Par contre, lorsqu'il se trouve en présence d'une femme perçue comme « non castrée » et si une quelconque angoisse d'impuissance surgit, il passe rapidement dans le registre de l'affrontement par la perversion morale : il régresse donc au stade sadique-anal I sur un mode pervers. Ici le sexuel n'a plus cours, soit que cette femme ne lui correspond pas dans ses critères physiques, soit que l'impossibilité du passage à l'acte soit manifeste.

C'est précisément dans ce cas de figure que s'est trouvé Michel en situation transférentielle lors du groupe final.

Reprenons brièvement la situation initiale :

On a vu dans la structuration de Michel un véritable **enjeu** lié à la Toute Puissance. Il passe sa vie à s'illusionner sur son renforcement dans un comportement d'hyper contrôle : Toute Puissance bâtie sur le physique (à l'image du père), le professionnel (en lien avec le fantasme de dépassement du père), la famille (épouse présentée comme parfaite, enfants sous

contrôle), l'économique (importance de l'argent, des biens). Or, face à cette Toute Puissance s'annonce le départ des enfants, la retraite, le vieillissement et au bout, la mort. Cette projection dans un futur se rapprochant devient synonyme d'une impuissance intolérable. Il est à ce stade en miroir avec la situation actuelle de son père vieillissant dont il supporte mal la vision. Cette impuissance à la fois potentielle et inéluctable met immédiatement Michel en contact avec l'angoisse diffuse qu'il nomme « angoisse de mort » et qui reflète en fait sa blessure narcissique.

Mais allant plus avant, et en analysant maintenant son comportement en groupe, la Toute Puissance que ce patient recherche est une véritable lutte contre la mère : il faut à la fois se séparer de cette omnipotence annihilante et sauvegarder l'illusion mégalomane infantile.

Or, le transfert de Michel, face à un thérapeute féminin, le remet inévitablement dans la position première paranoïde. On le voit osciller entre une attitude de volonté agressive immédiatement suivi d'un comportement affable, ceci sans intégration pleine et entière d'un imago d'objet total. Cet objet reste clivé : bon – mauvais.

Puis, l'intervention du Dr Komen le confronte immédiatement au couple parental (en référence au couple thérapeutique présent) et aux complexes de castration et oedipien dans une configuration triangulaire.

Tous les acteurs sont là et l'intrigue du scénario se dévoile lorsque le thérapeute masculin prononce une phrase anodine : « fais attention à toi, ne te mets pas en danger ». Michel est à cet instant précis aux prises directes avec son angoisse psychotique paranoïaque : dans son esprit, on vient de lui confirmer qu'il y a bien danger, qu'il est imminent. C'est bien le thérapeute féminin qui est vécu soudainement comme dangereux.

Fin du premier épisode.

Toute la période de thérapie individuelle qui suivra sera marquée par le travail sur « les femmes » et donc bien entendu sur la mère et au final sur le transfert. C'est dans cette période que Michel présente le choix face à une telle mère : soit la séduire, soit prendre le pouvoir. Pour être exact, il n'avouera que la première occurrence ; il a bien fantasmé la séduction de sa thérapeute mais s'est ravisé. La deuxième possibilité fut alors mise en scène au second groupe, où là encore, il placera l'action dans une triangulaire : lui, la thérapeute et la patiente Sandra.

Là encore, Michel agira en plusieurs temps. Nous renvoyons le lecteur à la description du cas clinique (page 47 et suivantes) pour les détails et en proposons ici les conclusions :

- Premier temps : Il commence par la disqualification des thérapeutes présentes. Il met alors en place une stratégie de déstabilisation en affirmant tout d'abord qu'elles « ne sont pas à la hauteur », puis en adoptant immédiatement une attitude (finalement feinte) conciliante, et enfin en affirmant qu'il avait bien compris le but de l'exercice proposé mais qu'il resterait accroché à sa toute puissance.
- Deuxième temps : Michel pose « le piège » lors du dîner : il révèle donc, comme nous l'avons décrit précédemment, la vie intime de Sandra, qu'il sait être la patiente de son thérapeute, tout cela devant un public composé des patients et des thérapeutes elles-mêmes. Ces dernières, conscientes du viol ainsi exhibé, ne pouvaient pas faire l'économie d'une intervention le lendemain, pour reprendre ce qui s'était passé. (Certes cette interruption aurait dû être faite immédiatement ; de même le choix des thérapeutes de dîner avec les patients peut être sujet à discussion mais ces considérations ne nous paraissent pas avoir sa place dans ce mémoire.)

- Troisième temps : au cours des différentes interventions des participants, Michel, par l'acceptation même et la revendication de son acte stratégique, finalise sa « victoire ». N'oublions pas qu'à ce moment il nous dit « j'ai gagné ».

Avait-il alors conscience de sa mise en acte perverse ? Y avait il vraiment un but d'agression de la thérapeute au risque de la perte même de l'objet ? Sans doute pas, mais ces questions se posent immanquablement. N'a-t-il pas été question ici pour Michel de « sauver la face » dans une situation d'urgence ? On peut en effet - comme pour bien des analyses de cas clinique nous semble t-il - opter pour une autre piste.

Il y aurait dans cette hypothèse un mouvement double :

- L'utilisation de Sandra, un « objet piédestal » comme le qualifierait Racamier <sup>(1)</sup>, pour se glorifier auprès du groupe de fréquenter le milieu nocturne et ses lieux érotiques. Nous serions là dans un mouvement primaire machiste plutôt maladroit. Il n'aurait absolument pas conscience à ce moment qu'il « viole » l'intime de l'objet et qu'il l'exhibe au public.
- Puis, le lendemain, lorsque la patiente Emmanuelle lui livre une hypothèse de schéma pervers, Michel serait alors confronté à une très grande culpabilité : avoir blessé une femme (de celles dont il dit, à qui veut l'entendre, qu'il les aime tant) et s'être comporté d'une façon quelque peu « cavalière » ; entendons par là la culpabilité lié à la position dépressive. Face à cette culpabilité et pour ne pas tomber dans une réaction de déprime (comme il l'avait fait après le premier groupe), il choisit une autre option après un temps de réflexion : puisqu'on qualifie son acte de pervers, il va tenter « d'anoblir » cette

---

<sup>1</sup> Le génie des origines - p 226 - : « l'objet à qui est refusée toute valeur propre (...), et qui n'aura d'usage que de faire-valoir pour le pervers : un ustensile destiné à le grandir »

position en affirmant qu'il s'agissait en effet d'une stratégie consciemment utilisée pour atteindre la thérapeute.

Dans cette configuration, Michel aurait utilisé un premier acting, inconscient et non pervers en soi, pour créer un deuxième agir pervers patent. Ce deuxième agir viendrait au secours d'un Surmoi mis à mal par la culpabilité mais l'aurait immanquablement entraîné dans une rage destructrice de l'objet même (puisque la thérapie sera à ce moment interrompue).

Quoi qu'il en soit, on a bien une quête de restauration narcissique : c'est l'enjeu. On a bien une angoisse à la fois narcissique, de castration et oedipienne. Enfin, on a bien une issue par l'expulsion du conflit « sur » - ou « dans »- le réceptacle « thérapeute » (identification projective). Le narcissisme de Michel est comme « regonflé » par l'attaque puis la nourriture du narcissisme de l'objet ainsi agressé.

On a donc bien une perversion dans laquelle le patient affronte sa thérapeute afin de la mettre dans l'impuissance, et surtout dans la position de mauvais parent, et se rassurer ainsi sur sa toute-puissance.

### **Conclusion :**

Pour n'avoir pas approfondi la notion et le concept de perversion, le cas de Michel ne nous a pas alerté pendant toute la thérapie. C'est à son issue, dont nous avons longuement parlé, qu'une première idée s'imposait à nous : Michel est pervers. Puis, au fil de notre réflexion, et du travail de documentation sur le thème de la perversion, un doute de plus en plus prégnant s'est installé. Le questionnement suivant s'élaborait : sa perversion s'inscrit-elle dans une structure à part entière ou n'est-elle qu'une manifestation exceptionnelle, en situation de danger, dans une structure fondamentalement névrotique à noyau psychotique ?



### III – LE POSITIONNEMENT PERVERS

Partant de l'étude des structures psychotiques et névrotiques puis de ce qui caractérise la perversion, on ne peut éviter le questionnement qui nous occupe : comment situer la perversion dans la structuration de nos patients ? Considérant l'hypothèse d'une structuration de type névrotique avec noyau psychotique, peut-on y opposer pleinement une structure dite perverse ? Nous tenterons ici de répondre en se référant tout d'abord aux théories freudiennes.

#### 1) perversion versus névrose ?

C'est en partant de cet incontournable postulat de Freud qui situe la névrose comme « *négatif de la perversion* » que nous allons tenter de démontrer le positionnement dialectique de la perversion à la fois vis-à-vis de la névrose et de la psychose.

En effet et malgré les apparences premières que peut laisser une lecture rapide du texte, Freud nous parle à la fois de la psychose et de la névrose. Regardons de plus près.

Freud s'appuie sur l'hystérie comme « *modèle de toutes les psychonévroses* » (<sup>1</sup>), pour démontrer ensuite le système pervers. Or, entre la première publication (1905) et la dernière (1925), l'évolution de la

---

<sup>1</sup> Trois Essais sur la théorie sexuelle - P 78 -

classification des psychonévroses de Freud n'est pas sans incidence sur l'interprétation de l'axiome de base.

Si, au départ les « psychonévroses » de défense regroupaient :

- l'hystérie,
- les obsessions
- les phobies,

cette catégorie est par la suite, en 1914, divisée en deux groupes opposés que sont :

- les « névroses narcissiques » correspondant aux psychoses actuelles,
- les névroses de transfert : l'hystérie et l'obsessionnalité.

Le terme « psychonévrose » toujours présent en 1925 correspondrait donc au final à la classification globale : psychose et névrose. Donc quand Freud oppose névrose et perversion il intégrerait aussi une opposition psychose / perversion.

**Repartons dans un premier temps sur l'opposition simple névrose/perversion.** L'expression « névrose comme négatif de la perversion » pourrait trouver son corollaire dans la représentation d'une pièce de monnaie : la pièce est un objet unique à deux cotés. Les deux cotés sont « opposés » mais c'est cette opposition même qui forme l'unicité de l'objet. On pourrait donc dire que l'objet unique « pièce de monnaie » est le représentant de la tendance perverse universelle : la face « névrose » montrant la tendance perverse refoulée, s'oppose à la face « perversion » où les tendances s'expriment librement mais exclusivement.

Cette pièce unique impliquerait elle donc une dynamique unique à deux versants ? On pressent en effet l'impossibilité de dissocier pleinement la perversion de la névrose. Freud nous aide encore en rappelant qu'« *il serait*

*erroné de construire une opposition là où il y a une relation de coopération »* (1); on peut ainsi dire que la perversion parle avec la névrose.

A quel niveau se situe donc la différence ?

Si ce sont bien les mêmes pulsions partielles qui entrent en jeu, dans la névrose « *elles agissent du fond de l'inconscient ; elles ont donc subi un refoulement, mais ont pu, malgré lui, s'affirmer dans l'inconscient* »(2). Voici donc ce qui différencierait névrose et perversion : **dans la perversion, il n'y a pas eu refoulement**, tandis que dans la névrose, les symptômes résultant de l'échec du refoulement rendraient impossible l'accession au plaisir face à la réalité qu'implique la sexualité adulte. Le névrosé verrait ainsi sa sexualité inhibée et n'aurait guère d'autre choix que d'exprimer ses désirs au travers de ses fantasmes, eux-mêmes souvent inconscients.

Stoller(3) exprime de façon complémentaire (mais qui ne saurait être exclusive) la différence entre névrose et perversion dans le plaisir : « *La dynamique de la perversion et celle de la névrose ne diffèrent vraiment que parce que la perversion débouche sur un plaisir conscient tandis que la névrose conduit à une souffrance consciente.* » [termes soulignés par nous] . La jouissance tient en effet une place prépondérante chez le pervers qui réagence la réalité d'une sexualité génitale au profit unique et exclusif d'une sexualité partielle où ses pulsions ne sont plus seulement fantasmées mais mises en acte. Ce réagencement de la réalité est permis grâce au mécanisme de défense propre au pervers qu'est le déni.

A ce stade, il nous paraît important de relever un élément différentiel primordial qui nous assurerait de la structuration particulière du pervers par

---

<sup>1</sup> Trois essais sur la sexualité - P 87 -

<sup>2</sup> Cinq leçons sur la psychanalyse - P 67 -

<sup>3</sup> La perversion - P 139 -

rapport au névrosé : le besoin. Toujours dans les Trois Essais (<sup>1</sup>), Freud évoque tour à tour comme éléments instaurateurs des psychonévroses :

- l'hérédité (à la suite d'observations de patients dont les parents étaient atteints de syphilis) ;
- l'échec du refoulement à divers stades de l'évolution ;
- l'interruption ou la suppression de la période de latence ;
- « *l'activation fortuite de la pulsion sexuelle par une influence externe* ».

L'étude des problématiques auxquelles doit faire face le névrosé révèle une **impossibilité de mettre en accord les pulsions sexuelles avec des désirs** apparaissant comme contradictoires avec des lois et des règles plus ou moins conscientes et intransigeantes : le Moi est pris entre le Ça et un Surmoi rigide et moraliste. Par contre, toute la première partie des Trois Essais s'attache à décrire les actes sexuels qualifiés de pervers : ici les fantasmes du névrosé vécus comme culpabilisants sont toujours passés à l'acte chez le pervers sans culpabilité. La réalisation de ces fantasmes devient la condition nécessaire et suffisante à l'obtention de la jouissance. Il semblerait donc bien que **le pervers soit dans une problématique de besoin** et non plus de désir.

Enfin, nous pensons que la névrose échouerait sur le complexe d'Œdipe tandis que la perversion trouverait sa fixation principale dans le complexe de castration.

Dans la névrose, c'est le complexe d'Œdipe qui est ce que Freud nomme « *le complexe nucléaire* »(<sup>2</sup>). Le Surmoi, issu de cette crise est très rigide et empêche le sujet d'atteindre sa personnalité propre : chaque désir émergent est tellement oedipien qu'il est aussitôt réprimé par le Surmoi car incompatible avec la loi du père. Réprimés comme tels, les désirs sont

---

<sup>1</sup> Trois Essais sur la théorie sexuelle – P186 et suiv. -

<sup>2</sup> Un enfant est battu *in* Névrose, Psychose et Perversion - Page 243 -

remplacés par le symptôme. Ce symptôme devient, en langage codé, l'expression du désir impossible à satisfaire dans la réalité. Les désirs incestueux persistent au stade de fantasmes plus ou moins conscients, plus ou moins construits et plus ou moins passés à l'acte. Ces fantasmes seront toujours en lien avec le désir au parent de sexe opposé.

**Dans la perversion, et ici nous marquerons le lien ineffable avec les caractéristiques de la psychose,** la blessure liée au narcissisme primaire est importante (je ne suis plus fusionné avec ma mère, je suis séparé d'elle), la castration n'a pas été admise et le Surmoi est faible. Si, avec la description du narcissisme faite plus haut, c'est bien la sphère psychotique qui semblerait envahie par la perversion, celle-ci s'en différencie par la capacité du sujet à entrer en relation avec l'autre et le monde, et à manipuler cette relation à dessein. Comme nous l'avons vu, le pervers est intégré, sociabilisé : il travaille, il a une famille, des amis. Le psychotique et le pervers sont tous les deux dans le déni mais, tandis que le premier dénie une réalité dans laquelle il ne trouve pas place et se réfugie dans « sa bulle » en cherchant à reconstruire une autre réalité pour lui seul, le pervers dénie une partie de cette réalité et la réagence immédiatement, l'associe à la part de réalité acceptée, créant ainsi une réalité globale lui permettant de continuer à être en lien et faire adhérer l'autre à *cette* réalité.

Autrement dit, alors que le névrotique et le psychotique vont, à travers le regard de l'Autre, du jeu d'introjections et de projections liées à cet ou ces Autres, conforter un système déjà connu et expérimenté dans l'enfance (validation des systèmes de croyance), le pervers lui, va reconnaître le regard de l'autre et va s'en servir non pas pour s'y conformer mais pour le modifier et que ce soit le regard de l'autre qui se mue.

A la différence du psychotique, on peut dire que la mère du pervers a été suffisamment bonne pour que la structuration narcissique, bien que défaillante, lui permette d'accéder à la différenciation des sexes et surtout à

la triangulation. Puisque le pervers transgresse la Loi du Père, c'est bien que cette loi lui a été accessible à un moment de son développement.

Mais, ce même narcissisme n'ayant pas pleinement permis à l'enfant de se sentir différent, indépendant de la mère, le sujet adulte ne renonce pas à la jouissance liée à sa toute puissance d'être le phallus de la mère. Être ce phallus le maintient dans la l'illusion de la non différenciation des sexes, dans l'image de cette toute puissance portée par la mère, puisque c'est précisément dans cette toute puissance qu'il a pu s'identifier et vivre la sienne. C'est grâce à la mère qu'il est tout puissant : il peut jouir de tout ; la loi du père ne peut que le mettre dans l'impuissance en lui imposant une jouissance insatisfaisante. Il va mettre en œuvre des rituels pour tenter de réparer la blessure, rituels mettant en scène le déni de castration de la femme, le réinvestissement de zones érogènes partielles et la mise en acte des pulsions partielles qui s'y rattachent.

## **2) Structure ou pas ?**

Encore une fois, nous insistons sur le champ d'étude que nous avons retenu à savoir les individus venant nous consulter en tant que psychothérapeute, et non psychiatres, de façon volontaire et dans une demande « d'aller mieux ». Nous souhaitons en outre souligner que le pervers dont nous avons dressé le portrait dans la première partie de notre exposé, puis retracé les grandes phases de construction, nous paraît rester en l'état purement théorique. Il nous semble que, tout comme un psychotique pur ne nous sera pas amené, tout comme une hystérique pure n'existe pas mais présentera un noyau psychotique, le pervers pur n'existerait pas. On le voit bien dans la pratique quotidienne, les frontières sont extrêmement mobiles entre les différentes structures théoriques. La théorie devient alors un point de repère, certes indispensable, qui ne doit pas nous rigidifier dans nos diagnostics.

Aussi, c'est le degré de perversion qui peut faire signe pour nous d'une structuration dans laquelle ce particularisme prend une place plus ou moins prépondérante.

Eiguer dans ses ouvrages reprend l'ensemble des analyses du sujet et situe la perversion à trois niveaux : la perversion sexuelle dont nous avons largement évoqué les composantes, la perversion de caractère et la perversion narcissique comme forme aboutie de la perversion morale. Racamier <sup>(1)</sup> nous livre quant à lui une typologie ainsi déclinée :

- Le premier niveau de la perversion se dévoile à un moment de la vie, sous le coup d'une détresse narcissique ou sous la détresse libidinale liée à la perte d'un objet : c'est universel et chacun se reconnaîtra quelque peu dans certains des agirs décrits depuis le début de notre étude. Mais cette incursion reste légère et s'intègre harmonieusement dans l'organisation libidinale sans en perturber l'équilibre fondamental.
- Le deuxième niveau de la perversion est plus vif. Il correspond à la description faite par Bergeret et Arlow du pervers de caractère : *« égocentrique, exigeant et conflictuel » opérant « de sensibles falsifications de la vérité qu'il serait très sévère de qualifier de mensonges, et encore moins de construction délirante ; ces attitudes répondent simplement à son besoin d'ignorer ce qui peut aller à l'encontre de son intérêt narcissique et étroit (...). Tout lui est dû, il critique tout le monde, n'admet aucune mise en cause et aucun reproche »* - Eiguer<sup>(2)</sup>-. Ce deuxième niveau se manifeste d'une façon plus récurrente, dans des situations regroupant des conditions précises. Cette formation s'aperçoit facilement dans nos sociétés (travail, familles...) et surtout à notre avis, dans nos consultations. Michel se trouverait donc dans ce niveau de perversion, dans un mouvement

---

<sup>1</sup> Le génie des origines - P 286 -

<sup>2</sup> Le pervers narcissique - P 8 -

pervers contre dépressif et anti-conflictuel. Nous sommes assez loin dans son cas du troisième niveau qui suit.

- Le troisième niveau est celui d'une organisation perverse narcissique, élaborée, systématique et incontournable pour le sujet. Il s'agit là de ce que nous avons décrit dans la théorie et dont les sujets ainsi constitués ne nous paraissent pas à ce jour être les patients que nous recevons.

En effet, on peut légitimement poser la question de savoir pourquoi un pervers narcissique viendrait demander une prise en charge psychothérapeutique. Son système de relation au monde semble le mettre à l'abri de toute remise en question, sa loi étant la seule valable et étant mise constamment à l'épreuve pour être toujours plus consolidée. Il se sent comme immunisé de toute douleur psychique. Quel symptôme pourrait alors l'amener à consulter si ce n'est un symptôme d'allure névrotique ? La souffrance existe, certes, mais elle est déniée....c'est le propre du pervers ! Quel caractère donnerait-il à voir si ce n'est un caractère à tendance névrotique sous-tendant une faille psychotique ? L'analyse même d'un patient qualifié peut-être trop rapidement de « pervers » permettrait inmanquablement de mettre à jour les mécanismes de défenses, les angoisses et les conflits névrotiques (liés à des conflits oedipiens non résolus mais seulement contournés), à la culpabilité, à la présence d'un Surmoi et enfin à l'existence d'un noyau psychotique (lié à la problématique Toute Puissance / Impuissance). Nous serions donc systématiquement en présence d'une structure dite « à la poupée russe ».

C'est dans ce cadre et pour une organisation perverse narcissique manifeste, que nous rejoignons Bergeret qui définit la perversion non pas en tant que structure propre, mais en tant qu'aménagement se positionnant de façon intermédiaire entre les structures psychotiques et névrotiques (1).

---

<sup>1</sup> Psychologie pathologique théorique et clinique - P 218 et suiv. -

Par contre et dans l'hypothèse d'un patient tel que Michel, nous confirmons appréhender sa perversion non pas comme un aménagement limite, mais comme une composante, un « trait pervers » greffé sur une structure névrotique. On pourrait alors qualifier ce type de patients de « névrotico-pervers » dans une organisation structurelle de l'ordre de la « perversion névrotique ».

## **CONCLUSION**

### **Fonction de la perversion névrotique**

Au fil de notre étude, nous avons tenté de démontrer que la perversion que nous pouvons rencontrer chez nos patients était, non pas une structure à part entière, mais se greffait sur une structure de type névrotique ou psychotique.

Nous avons vu que dans leur construction psychique, les traumatismes les plus archaïques ont généré un système de défense de type psychotique.

Si ces traumas ont été trop forts et/ou trop précoces, le développement libidinal se sera alors interrompu ; le comportement sera fixé à la défense perpétuelle d'une angoisse toujours présente et dangereuse : ce sera la structure psychotique « pure ».

Si les premiers traumatismes ont pu être « contournés » grâce au système de défense mis en place, si l'angoisse est surmontée, la structuration continuera mais elle sera en quelque sorte conditionnée par le danger d'être un jour à nouveau confronté à l'angoisse première. Les traumatismes suivants généreront alors des défenses névrotiques adaptées, complémentaires à celle initialement mises en place, permettant ainsi de qualifier la structure définitive du sujet comme névrotique.

On peut donc considérer que nos patients présentent soit une structure psychotique, soit structure névrotique qui ne pourra pas être considérée comme pleinement indépendante de la première : dans les deux structures, on trouvera un noyau psychotique sous jacent ou pleinement actif.

Nous avons, ensuite, repris les théories concernant la perversion narcissique et ses fondements.

Le cas clinique, enfin, nous a permis et de dégager une vérification de notre hypothèse de structuration, et de positionner la perversion dans ce type de construction.

Nous en venons donc à considérer, aujourd'hui, que dans notre cadre de travail la perversion névrotique rencontrée chez nos patients serait le plus généralement une incursion, un mécanisme infiltrant une structure fondamentalement névrotique sous tendant un noyau psychotique important.

Le patient, « produit final » de toute son histoire psychique et émotionnelle, montre à voir des symptômes et un système défensif de surface plus ou moins opérant et, à l'analyse, un système défensif de type pyramidal contre le conflit interne.

Puisque nous parlons en psychanalyse de « conflit », que le lecteur nous permette d'utiliser l'image de la guerre, en tant que conflit armé.

Quelle est la situation ?

- Gagner la guerre, c'est assurer sa Toute Puissance sur le monde. Le territoire à défendre, c'est le Narcissisme. Le danger ultime, c'est la dépression. Le champ de bataille, c'est la Réalité.
- Le système défensif se compose d'une première ligne névrotique : le refoulement. Lorsque cette ligne est insuffisante, inefficace, les

fantassins entrent en scène, ce sont les défenses de lignée psychotique : clivage et déni.

- Lorsque l'ennemi, entendons le déplaisir et la frustration, ne peut plus être repoussé et que la place forte est en danger, les dernières forces vives concentrent toute leur énergie pour un dernier acte : il faut expulser le conflit hors de l'enceinte, le vomir aux yeux de l'ennemi : c'est l'éjection, la projection.
- Le retrait des troupes adverses correspond au triomphe, la réalité gagnée par le pervers aux yeux du monde : il a validé sa loi et l'ennemi s'y soumet : c'est l'identification projective.

Reprenons ceci en termes plus analytiques :

Fondée sur une narcissisation plus ou moins défailante, la perversion névrotique visera la restauration de ce narcissisme par la Toute Puissance. On a ici clairement une origine très archaïque avec le principal mécanisme de défense associé (clivage). La construction n'ayant pas permis d'accéder à une assise psychique suffisante pour pouvoir gérer les frustrations et traumatismes précoces, la perversion s'ancre un peu plus dans un complexe de castration non refoulé et le déni de réalité qui se confirme. Enfin la crise oedipienne, insoluble dans ces conditions, ne laissera pour héritier qu'un Surmoi faible. La perversion mettra alors en place tous les systèmes de manipulation pour voir la réalité déniée et aménagée de sorte que le besoin initial trouve réponse.

Indéniablement d'origine archaïque, la perversion névrotique parlerait ainsi avec la psychose mais se jouerait sur la scène névrotique. Elle permettrait une adaptation plus performante que la psycho-névrose à la réalité en expulsant le conflit de la sphère interne, en évitant ainsi la dépression et

l'inhibition de l'action qui en résulte, et enfin en trouvant une validation de la réalité du sujet dans les yeux de l'Autre.

Elle agit comme un véritable « kit de survie » en défense maniaque contre la dépression.

Vous aviez dit « pervers » ?...

Le 19 Mai 2008.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **ANZIEU D.**

- *La dynamique des groupes restreints*, PUF ,2004

### **ASSOUN PL**

- *Le Masochisme*, Poche 2007

### **BERGERET J.** (sous la direction de)

- *Psychologie pathologique théorique et clinique*, Masson, 2004

### **CHEMAMA R.et VANDERMERSCH B. :**

- *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse 2003

### **Collectif :**

- *Les perversions : Les chemins de traverse* Tchou, 1980

### **DEUTSCH H**

- *La psychologie des femmes (1945)* P.U.F, 1964

### **DIETRICH E. :**

- *Moi mon couple et mon psy*, Laffont, 2003
- *Fantasmes, imaginaire érotique et perversions* In *Les fantasmes*, Ed La Louvière, 1992

### **DOREY R. :**

- *Le désir de savoir*, Denoël, 1988

### **McDOUGALL J.**

- *Théâtre du corps*, Folio, 1989

### **EIGUER A. :**

- *Nouveaux portraits de pervers moral*, Dunod, 2005
- *Le pervers narcissique et son complice*, Dunod, 2003

### **FREUD A.**

- *Le moi et les mécanismes de défense (1946)* P.U.F., 1964

### **FREUD S.**

- *La Vie sexuelle (1907-1931)* P.U.F.,  
1969.
- *Totem et tabou (1912),* Payot, 2001
- *Cinq Psychanalyses,* P.U.F, 1954.
- *Névrose, Psychose et Perversion (1894-1924)* P.U.F.,  
1973.
- *Cinq leçons sur la psychanalyse (1909)* Payot, 2001
- *Trois essais sur la théorie sexuelle (1905)* Folio  
Gallimard, 1987
- *Essais de Psychanalyse (1915-1923)* Payot, 2001
- *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse (1933)* Folio  
Gallimard, 1984
- *Abrégé de psychanalyse (1946)* P.U.F., 1964
- *De la théorie psychanalytique (1906-1918)* P.U.F., 1953

### **GIRARD R. :**

- *La violence et le Sacré,* Hachette,  
1972

### **GUELFJ JD.**

- *Manuel de Psychiatrie,* Masson,  
2007

### **HIRIGOYEN MF :**

- *Malaise dans le travail Harcèlement moral.* Syros, 2001

### **JUNG CG**

- *Les racines de la conscience (1934).* Poche, 1971

### **LACAN J.**

- *Ecrits (1966),* Seuil, 1999
- *Le séminaire – livre IV* Seuil, 1994
- *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1964)* Seuil, 1973

### **LAPLANCHE ET PONTALIS :**

- *Vocabulaire de la psychanalyse (1967)* PUF, 1981

- *Fantasme originaire (1964)* Hachette,  
1985.

### **PERRON-BORELLI M.**

- *Dynamique du fantasme,* P.U.F.,  
Paris, 1997.

### **RACAMIER P. C.**

- *Le génie des origines.* Payot, 1992

### **REICH**

- *Premiers écrits- Vol 1 et 2 (1927).* Payot, 2006
- *L'analyse caractérielle (1933).* Payot, 1971

### **ROUSTANG F**

- *Comment faire rire un paranoïaque (1996)* O. Jacob,  
2000
- *La fin de la plainte* O. Jacob,  
2001

### **SEARLES H**

- *Le contre-transfert* Folio  
Gallimard 1979

### **STOLLER R.**

- *La perversion (1975)* Payot, 2000

### **WINNICOTT D.**

- *Jeu et réalité (1971)* Folio  
Gallimard, 1975
- *De la pédiatrie à la psychanalyse (1935-1963)* Payot, 1969

## **CYBERGRAPHIE**

[www.centre-mosaique.com](http://www.centre-mosaique.com)