

LA FEMME DU PERVERS NARCISSIQUE

Simone Korff-Sausse

P.U.F. | *Revue française de psychanalyse*

**2003/3 - Vol. 67
pages 925 à 942**

ISSN 0035-2942

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2003-3-page-925.htm>

Pour citer cet article :

Korff-Sausse Simone, « La femme du pervers narcissique »,
Revue française de psychanalyse, 2003/3 Vol. 67, p. 925-942. DOI : 10.3917/rfp.673.0925

Distribution électronique Cairn.info pour P.U.F..

© P.U.F.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La femme du pervers narcissique

Simone KORFF-SAUSSE

« La vérité joue un rôle aussi déterminant pour la croissance de la psyché que la nourriture pour la croissance de l'organisme. Une privation de vérité entraîne une détérioration de la personnalité. »

(Bion.)

Je n'ai jamais rencontré de pervers narcissique dans mon cabinet d'analyste. Par contre, j'ai eu à plusieurs reprises des patientes (en psychothérapie ou en analyse) qui étaient des femmes de pervers narcissiques. Et à chaque fois, j'ai été interpellée par l'impact de la pathologie de ce conjoint, aussi bien sur la personnalité de la femme que sur le cours et le contenu de la thérapie. Avec elles, ce personnage – redoutable ! – est entré d'une certaine manière dans mon cabinet¹. Pendant un temps assez long, il n'était question que de cet homme. Même si j'ai toujours pu éviter qu'il intervienne pour de vrai dans la prise en charge, le pervers narcissique était diablement présent dans la cure. Ce sont des thérapies où il est impossible d'aborder d'emblée le conflit intra-psychique avec la patiente, car celle-ci – « femme sous influence » – est complètement prise dans une relation interpsychique aliénante, dont il lui faut se dégager avant de pouvoir envisager un traitement plus classique d'élucidation des contenus inconscients. C'est de ce premier temps (qui peut être extrêmement long, étant donné la ténacité des identifications primaires et la force du masochisme) dont je veux parler.

Le tableau clinique que je me propose de soumettre à une approche psychanalytique concerne quatre patientes dont je ne détaillerai pas l'histoire individuelle, d'abord par souci de confidentialité, mais aussi parce que je vou-

1. À la question « Où rencontrer des pervers narcissiques ? », Racamier (1987) répond : « Bien peu dans notre bureau (...) Encore moins sur le divan du psychanalyste (...) Mais on en rencontre dans la vie, où mieux vaut ne pas avoir affaire avec eux. Et dans les familles. » Après les relations des enfants avec des parents pervers narcissiques, il s'agit donc ici de décrire les relations de la femme avec un conjoint pervers narcissique.

drais privilégier les points communs. En effet, la convergence entre ces cas est assez étonnante, au point que j'avais l'impression à chaque fois d'entendre la même histoire, de voir à l'œuvre les mêmes mécanismes psychiques, d'être prise dans les mêmes difficultés contre-transférentielles, de me heurter aux mêmes résistances et de voir se dérouler les mêmes modalités de résolution¹. Malgré la singularité de chaque cas, on peut donc dégager les grandes lignes de ce tableau clinique en ce qui concerne :

- leur fonctionnement psychique ;
- le type de relation avec le compagnon ;
- les modalités de communication et d'emprise du pervers narcissique² ;
- les problèmes posés par la psychothérapie, et en particulier la nature de la mobilisation contre-transférentielle.

SOUS L'EMPRISE ALIÉNANTE DE L'AUTRE

Il s'agit de femmes qui vivent avec un conjoint depuis longtemps (32 ans pour Béatrice ; 22 ans pour Dominique ; 16 ans pour Alice ; la quatrième, Christine, beaucoup plus jeune, ne vit avec son compagnon que depuis deux ans, mais il est à noter qu'elle a eu avant lui une relation de même type, qui s'est terminée sous la menace des armes...) et qui sont dans une crise du couple où elles envisagent de le quitter, sans y parvenir. Dès le premier entretien, apparaissent dans leur récit certaines situations ou des détails qui font penser au thérapeute qu'il s'agit d'une relation très pathologique. Mais cela, elles ne le disent pas clairement et c'est une des premières caractéristiques de ces cas cliniques que de minimiser les faits ou de les raconter de telle manière que l'auditeur a du mal à en prendre la mesure. Ce n'est que progressivement, presque par hasard, au détour d'une phrase et souvent parce que le psychanalyste finit par poser des questions, que l'on apprend qu'elles subissent depuis des années des violences physiques (dont elles ont gardé des traces : cicatrices, doigt tordu, baisse de vision à la suite d'un coup sur l'œil³) et des violences

1. J'ai d'ailleurs été frappée par le fait que les descriptions des praticiens qui s'occupent de situations de violences conjugales, et en particulier ceux qui ont mis en place des dispositifs d'accueil pour femmes battues (Bin-Heng, Cherbit et Lombardi, 1996 ; Gillioz, De Puy et Ducret, 1997) correspondent jusqu'au moindre détail à mes propres observations. Ce qu'apporte une approche psychanalytique, c'est l'élucidation des ressorts psychiques inconscients qui sont à l'œuvre dans ces configurations relationnelles.

2. La question se pose de savoir si l'expression « pervers narcissique » est pertinente pour tous ces conjoints, et plus spécifiquement quel est le rapport, pour certains d'entre eux, avec la paranoïa.

3. Bin-Heng, Cherbit et Lombardi (1996, p. 59) remarquent que « les hommes violents frappent essentiellement leurs partenaires sur les parties du corps visibles en dehors de l'habillement : visage (traditionnelle image de la femme battue : œil au beurre noir, souvent caché par des lunettes de soleil) cou, tête, jambes, bras ». Il effectue un « marquage de territoire, comme si son corps s'étendait à celui de l'autre... ».

psychiques (insultes, accusations, humiliations, intimidations, menaces de mort), ces scènes se déroulant souvent devant les enfants.

Ce tableau clinique évoque la relation d'emprise, lorsqu'elle s'exerce dans une problématique perverse, telle qu'elle a été décrite en particulier par Roger Dorey¹ (1981), comme une « action d'appropriation par dépossession de l'autre ». Il s'agit d'une confiscation, une mainmise, qui ramène l'autre à un objet entièrement dominé et assimilable. La marque inscrite sur le corps de la femme par les coups signe l'appropriation par le conjoint dominateur et tyrannique et atteste l'état de soumission imposée et acceptée.

Face aux violences subies, ces femmes sont sans réponse, ni révolte. Elles ne protestent pas. Pire : elles annulent aussitôt ce qui s'est passé. Dans le cours de l'entretien, il leur arrive de s'étonner elles-mêmes de ce manque de réaction (probablement dans un mouvement – passager – d'identification à l'analyste), mais c'est pour retomber aussitôt dans l'état de passivité et d'anesthésie habituel. Et c'est une autre de leurs caractéristiques, que nous analyserons plus en détail : leur histoire, elles n'y croient pas vraiment ; leurs opinions sont incertaines ; elles doutent de leurs perceptions.

Non seulement elles lui « trouvent toujours des excuses », mais elles s'attribuent la responsabilité : « Je dois y être pour quelque chose », est une phrase qui revient après chaque récit de scènes violentes. Les conjoints leur signifient systématiquement, pour justifier après coup leurs crises violentes, que ce sont elles qui les ont provoquées. Elles se trouvent dans l'identification à l'agresseur de Ferenczi, où l'enfant-victime intériorise la culpabilité que ne ressent pas l'adulte-agresseur, s'exposant à une énorme confusion, où « l'enfant est déjà clivé, à la fois innocent et coupable, et sa confiance dans le témoignage de ses propres sens en est brisée » (1933, p. 130). Lorsque Christine raconte des scènes de son enfance où elle était manifestement abandonnée et maltraitée par des parents qui apparaissent comme des « parents immatures » (G. Harrus, 2002), elle termine son récit en disant : « C'est peut-être moi qui en demandais trop »... C'est pourtant elle qui donne régulièrement de l'argent à ses parents quand ils ont des difficultés financières, elle qui s'occupe de leurs problèmes de santé, elle qui joue le rôle de parent, mais ne reçoit aucune aide de leur part lorsqu'elle en a besoin. « Les pervers narcissiques ne doivent jamais rien à personne, cependant tout leur est dû » (Racamier, 1986). Lorsqu'Alice se décide enfin un jour à déposer plainte, elle en éprouve un fort sentiment de honte. C'est avec l'impression d'être une « une vraie salope », qu'elle se rend au commissariat afin de nommer et de dénoncer la violence.

1. Pour Dorey, la relation d'emprise s'exerce soit dans le registre pervers (par la ruse du désir), soit dans le registre obsessionnel (par la force).

Le plus souvent, l'environnement n'est pas au courant. Le couple offre aux autres une image idéale et le mari est très apprécié. Son profil social est peaufiné. On admire son urbanité, son intelligence parfois brillante, sa forte personnalité. Il cultive son image et cela lui réussit. Il sait donner le change. Le clivage fonctionne impeccablement. D'autant plus que la femme du pervers narcissique ne fait rien pour remettre en question cette image. Bien au contraire, elle l'entretient, elle y adhère, reproduisant le parfait clivage de son mari, entre l'objet idéal et l'objet persécuteur. Personne parmi les membres de la famille ou des amis ne se doute que cet homme charmant est le même qui, en rentrant d'un dîner en ville, frappe sa femme avec une ceinture en l'injuriant devant leur petite fille que les hurlements ont réveillée. Ce n'est qu'au fil des années que cette image se fissure. Quelques personnes de l'entourage commencent à voir ce qui se passe ou bien la patiente commence à en parler. Mais il est étonnant de constater la lenteur de ce processus de mise à jour. D'une part, les personnes qui « savent » font comme si elles ne savaient pas. D'autre part, même quand la patiente commence à parler, elle en parle si timidement et en étant si peu convaincue (et donc convaincante), que les gens ne la croient pas ou se refusent à en tirer les conséquences. Puis il arrive une période où l'entourage s'inquiète (fratrie, amis, médecin, avocat), mais leurs paroles de mise en garde (« Vous êtes en danger », « Attention aux enfants »), que pourtant elle entend, ne prennent pas effet, comme en défaut d'inscription. L'une des tâches du psychanalyste sera donc de rendre la parole effective. Tâche habituelle pour un psychanalyste, mais qui connaît dans ces situations bien des avatars.

LE MÉTA-REGARD

Une des premières questions qui se pose est de savoir pourquoi ces femmes viennent consulter, parfois au bout de vingt ans de vie commune. Qu'est-ce qui a déclenché, enfin, le souhait de se dégager de cette relation et rendue possible la demande d'aide ? Après des années, où elles ont oscillé entre aveuglement et lucidité et où chaque moment de révolte a été immédiatement annulé en tirant le rideau du déni, survient un événement qui constitue « un point de non-retour ».

Cet événement correspond toujours à une circonstance qui implique le regard de l'autre. Dans un cas (et c'est fréquent), il s'agit du regard de l'enfant. C'est quand le mari tape sa femme devant l'enfant et qu'elle voit le

regard effaré de celui-ci, qu'il ne lui est plus possible de retourner au déni. Une autre patiente a réellement pris conscience de la gravité de la situation lorsque son père s'est ému en remarquant les réactions phobiques étranges de sa petite fille lorsque lui, le grand-père, jouait avec elle. En même temps, la crèche a commencé à poser des questions sur les manifestations de peur de l'enfant. Cette femme n'a plus pu alors minimiser l'effet sur sa fille des scènes quotidiennes très violentes auxquelles celle-ci assistait. Une autre encore a basculé après un malaise cardiaque. A l'hôpital, le mari est venu la voir en rigolant : « Te voilà bien ! » Le réel danger somatique dans lequel elle se trouvait a objectivé le danger d'être détruite par son partenaire, danger qu'elle avait obstinément minimisé jusqu'alors. Au moment de penser : « C'est donc bien vrai que je risque d'en mourir », dans une brusque prise de conscience du danger, a surgi le détermination : « Je ne veux pas mourir. » L'hospitalisation, les paroles du médecin, les soins à faire ont joué le rôle de tiers, c'est-à-dire la fonction d'objectiver le danger, dont sa propre perception était sans cesse soumise à un doute.

Ce regard de l'autre, on pourrait l'appeler un méta-regard, au sens de la méta-communication de l'école de Palo Alto. En effet, les stratégies du pervers narcissique, les modalités de communication qu'il instaure avec sa partenaire et le type de lien dans lequel celle-ci est prise évoquent à plus d'un titre ce que Bateson et Watzlawick ont étudié dans le cadre de la communication paradoxale. Déjà, en 1975, Didier Anzieu, dans un article remarquable, a dit qu'il ne se serait pas sorti de certaines impasses thérapeutiques marquées par un transfert paradoxal, sans l'apport des travaux de Palo Alto.

Watzlawick et Bateson avancent que « le point commun de ces différents modèles, c'est qu'aucun changement ne peut se faire de l'intérieur ; si un changement est possible, il ne peut se produire qu'en sortant du modèle ». Sans intervention externe s'instaure un « jeu sans fin », qui ne pourra se résoudre que par le recours à la violence, « la séparation, le suicide ou l'homicide », précise Watzlawick (1967), confirmant ainsi la gravité potentielle de ces situations. Ce qui caractérise la double contrainte – et on l'oublie trop souvent –, c'est non seulement l'émission de deux messages qui s'excluent l'un l'autre, mais surtout l'impossibilité (ou l'interdiction) pour celui qui reçoit le message de dénoncer sa paradoxalité. Je dirai donc que le thérapeute restitue à la patiente la possibilité d'une méta-communication, seule voie possible pour résoudre la communication paradoxale. C'est comme un appel à témoins qui permet une authentification de la perception. Il ne lui suffit pas de voir, il faut que quelqu'un d'autre voit ce qu'elle voit, pour que la perception ne soit pas immédiatement disqualifiée.

DÉVALORISÉE, DÉNIGRÉE, DISQUALIFIÉE

La disqualification est une des modalités de la communication paradoxale décrite par l'école de Palo Alto, qui consiste en la dénégation de la perception qu'un sujet a de ses sensations, de ses pensées ou de ses désirs. Comme le formule Roussillon : « La disqualification est une anti-reconnaissance, elle surgit de la non-prise en compte du désir de communiquer de l'un des deux locuteurs par l'autre. La disqualification signifie au sujet disqualifié que, concernant quelque chose qui le touche de près, il n'a rien à en dire, il n'a pas à en communiquer quoi que ce soit, mieux, il n'a pas à en penser quoi que ce soit » (1991, p. 34). Ce que j'ai pu observer chez toutes mes patientes, c'est que le déni porte non seulement sur les pensées, mais sur les perceptions, ce qui est plus grave, dans la mesure où il s'agit d'une véritable mutilation psychique. Sans cesse, la femme du pervers narcissique dénie ce qu'elle perçoit, remettant en cause la réalité de ce qu'elle a vu, entendu, ou ressenti. Dominique m'évoque un soldat dont la jambe aurait été arrachée dans la bataille et qui dirait : « Je n'ai pas mal, ce n'est pas grave. »

Béatrice par exemple rapporte des scènes d'une grande violence presque en chuchotant, sans aucune intonation qui permettrait d'indiquer à l'auditeur la douleur, la révolte, la colère. Elle parle comme un personnage de Nathalie Sarraute : les phrases, inachevées, laissent place aux points de suspension ; son discours s'écrit en pointillé. Dans les moments de crise, toutes les patientes ont ce même type de langage, qui se manifeste par la difficulté à terminer leurs phrases. Elles, qui présentent dans l'ensemble une très bonne capacité à raconter, et ont même pour certaines un réel talent de narratrice (d'ailleurs, elles aiment toutes la littérature et font une grande consommation de romans...), leurs phrases se décomposent, leur langage se déstructure, elles cherchent des mots qui échappent, elles perdent le fil logique du récit. Brouillard, confusion, désordre s'installent dans leur tête, témoignant de la régression formelle qu'impose l'invasion de leur appareil psychique par le mari.

En effet, l'une des stratégies du mari pervers narcissique est d'envahir l'espace mental de sa femme par des discours interminables. Il déploie des argumentations implacables. Dans ce domaine, il se montre proprement infatigable. « Le terrain de prédilection, l'instrument majeur de la perversion narcissique, il est temps de le dire, c'est la parole » (Racamier, 1987, p. 20). Le langage est son arme, plus redoutable peut-être que les violences physiques. Il s'en sert pour chercher – et obtenir – l'assujettissement de sa partenaire, qui

ne peut que se rendre à cette force de persuasion. Séance après séance, on voit la patiente, telle une éponge, se laisser envahir par les projections du conjoint, comme si elle ne disposait pas de frontières pour les filtrer. Le partenaire du pervers narcissique a une « capacité identificatoire à se laisser pénétrer par le message de l'autre », comme le dit A. Eiguer (1989, p. 16). C'est une forme primitive de l'identification qui est plutôt du registre de l'incorporation (Abraham et Torok, 1971) de l'autre, qui l'amène à reproduire son discours, adhérer à ses idées, et se voir elle-même conformément à l'image qu'il projette sur elle. C'est bien parce que le deuil est impossible, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas renoncer à sa « passion masochiste »¹, qu'elle continue à le reprendre répétitivement en elle. « Ça ne filtre pas », dit Christine, après une soirée passée à écouter – ingurgiter ? – les arguments de son mari pour la convaincre d'abandonner son métier, afin de venir travailler avec lui. Elle ne peut émettre la moindre résistance. Mais depuis qu'elle vient en psychothérapie, elle ressent des troubles digestifs, dont on peut se demander s'ils ne sont pas le premier signe, au moyen d'une manifestation somatique, de l'intériorisation d'un parexcitation qui s'installe à la faveur de la relation analytique, la protestation du corps – ne plus vouloir ingurgiter – devant celle de la psyché.

TRANSPARENTE, FLUETTE, FLOTTANTE

Certains jours, les patientes se présentent comme des zombies, des morts-vivants, vidées de leur substance, de leur pensée. Elles expriment toutes à intervalles réguliers des sentiments d'inexistence qui les conduisent à une mort psychique, ou plutôt un anéantissement. Chosifiée, déshumanisée, elle est réduite à n'être qu'un objet. « Quant à l'objet du perversif, ce n'est qu'un ustensile », dit Racamier. « Tu n'existes pas, tu es transparente ; si je reste dans cette maison c'est uniquement pour les enfants, toi tu n'es rien, une moins que rien, tu n'as servi qu'à faire les enfants », dit le mari de Dominique. Et elle de dire : « Je suis dans le mur », en passant ses mains sur le mur à côté d'elle comme pour y enfoncer et aplatir une figure, tels les personnages de Tex Avery. Alice se sent comme un tapis – ou plutôt un paillason – que le mari foule aux pieds. C'est comme si la domination tyrannique les réduisait à une bi-dimensionnalité adhésive (Meltzer), signe de la « réduction de toute altérité », qui est pour R. Dorey la caractéristique de la relation d'emprise. « Celui qui exerce son emprise grave son empreinte sur l'autre, y dessine sa

1. Titre de la conférence de Paul-Laurent Assoun à la SPP du 21 janvier 2003.

propre figure » (p. 118). Physiquement, je les perçois alors comme fluettes, transparentes, sans consistance. Et je me visualise moi-même tantôt comme les yeux qui leur permettront enfin de voir et de sortir de leur étrange aveuglement¹ (« à chaque fois que je viens ici, j'y vois clair ; mais pourquoi dès que je rentre chez moi, tout s'obscurcit à nouveau ? ») et tantôt comme la colonne vertébrale qui les ferait tenir debout (« je me sens floue, flottante, sans aucune certitude ; ici je trouve quelque chose de solide »). Mais dans un premier temps, cette fonction n'opère qu'en la présence physique de l'analyste, pendant le temps de la séance. D'ailleurs, selon elles, je serais plutôt une « carapace » ou une « armure », c'est-à-dire quelque chose qui les protège de l'extérieur, sans encore structurer de l'intérieur leurs propres capacités de résistance et qui viendra à leur manquer à chaque interruption des séances. Quand je les revois alors, reprises entièrement dans le discours du pervers narcissique, j'ai l'impression de les voir revêtues de leurs vieux vêtements, abîmés mais confortables.

C'est un sentiment étrange qu'éprouve le psychanalyste qui est là pour entendre ces volte-face répétitifs et rapides. C'est dans le même souffle que les patientes racontent qu'elles ont été frappées ou insultées et disent qu'il n'est pas si mauvais que cela... Sans cesse, elle oscille entre l'image idéale, à laquelle elle s'accroche et la réalité, qu'elle ne peut admettre. Elle raisonne comme si le mari était comme elle le souhaite et non comme il est. « Le papa dont tu me parles, il existe un jour sur 365. Mais tu ne vois pas comment il est les 364 autres jours », dit la fille de Dominique à sa mère avec la lucidité habituelle des enfants. Quand un collègue lui demande comment s'est passé son week-end, Christine dit : « Très bien ! » Elle se reprend aussitôt. Comment a-t-elle pu dire cela, alors que son ami lui a fait une scène violente, au point de casser une porte, devant leur fille ? Le plus remarquable, c'est qu'il ne s'agit pas d'une dissimulation, mais que sur le moment, elle y croit vraiment, par une étrange altération des perceptions et des sentiments. Comme l'écrit Léonard Shengold pour expliquer le comportement troublant des enfants maltraités qui se tournent vers le parent-bourreau pour obtenir du secours, « l'enfant se fabrique une image délirante du bon parent », car « l'alternative – une image parentale mauvaise – signifierait l'annihilation de son identité et du sentiment de soi. Le mauvais est donc enregistré comme bon » (1989, p. 36).

Avec ces patientes, je m'attendais à chaque séance, surtout celle du début de semaine, à ces retours en arrière, qui sont de véritables blessures narcissiques pour le thérapeute, puisqu'à chaque fois le travail effectué aux séances précédentes est complètement remis en question. Je dirais même plus : il a été

1. Il est à noter que les quatre patientes ont eu, à un moment, des troubles visuels.

annulé. Il n'en reste plus trace. « On revient à la case départ », telle était mon impression. Je retrouvais le discours du mari, l'incertitude de la patiente quant à ses propres opinions, l'auto-accusation, la disqualification de ses sentiments et ses perceptions, la dégradation du langage devenu à nouveau flou et inachevé.

Peut-on penser que la patiente fait subir au thérapeute l'anéantissement dont elle a été l'objet ? Tout est soumis au doute et ce doute s'applique au début à la relation thérapeutique. Christine rate des séances et s'étonne de ma réaction en disant qu'après tout « c'est pareil si je suis là ou si je ne suis pas là ». Surprises au début qu'on puisse s'intéresser à elles, qu'on prenne au sérieux leur souffrance, qu'on se souvienne d'une séance à l'autre de leurs récits, qu'il y ait une continuité, elles en viennent très vite à investir le lien thérapeutique, à partir du moment où s'établit la *croissance* en la solidité du lien avec le thérapeute. Étayage narcissique, qui sera le premier point d'appui du processus psychanalytique. Dans son rôle de Moi auxiliaire, le psychanalyste, au cours des premiers entretiens, sera un consultant renarcissisant, effectuant ce que les chercheurs de Palo Alto désignent comme une « requalification ». Les séances permettront dès lors de se dégager des impasses masochistes mortifères. Mais ce n'est pas si simple, car « l'expérience subjective de proximité magique et d'omnipotence partagée avec le patient », comme le dit Searles (1959/1975, p. 35), a un caractère « ensorcelant » qui explique, selon lui, la longueur et la difficulté de ces traitements. Ce sont en effet des situations cliniques qui mobilisent intensément des aspects particuliers du contre-transfert.

LA PARADOXALITÉ DANS LE TRANSFERT ET LE CONTRE-TRANSFERT

C'est peu dire que le contre-transfert de l'analyste à l'égard du mari de sa patiente est négatif. À l'écoute de ces femmes, il est inévitablement amené à penser, comme Racamier (1987) qu'il « n'y a rien à attendre de la fréquentation des pervers narcissiques, on peut seulement espérer s'en sortir indemne ». Le thérapeute s'expose à être pris lui-même dans le système, car, comme le dit Watzlawick, « le pouvoir d'absorption de ces systèmes est extraordinaire ». « Je suis aspirée », dit l'une de mes patientes, à chaque fois que le conjoint vide son espace mental de ses pensées propres pour y substituer les siennes. Le psychanalyste risque d'être aspiré à son tour ou surtout de se défendre de cette absorption par une tendance à être trop présent et trop actif. Sur le plan contre-transférentiel, l'analyste ne peut s'empêcher d'avoir pour sa patiente un désir (qu'elle quitte le pervers) qui peut devenir un objectif dans l'actualité (la

sauver d'un réel danger), attitude qui risque de mettre en danger le processus psychanalytique. Ces femmes répètent avec le psychanalyste la relation de soumission, où elles se mettent sous l'emprise de l'autre, avec une frénésie qui évoque l'avidité orale, entraînant pour le thérapeute le risque de lui adresser des injonctions, qu'elle va intérioriser passivement, avalant ses paroles comme le lait du biberon.

Car c'est bien aux pulsions sadiques orales et à l'omnipotence anale (Joan Rivière, 1936) de la patiente que l'analyste est confronté. Dans un chapitre de son ouvrage où il aborde avec beaucoup de subtilité les enjeux excessivement complexes des thérapies avec des patients ayant subi des violences, Shengold note que ces patients sont porteurs d'une intense agressivité de type cannibale, contre laquelle ils mettent en place une défense massive et invalidante, qui va se manifester dans le transfert, mettant à rude épreuve le thérapeute, dont la première qualité requise sera dès lors, selon Shengold, « une patience infinie » (1989, p. 317). Le jeu du transfert et du contre-transfert se déroule donc d'une manière très particulière, où le thérapeute est assigné à une place qui le laisse parfois perplexe.

L'AUTHENTIFICATION DE LA PERCEPTION

Que faire lorsque la patiente arrive à sa séance du lundi avec trois points de suture sur le visage, et raconte comme un événement banal, sans émotion ni révolte, que le mari lui a jeté à la figure une tasse de thé, et qu'aux urgences de l'hôpital elle a dit qu'elle avait glissé dans sa cuisine ? Avec Alice, à ce moment-là, c'est moi qui ai ressenti, dans un mouvement d'identification projective, les émotions qu'elle ne pouvait ni formuler ni éprouver. Colère, révolte, protestation. Humiliation et rage, dont Racamier dit qu'ils sont les sentiments du narcissisme blessé (1987, p. 21). Je les lui ai restitués. Ce fut un moment clé.

S'est ouverte alors une période où nous avons pu aborder les raisons de son impossibilité à se dégager d'une relation d'emprise destructrice, inaugurant un long travail d'élaboration autour de la culpabilité inconsciente qui l'amenait à faire comme s'il était normal qu'elle soit frappée, se vivant comme un déchet qui ne mérite pas mieux. Juste punition d'une faute commise dans son enfance (un de ses frères est mort d'un accident de voiture alors qu'elle était chargée de le surveiller), qui l'amène très loin dans les conduites masochiques à l'égard de son mari, s'offrant comme victime quasi consentante à ses comportements sadiques. « Mais qu'est-ce que je cherche ? », se demande-

t-elle un jour, après avoir passé une partie de la nuit dans le jardin, en plein hiver, le mari l'ayant enfermée hors de la maison. « À être tuée ! », s'exclame-t-elle dans un sursaut de lucidité, non sans complaisance. On voit ici comment peut s'instaurer « une sorte d'alliance thérapeutique négative entre la pulsion inconsciente de l'émetteur qui vise la mort de l'autre et la pulsion d'auto-destruction du destinataire », comme le décrit si bien Anzieu (1975). Elle a trouvé en son mari le meurtrier potentiel qu'elle cherche.

La séance de la tasse de thé a marqué un tournant. En effet, ce qui est tout à fait remarquable, c'est que depuis le jour de cette séance, les coups ont cessé... Plus jamais le mari ne l'a agressée physiquement (même si les violences ont continué selon d'autres modalités). Ce phénomène ne manque pas de surprendre, surtout qu'il s'est produit aussi (plus ou moins rapidement) avec les autres patientes : il y a un point de « non-retour ». Une fois qu'elle a ouvert les yeux pour de bon (mais que de temps faut-il pour cela ! Rappelons que cela se produit au bout d'une bonne vingtaine d'années de vie commune), elle ne retombe plus dans l'aveuglement. Une fois qu'elle a pu réintégrer ses projections et réduire les clivages, une fois que les émotions ont pu lui être restituées par l'analyste, à la faveur des mouvements de transfert et de contre-transfert, elle parvient à construire des frontières qui la protègent définitivement des manœuvres d'invasion et d'occupation (il ne faut pas hésiter ici à utiliser des termes militaires, car c'est bien de cela qu'il s'agit) du partenaire. Une fois ouverte la porte de sortie de sa position identificatoire masochiste, celle-ci ne se referme plus. Une fois qu'a été pensé et prononcé le mot « Stop ! », les violences s'arrêtent. S'il n'y a plus de victime, il n'y a plus de bourreau...

Si ce point de « non-retour » peut apparaître magique, il faut bien voir qu'il est le résultat d'un processus transférentiel complexe, qui implique une temporalité. D'abord, on peut dire que ces patientes viennent consulter à un moment où elles sont prêtes à faire ce pas. La plupart ont eu auparavant des rencontres avec des thérapeutes qui se sont soldées par des échecs, mais qui ont néanmoins marqué des étapes et amorcé un travail. Ensuite, patiente et analyste doivent déjà être bien installés dans le « champ » (M. et W. Baranger, 1985, p. 1565) pour que ces phénomènes puissent se produire et surtout qu'ils puissent être opérants. Le « stop ! » qu'elle n'a pas pu dire pendant vingt ans, elle peut enfin le prononcer, à la faveur d'un remaniement que je vois comme l'équivalent d'une interprétation mutative. Cela confirme une fois de plus qu'il serait parfaitement inutile de leur « conseiller » ce « stop ! », si n'a pas eu lieu cette « restructuration du champ », où les aspects clivés et projetés dont l'analyste était devenu le dépositaire seront réintrojectés sous une forme transformée.

Pour Alice, le fantasme sous-jacent – « De toute façon, il me tuera un jour, je le sais » – n'est qu'un juste retour des choses, le châtement mérité pour la punir de la double faute qu'elle a commise, puisqu'après la mort de son frère, la mère est devenue alcoolique. Elle attend des représailles inévitables, attendues, voire provoquées, à ce crime : « J'ai tué le fils de ma mère. » Alice reproduit cette position masochique avec son mari, se sentant coupable et responsable de la violence qu'il exerce sur elle, tout comme elle se sentait responsable de la dépression et de l'alcoolisme de sa mère. Elle guette le mari – est-il calme ? est-il énervé ? à quelle réaction s'attendre aujourd'hui ? – exactement comme elle guettait tous les jours pendant dix ans dans quel état était sa mère, lorsqu'elle rentrait de l'école. Avait-elle bu ? Fallait-il aller la chercher au café ? Cacher les bouteilles ? Ou pourrait-elle ce jour-là faire ses devoirs tranquillement ? De la même manière, la fille de Dominique, très clairvoyante comme la plupart des enfants des pervers narcissiques, raconte à sa mère qu'elle se demande tous les jours quel père elle va trouver en rentrant à la maison : Un fou, un excité, un calme, un délirant, un gentil ?

LE PERSÉCUTEUR CACHÉ

Derrière le mari pervers narcissique, se cache bien sûr un autre persécuteur. Figure du passé, auteur d'autres violences, source de traumatismes antérieurs. C'est quand il réapparaît, que peut commencer le véritable travail psychothérapique. À partir du moment où le persécuteur caché est débusqué, l'asservissement au persécuteur actuel tombe, car elle retourne vers son objet originaire. Pour Alice, c'est la mère alcoolique et dépressive. Pour Béatrice, c'est un père paranoïaque, qui infligeait à ses enfants des traitements cruels, à la manière du père du président Schreber. Pour Christine, c'est une mère atteinte du syndrome de Münchhausen par procuration. Quant à Dominique, elle a subi pendant son enfance des attentats sexuels incestueux de la part d'un oncle. Selon les cas, il peut s'agir tantôt du père et tantôt de la mère, mais je dirais qu'il s'agit d'une figure parentale archaïque indifférenciée, autant sadique que séductrice, qui associe à une figure paternelle totalitaire une image maternelle surmoïque ou idéalisée que la patiente intériorise et qui la terrifie de manière quasiment divine. Cette figure primitive convoque le fantasme de parents combinés, liés par une scène primitive meurtrière, dans laquelle l'enfant serait précipité, participant des violences dont à la fois il jouit et souffre, mais dont il ne peut pas s'extraire.

Pour Christine, le dominateur tyrannique est une mère, probablement atteinte du syndrome de Münchhausen par procuration, qui lui a fait subir, pendant ses premières années, toutes sortes d'examen médicaux et des traitements, aussi douloureux qu'inutiles. De ces traumatismes, dont elle avait connaissance mais dont elle ne parlait jamais, Christine dit qu'ils « restaient comme des choses étrangères à moi, comme si c'était une autre personne ». On retrouve de la même manière chez toutes les patientes de telles traces mnésiques dont le statut n'est pas clair. On ne peut pas dire qu'ils resurgissent puisqu'ils étaient toujours là, mais ils sont néanmoins soumis au doute. Est-ce bien vrai ? Est-ce qu'elle n'exagère pas ? À chaque fois, Christine doute de l'existence des événements qu'elle se remémore. Tout comme elle doute de la réalité des coups que son conjoint lui a donnés, même si le lendemain elle porte sur son corps des bleus qui en témoignent.

C'est après avoir interrogé sa tante et son père, c'est-à-dire au moyen du regard des autres (le méta-regard), qu'elle peut accorder à ces souvenirs un statut de réalité, mais en traversant toutes les étapes douloureuses d'une sortie de prison. Dans le syndrome de Münchhausen par procuration, tout se joue dans le corps de l'enfant, qui encode les traumatismes infantiles parentaux et s'offre comme espace psychique de décontamination des deuils infaisables des parents. « Prisonnier du lien soignant pervers, l'enfant se vit donc comme l'incarnation du désir de sa mère d'être l'objet de soin » (E. Binet, G. Danon, A. Le Nestour et B. Weigel, 2000, p. 67). L'enfant développe une conduite adaptative à cette mère terrifiante, déroutante, imprévisible, à laquelle il s'identifie et se soumet. C'est pourquoi, la réaction de Christine reste marquée par la difficulté à reconnaître l'agressivité meurtrière de sa mère. Même après avoir évoqué le souvenir de ces épisodes traumatisants, elle continue d'en douter : « C'est dingue, c'est fou, à quel point les choses que j'ai dites paraissent irréelles. Je sais que c'est arrivé, mais c'est comme si ce n'était pas arrivé. »

Il y a danger à remettre en question le schéma sur lequel elle a construit son identité et qui est très investi libidinalement. Curieusement, elle n'arrive pas à en vouloir à cette mère, comme l'enfant maltraité qui, selon Shengold (1989), a un immense besoin de transformer le bourreau en un être bon. « On ne peut pas ne pas aimer sa mère », dit Christine. Elle confirme l'observation de Shengold : « Toute victime de meurtre de l'âme sera anéantie par la question : "La vie est-elle possible sans père ni mère ?" C'est le nœud central de ces thérapies » (p. 321). Pour sa mère, Christine est fille et mère, victime et persécutrice. Si elle n'est plus ni l'une ni l'autre, que sera-t-elle ?

De son mari, elle dit qu'il est fou, mais surtout : « Il est fou de moi... » Christine montre ici l'intensité libidinale de cette relation quasi addictive, où l'objet-ustensile n'est pas seulement dévalorisé, mais aussi fortement investi.

Le pervers narcissique a besoin de son objet¹. Et l'objet ne peut se passer de lui. Elle soulève une question qui est celle de toutes ces femmes : Comment renoncer à être objet et sujet d'une telle passion ? Après avoir quitté son mari, Christine a beaucoup de mal à investir de nouvelles relations amoureuses, qui lui paraissent fades. Si le nouvel ami ne la persécute pas au téléphone, s'il ne se montre pas d'une jalousie excessive, s'il n'ouvre pas son courrier, s'il ne lui donne pas des coups, c'est donc qu'il ne l'aime pas vraiment... Il lui manque quelque chose. Et d'ailleurs, comment pourrait-il l'aimer, lui qui est si bien sous tous rapports et elle qui n'est qu'une « souillure » ? C'est ainsi que sa mère l'aimait, en la dénigrant, la critiquant, la traînant dans la boue, provoquant chaque jour sa honte. Peut-on aimer autrement ? Elle ne se sortira de ce schéma que le jour où elle parvient à faire le rapprochement entre sa mère et son mari et à prendre conscience de sa haine meurtrière à leur égard. « Le fardeau le plus lourd est l'intensité meurtrière de la haine », écrit Shengold. L'enjeu étant de « vouloir tuer le parent sans lequel on ne peut pas vivre ».

UNE FIDÉLITÉ FANATIQUE²

Du pervers narcissique, elles sont autant victimes, que complices et encore thérapeute. En effet, contre toute attente, elles se font thérapeute de leur mari, dans un espoir fou de guérir celui qui, à leur égard, déploie tous les efforts pour rendre l'autre fou (Searles, 1959/1975). Derrière toutes les formes de violence, elles s'obstinent à voir la souffrance de l'agresseur, comme l'enfant de Searles animé par une tendance thérapeutique innée et universelle.

C'est pourquoi il leur est si difficile de se séparer de ce conjoint, d'amorcer un départ, dont l'idée est sans cesse évoquée, et sans cesse révoquée. « Tout le monde me dit que je dois le quitter. » Mais cela ne suffit pas. Quitter, c'est renoncer à un idéal. Et cet idéal, elles y tiennent. Les premières étapes de la séparation s'accompagnent d'angoisses aiguës. Elles éprouvent la douleur de celui à qui l'on arrache un membre ou que l'on écorche. Joan Rivière (1936), dans son article sur la réaction thérapeutique négative, montre de manière remarquable les enjeux de cette séparation, à savoir la difficulté à quitter « son unique bien, son noyau d'amour enfoui » et de renoncer à sacrifier sa vie pour le soigner (p. 15). Impossible de renoncer à la passion réparatrice qui les anime

1. C'est pourquoi, comme le remarquent Bin-Heng, Cherbit et Lombardi, « généralement, le partenaire violent n'ira pas jusqu'au meurtre, car il perdrait son objet de pouvoir, son objet de violence, à partir duquel il se définit, en tentant de l'intérioriser au maximum. Il s'agit bien souvent d'une forme de cannibalisme » (p. 62).

2. C'est Searles qui parle de la « fidélité fanatique du patient au parent » (1959/1975, p. 35).

et qui, à travers le mari pervers narcissique, s'adresse à une figure maternelle folle, séductrice, persécutrice, tyrannique et destructrice. C'est une tâche qui, comme le formule Joan Rivière, absorbe « tout son self, chaque atome de toutes ses ressources, toutes ses capacités physiques et mentales jusqu'à la fin de sa vie, chaque souffle, chaque battement de son cœur, chaque goutte de son sang, toute pensée, tout instant de sa vie, tout bien, tout argent, tout reste de capacité quelconque : une extrémité d'esclavage et d'immolation de lui-même qui dépasse toute imagination consciente » (p. 17). Que de séances passées à parler des problèmes, états d'âme, revirements du compagnon, avant de pouvoir tenir un récit à la première personne.

Sachant cela, quand il commence à être démasqué, le pervers narcissique met en place toutes sortes de stratégies, qui font appel à l'infinie capacité de compassion de sa femme. La première est celle de se présenter lui-même comme victime : il tombe malade, il est au chômage, il est seul, personne ne le comprend, il est très malheureux, il parle de son enfance difficile, les traumatismes de ses premières années. Auprès de sa compagne et parfois de l'entourage, cette stratégie est payante. Béatrice hésite à partir : « Je ne peux pas enfoncer quelqu'un qui est dans un trou. » Quant à Dominique, elle affirme que ce serait « non-assistance à personne en danger », alors que de toute évidence, c'est elle qui est en danger avec un mari qui profère régulièrement des menaces de meurtre. Il leur faut, tel un Pygmalion, transformer l'objet. Elles ne renonceront jamais à rendre heureux celui qui s'obstine à les dénigrer et les détruire. Elles s'acharnent à réanimer cet objet qui les regarde d'un œil froid. En effet, en dehors de ses moments de crise violente, le pervers narcissique a une impressionnante capacité à « faire la gueule ». Pendant des jours, voire des semaines, il les ignore, ne leur adresse pas une parole, les traversant d'un regard qui les rend transparentes. Et elles de vouloir à tout prix vivifier cet homme qui évoque une mère dépressive, pétrifiée, persécutante.

« Je ne comprends pas » est une phrase qui revient souvent dans le discours de ces patientes. « C'est moi qui ne comprends pas. C'est moi qui dois me tromper. » Comprendre, c'est lever un déni. C'est voir en face les attaques destructrices dont elle est l'objet, mais aussi sa propre destructivité. D'une certaine manière, c'est admettre le mal. Comme le remarque Didier Anzieu, la scène de ménage « se développe aussi sur une autre dimension, celle du grandiose, dans la mesure où elle fait vivre aux deux concélébrants l'expérience quasi religieuse du mal » (p. 208). Cette dimension du mal doit rester refoulée (ou plutôt déniée), et on peut penser que la culpabilité – si persistante – sert à cela : camoufler les pulsions meurtrières. Elles qui vivent la violence au quotidien se posent des questions somme toute assez naïves. Qu'ont-elles fait ? Que

peuvent-elles faire ? Elles ne peuvent admettre d'une part qu'elles n'y sont pour rien et d'autre part qu'elles n'y peuvent rien, car ce constat remettrait doublement en échec leur toute-puissance. Derrière le masque de la soumission et de la culpabilité, se cache l'omnipotence. Derrière l'incompréhension se cache un savoir fort ingénieux sur la nature humaine, qui se dévoile au moment de sortir de l'emprise aliénante à l'occasion de projets professionnels ou associatifs très cohérents.

C'est en effet avec beaucoup d'énergie que les quatre patientes ont pris au cours de la psychothérapie un virage existentiel ou professionnel, modifiant leur carrière ou commençant de nouvelles études. Toutes ont connu une période de leur vie, même très courte, où les choses se passaient autrement, souvent entre le moment où elles ont quitté leurs parents et la rencontre avec le conjoint pervers. De cette période, chaque patiente dit que c'était le seul moment où elle se sentait elle-même, seul épisode de sa vie où elle s'appartenait, où elle était capable de faire des choix personnels. Cet intervalle correspond à une image positive d'elle-même, qui a été complètement engloutie par l'opération de démolition du mari, mais qui resurgit à la faveur de la psychothérapie et constitue alors un point d'appui pour la revalorisation narcissique à venir.

Il faut donc se poser la question de savoir contre quoi la relation avec le pervers narcissique les protège. Contre un effondrement dépressif ? Ou même une décompensation psychotique ? En quoi y a-t-il, comme nous l'avons vu, répétition d'un traumatisme antérieur ? Mais aussi : Dans quelle mesure la perversion du mari est-elle la projection de leurs propres aspects pervers... ? En quoi participe-t-elle à la perversion de la relation ? Car comme tout jeu, c'est un jeu qui se joue à deux. Au pervers narcissique, il faut un partenaire et il le trouve... Pourquoi la partenaire se prête-t-elle à ce jeu, qui est destructeur et non sans danger ? Et surtout pourquoi lui est-il si extraordinairement difficile de s'en dégager ? On sait – et ces cas cliniques contribuent largement à le confirmer – qu'entre le bourreau et sa victime, les rapports sont plus complexes qu'on ne le croit.

En effet, j'ai constaté qu'au moment de quitter le pervers narcissique, elles manifestent elles-mêmes des comportements pervers. L'une d'elles a réussi à extorquer de l'argent à son mari, qui avait lui-même commis plusieurs escroqueries, au moment du divorce. Elle me quitte en me laissant plusieurs séances impayées... Christine m'avertit de l'arrêt brutal de sa psychothérapie par un message sur mon répondeur, où elle m'annonce qu'elle part en vacances dans les Caraïbes avec un nouveau compagnon... Béatrice se surprend elle-même à mentir pour éviter les conflits après la séparation. Elle découvre avec une certaine délectation non exempte de culpabilité, mais sans réels scrupules,

la facilité et l'efficacité du mensonge, le pouvoir exaltant qu'il donne et le plaisir de tromper l'autre. Elle a pourtant souffert des mensonges de son mari, au point de prononcer cette phrase très winnicottienne : « Quand on ment à quelqu'un, on lui vole son destin. »

Les aspects pervers peuvent se manifester dans le transfert. Il y a un moment où le psychanalyste doit accepter d'être à la place du bourreau, du mauvais parent, du séducteur, de l'agresseur, et non plus l'adulte bienveillant et réparateur. Accepter que la patiente qui apparaissait comme une victime tragique est aussi une femme qui peut elle-même pratiquer des manœuvres perverses. C'est alors le thérapeute qui doit renoncer à sa passion réparatrice, « guérir de vouloir guérir », comme le dit Racamier.

PERSPECTIVES

J'en viens à penser, après ces prises en charge qui s'étendent sur une quinzaine d'années, que la capacité perverse narcissique, contrairement à ce que l'on affirme (et que l'on ressent, il faut bien le dire, à leur fréquentation) a des limites et des défaillances. Ils sont plus vulnérables qu'on ne le croit. Est-ce que ces limites sont liées au vieillissement ? On pense ici aux travaux sur la perversion qui montrent l'effet du temps sur les pervers, l'usure et l'épuisement se faisant jour, avec l'impossibilité au bout d'un certain nombre d'années de renouveler leurs stratégies, d'y croire encore, eux qui pourtant étaient infatigables et finissaient toujours par avoir les autres à l'usure.

Dans la plupart des cas, le changement de vie est accepté, contre toute attente, avec une facilité surprenante par le mari. C'est comme si le remaniement psychique de la patiente imposait avec évidence les nouvelles données de la dynamique familiale, auxquelles le mari, en bout de ressources, n'a plus qu'à se plier, s'il ne veut pas tout perdre. Tout comme – c'est Racamier qui le rappelle – « la plupart des imposteurs finissent démasqués et la plupart des escrocs finissent au trou », les maris pervers finissent soit par se retrouver seuls, soit dans l'obligation de s'amender.

On aurait donc tort de considérer la perversion narcissique comme une structure mentale inamovible. En réalité, ces cas cliniques montrent qu'il y a chez ces hommes des possibilités de remaniement psychique en fonction de l'évolution de leur relation de couple. Mais il faut souligner, du côté du mari, ce que nous avons déjà remarqué pour les femmes, à savoir la temporalité très longue que nécessite ce travail.

Peut-on penser que la femme du pervers narcissique y est pour quelque chose ? Qu'après de longues années de souffrance et de soumission masochiste, c'est elle qui devient le moteur, et que dans le sursaut de l'instinct d'autoconservation qui la fait se dégager de cette relation pathologique pour sauver sa peau, elle contribue à sortir son mari d'un parcours pervers qui aboutit dans une impasse. La femme, aidée par son psychanalyste, serait alors la chance du pervers narcissique...

Simone Korff-Sausse
146, boulevard du Montparnasse
75014 Paris

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham N., Torok M. (1972), Introjecter-Incorporer. Deuil *ou* mélancolie, *NRP*, n° 6, 1972, p. 111-127.
- Anzieu D. (1975), Le transfert paradoxal, *NRP*, n° 12, Paris, Gallimard.
- Anzieu D., La scène de ménage, *NRP*, n° 33, Paris, Gallimard.
- Baranger M. et W., La situation analytique comme champ dynamique, *RFP*, 6/1985.
- Binet E., Danon G., Le Nestour A. et Weigel B., Le syndrome de Münchhausen par procuration. Essai de compréhension psycho-pathologique, *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. XLIII, 1/2000, Paris, PUF.
- Bin-Heng M., Cherbit F. et Lombardi E. (1996), *Traiter la violence conjugale*, Paris, L'Harmattan.
- Dorey R. (1981), La relation d'emprise, *NRP*, n° 24, Paris, Gallimard.
- Eiguer A. (1989), *Le pervers narcissique et son complice*, Paris, Dunod.
- Ferenczi S. (1933), Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, *Psychanalyse*, n° 4, Paris, Payot, 1982, p. 125-138.
- Gillioz L., De Puy J. et Ducret V. (1997), *Domination et violence envers la femme dans le couple*, Lausanne, Éd. Payot.
- Greenacre, L'imposteur, in *L'identification*, Paris, Tchou.
- Harrus-Révidi G. (2002), *Parents immatures et enfants-adultes*, Paris, Payot.
- Racamier P.-C. (1986), De l'agonie psychique à la perversion narcissique, in *RFP*, 50, n° 5, Paris, PUF.
- Racamier P.-C. (1987), De la perversion narcissique, *Gruppo*, n° 3, p. 11-28.
- Racamier P.-C. (1992), *Le Génie des origines*, Paris, Payot.
- Racamier P. C. (1995), *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Éd. du Collège.
- Rivière J. (1936), Contribution à l'analyse de la réaction thérapeutique négative, *Revue du collège des psychanalystes*.
- Roussillon R. (1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF, « Quadrige ».
- Searles H. (1959), L'effort pour rendre l'autre fou, *NRP*, n° 12, Paris, Gallimard, 1975.
- Shengold L. (1989), *Meurtre d'âme*, Paris, Calmann-Lévy.
- Watzlawick P. (1967), *Une logique de la communication*, Paris, Le Seuil, « Points ».