

OUTRAGE À L'INTIMITÉ

Alberto Eiguer

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

**2003/3 - Vol. 67
pages 857 à 871**

ISSN 0035-2942

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2003-3-page-857.htm>

Pour citer cet article :

Eiguer Alberto, « Outrage à l'intimité »,
Revue française de psychanalyse, 2003/3 Vol. 67, p. 857-871. DOI : 10.3917/rfp.673.0857

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.

Outrage à l'intimité

Alberto EIGUER

Le concept de « perversion-narcissique » ayant connu un certain développement, il me paraît important de le redéfinir pour garder l'essentiel du message de P.-C. Racamier (1978-1980). Il a été interprété comme un équivalent de la perversion morale, de caractère ou perversité. Je ne crois pas que cela a été l'intention de Racamier. La perversion narcissique devrait être considérée comme une *forme* de perversion morale, celle qui conduit le narcissisme autosuffisant aux limites extrêmes de son action, mais pas comme un synonyme de perversion morale. Cela ne minimise pas l'importance du narcissisme pathologique dans chaque tableau de perversion morale et ne nie pas le compromis du narcissisme commun à toutes les pathologies du caractère. Pour ce qui concerne la perversion narcissique toutefois, l'alliage du narcissisme à deux autres éléments est fréquent : la destructivité et la tendance à l'extraterritorialité – c'est-à-dire que le sujet tente d'impliquer une autre psyché. Le sadomasochisme, le voyeurisme, l'exhibitionnisme sexuels ont des variantes perverses de caractère auxquelles on peut associer la mythomanie, l'imposture, la pyrophilie, le jeu pathologique, la relation fétichiste à l'autre, certaines addictions.

Il est donc important que nous puissions cerner la perversion narcissique dans sa spécificité. Plus loin, je propose une réflexion circonscrite à la défense perverse narcissique chez le patient limite. Celle-ci est fréquente et pose d'importantes difficultés de traitement. Voilà les raisons de ce choix.

L'INTÉRÊT ACTUEL POUR LA PERVERSION NARCISSIQUE

J'ai étudié cette forme de perversion de caractère à différentes occasions, dans des articles, dans un livre *Le pervers narcissique et son complice*, dans un chapitre du *Petit Traité des perversions morales* ainsi que dans *Des pervers-*

Rev. franç. Psychanal., 3/2003

sions sexuelles aux perversions morales. Une série d'observations cliniques, où ces individus apparaissaient comme tirant toutes les ficelles de leur groupe familial, m'ont inspiré. P.-C. Racamier (1978-1980) m'a aidé à mieux définir leur psychopathologie, en proposant cette définition : « Le pervers narcissique se fait valoir aux dépens d'un autre. » Depuis ces années, ce concept s'est enrichi d'observations et de découvertes, auxquelles ont contribué de nombreux cliniciens, au point qu'il est devenu nodal pour identifier certaines manipulations psychiques se manifestant dans la clinique et dans des champs comme l'entreprise, les institutions de formation et de soins. À la différence du sadique moral, qui vise à éprouver une satisfaction en humiliant et en maltraitant un tiers de façon très impulsive, le pervers narcissique est plus calculateur ainsi que moins porté vers la jouissance ; c'est pour cette raison qu'il prolifère dans des contextes où il est question d'exercice du pouvoir. Il agit par intimidation, produisant perplexité, paralysie, dévalorisation, envahissement de l'esprit par de la culpabilité chez ses victimes qui finissent par accepter tous les genres de compromission au détriment de leur auto-estime, et même par accepter de démanteler un aspect de leur narcissisme ou de justifier, voire d'exécuter, des actes contraires à leur propre morale (M. Hurni et G. Stoll, 1996 ; M.-F. Hirigoyen, 1998 ; Ch. Dejours, 1998).

Il me semble qu'il convient d'interpréter la perversion narcissique dans un lien ; un autre souffre des conséquences de l'inflation narcissique voulue par le patient. Tout élément de différenciation entre les humains est subverti afin d'accentuer l'effet de domination : la force, les connaissances, l'expérience, l'aura sociale ; des privilèges dérivés de la richesse, de la position hiérarchique, de l'appartenance au sexe masculin (cf. A. Eiguier, 2002).

Ces patients ont le goût du risque, aiment vivre dangereusement et s'en vantent. En même temps, les organisations instituées ne leur inspirent aucun respect. Ils s'en moquent ouvertement, avec cynisme, les ignorent ou encore montrent, par des agirs, leur supposée inutilité, leur incapacité par exemple à procurer du bien-être à ceux qui en font partie et qui les respectent. Si les pervers narcissiques sont dans des positions marginales, leur comportement est celui d'un défi permanent, ils cherchent à détrôner les puissants. Mais quand ils sont les dépositaires du pouvoir, ils passent outre les règles les plus élémentaires de la démocratie relationnelle à l'intérieur d'un travail en équipe.

Une sorte de subversion de l'idéal du moi les anime au nom du moi idéal mégalomane : l'ambition des pervers narcissiques est de vouloir faire *table rase* de toute pensée antérieure. Inaugurer une ère, fonder une nouvelle morale, c'est leur rêve.

PROXIMITÉ

Ces patients ont une présentation correcte. Parfois quelques éléments vont nous choquer néanmoins dans leur façon de s'habiller, discordante ou extravagante, à l'intérieur d'une présentation convenue. Ce ne sont pas des originaux toutefois : leurs goûts ne semblent pas répondre à un plaisir esthétique, pas même au désir d'attirer l'attention. Simplement cela révèle qu'une partie d'eux est loin du monde (Hurni et Stoll, *op. cit.*, ont finement dépeint ces traits). Derrière cette apparence bouillonne un état de tension interne, augurant des « explosions » verbales. Déconcertants, certains patients adoptent successivement des attitudes colériques ou sereines, hyperpassionnelles ou neutres, sans que l'interlocuteur puisse les prévoir, car elles répondent à une stratégie de manipulation. Au fond, ils sont émotionnellement froids, anesthésiés à la souffrance.

Les pervers narcissiques peuvent être tendres ou se dire coupables pour des fautes mineures, se confondant en excuses, s'ils pensent que cela amènera les autres à se sentir proches d'eux. Ils éviteront toutefois de parler de ces gestes qui atteignent la moralité la plus élémentaire qu'ils utilisent toutefois, escroqueries, délations, intrigues. Le but recherché est *l'utilisation* (P.-C. Racamier, 1993) des ressources de l'autre : le patient aurait besoin des compétences de cet autre ; il aimerait se nourrir de sa vitalité, de son enthousiasme. Cette stratégie est la conséquence d'un sentiment d'envie ; l'autre serait ainsi un *ustensile* au service des fonctions dont le patient craint de manquer.

Dans tous les cas, l'éthique du pervers narcissique répond à une banalisation de ses méfaits : il y aurait toujours une raison présentée comme suffisamment noble pour balayer les principes, la sérénité, le prestige ou les secrets de celui qui est en face. Comme il sait que chacun a quelque chose à se reprocher, il n'hésitera pas à en exploiter cet aspect. À ce titre, un oubli chez la victime sera désigné comme négligence ; une erreur comme manque d'affection ; la spontanéité, comme agressivité larvée. Il traitera l'autre facilement de « fou ». Les actes manqués de la vie quotidienne seront interprétés sous l'angle d'une logique qui ignore l'inconscient. Tout serait volontaire, partant d'une mauvaise intention. Quant à lui, le pervers narcissique se présentera comme ayant subi des méfaits et des injustices. Ceci l'autorisera à se poser en *juge*. Face au monde, les pervers narcissiques ont tendance à s'ériger en surmoi, en « donneurs de leçons ».

Toutefois, ils n'attaquent pas frontalement celui qu'ils ont en face ; ils ne lui font pas nécessairement des reproches, mais s'expriment par allusions ou en portant des critiques concernant des tiers qui ont des ressemblances avec la personne à laquelle ils s'adressent. L'effet est d'autant plus fort. Ce type de langage est très

efficace pour remettre en question les rapports entre le moi et le surmoi d'un interlocuteur. L'appel à des exemples tirés du collectif, de la pluralité, de la majorité, résonne avec l'origine du sentiment social chez les individus ; c'est-à-dire avec ce que chacun admet pour vivre en société, la loi commune. En me faisant le porte-parole du plus grand nombre, je parviens à m'infiltrer dans le moi de celui qui est en face et à m'ériger en représentant de son surmoi. Si je dis à quelqu'un : « Tu n'as pas été correct hier soir », cela est moins fort que de lui dire : « Un tel pense que tu n'as pas été correct hier soir. » D'autres propos semblables : « On a dit en réunion que tu n'es pas efficace », ou encore : « Le groupe pense que... » ; « Comment se fait-il que tu ne sois pas au courant que... » ; « Tu ne t'aperçois de rien, toi » ; « Les gens n'osent pas te le dire. » Ainsi l'avis du *plus grand nombre* entrerait-il en résonance avec les objets parentaux de cette personne, et avec son surmoi, qui est leur porte-parole.

LE FÉTICHISME DANS LE LIEN

Les aspects dépeints ci-dessus confirment le sentiment que la perversion narcissique intègre, dans le but d'atteindre ses objectifs, différentes modalités de perversion du comportement. Le *fétichisme* : si le besoin s'en fait sentir, les personnes seront vues et traitées comme des objets matériels, à utiliser, à rejeter. La froideur psychique y trouve une explication.

Il n'est pas évident que le patient tire un grand plaisir de toute cette opération. Certes, il sait imaginer les effets de telle ou telle phrase, se régaler d'avance des conséquences. Mais il paraît très démuné au fond, comme ces êtres très affamés, qui attendent impatiemment le moment de se procurer leur nourriture, narcissique dans ce cas. L'idée de « prédation morale » a été suggérée par Racamier (1979-1980, *op. cit.*). Dans tous les cas, le discours servira à démentir cette dépendance et à souligner, par contre, que la victime a besoin du pervers narcissique en priorité, qu'il a pris l'initiative de rechercher sa compagnie et de nouer une relation avec lui.

TROIS TRAITS : SÉDUCTION NARCISSIQUE, PARADOXALITÉ ET INDUCTION

Mais quels sont les éléments qui interviennent dans la parole des pervers narcissiques pour la rendre si efficace ?

Leur capacité de *persuasion* est à remarquer. Leur narcissisme pathologique exagère les traits de l'estime de soi, qui tend à la grandeur, coïncidant

avec les hautes aspirations de certaines personnes. Par *séduction narcissique*, on entend une référence prononcée et exagérée aux prouesses personnelles. Le patient est « le meilleur partout » ; il réussit habituellement ce qu'il entreprend. Comme la séduction tend à rehausser le narcissisme du sujet, l'autre aurait tout intérêt à s'associer à lui. Cela lui apportera plus de bonheur.

En ce qui concerne la *paradoxalité* (P.-C. Racamier, *op. cit.*), il s'agit de l'utilisation de messages opposés et insoutenables du point de vue logique (doubles contraintes) du genre : « Tu n'as pas besoin d'un maître, je suis le seul capable de le devenir pour toi. » On encore : « Ce n'est pas que je le veuille, mais tu dois m'écouter plus souvent » ; « C'est pour toi que je le fais. » La dimension d'obligation, de coercition est, bien que toujours présente, dissimulée derrière un message paré « de bonnes intentions ». Toutefois, la découverte de la manœuvre ne laissera pas de susciter une réaction hostile.

En ce qui concerne l'*induction*, certainement l'aspect le plus mystérieux, elle mérite certaines précisions. Si la victime se laisse abuser, c'est qu'elle peut se trouver dans une situation de fragilité. Le patient le perçoit. Comment s'organise-t-il pour faire éprouver à sa victime des sentiments qui lui sont inhabituels ? Nous disposons d'un concept clinique approprié pour expliquer ces mouvements : l'identification projective. Le même appelle le même. L'autre doit reproduire ce que le sujet éprouve ou veut. On délègue ou on dépose activement dans l'autre des affects et des idées dont on souhaite se débarrasser. On le catalogue d'une certaine façon, souvent de manière négative. Dans l'induction narcissique, le pervers va jusqu'à faire sentir à la victime ce que lui vit ou souhaite, et il la fait agir, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas uniquement d'un vécu transmis, d'une influence psychologique, mais d'une impulsion à distance. Pousser la victime à la faute pour la critiquer ensuite et la mettre à sa merci enfin (cf. A. Eguier, 1989, *op. cit.*).

Il est possible que le pervers narcissique se réfère à un ordre qui ne serait pas organisé par la loi, mais par le pur ; il officierait comme un intermédiaire entre la pureté, la perfection et le sujet (A. Eguier, 1997). La forte personnalité du pervers narcissique, où règne un narcissisme monolithique, va progressivement s'imposer à la victime. La logique du narcissisme pathologique est : « Le monde et moi nous ne faisons qu'un », « Tout sera uniforme, tout sera à mon service ».

Ceci explique que les adeptes des *sectes* commettent des atrocités au nom du gourou. Ils vont jusqu'à dépouiller financièrement leurs parents pour remplir les caisses de l'organisation, par exemple. On a parlé d'effet « hypnotique ». Cela est vrai car le gourou est vécu comme le leader qui gouverne l'inconscient de l'adepte par son « éthique » de remplacement, de « néo-valeurs ». Il associe fréquemment sa démarche à un dessein supérieur. Les *dic-*

tateurs le savent par expérience lorsqu'ils manipulent les foules. Nous ne saurions pas nous expliquer autrement l'obéissance qu'ils suscitent, le respect aveugle envers le chef, qui « ne se trompe jamais », et l'altération du sens moral des opprimés qui oublient le cas échéant la solidarité ou la valeur de l'humain, de la vie même. L'ennemi politique ne mériterait pas le respect ; on peut l'emprisonner ou le faire disparaître, confisquer ses biens, effacer son nom.

MODALITÉS CLINIQUES

Racamier (1978-80, *op. cit.*) évoque des variantes permanentes, plus ou moins stables de perversion narcissique, et des variantes passagères, qui peuvent se manifester dans d'autres structures de façon défensive et à la suite de situations de rupture, des traumatismes majeurs. Il convient de remarquer que certains patients se présentent comme des délirants, et qu'en fait ils le sont ; des illuminés qui se vivent en relation avec Dieu, ce qui les autorise à entraîner des adeptes, à les abuser. Si, d'un point de vue clinique, on les reconnaît comme psychotiques, en ce qui concerne leurs liens sociaux, ils se conduisent selon une logique manipulatrice.

Un certain nombre de patients limites et de psychotiques entrent dans cette catégorie. La perversion narcissique leur permet de retrouver un certain équilibre, de renverser le sentiment d'emprise ou d'intrusion, en devenant dominateurs et envahissants ; autrement, ils seraient submergés par leurs angoisses et leur perplexité. Ainsi observe-t-on des patients à tendance *sensitive* se dire négligés, malmenés, harcelés, abusés, de manière à susciter la pitié, en même temps qu'ils expriment de la réprobation à l'encontre de leurs prétendus agresseurs. Ils ont tendance à dire qu'ils sont maltraités par des individus qui auraient pour but de leur porter préjudice. Ils soulignent uniquement ce type de conduites ou les déforment. L'interprétation comme mécanisme pathologique est ici la règle. Ils tirent aussitôt un sentiment de triomphe devant leurs accusés, qui, déçus et désorientés, restent sans arguments pour se défendre. Montés sur des éléments de la réalité, les scénarios seront reconstruits de telle façon que les patients apparaissent en victimes innocentes et forcées. Le public, qui adhère à leur point de vue, exprimera à son tour de la réprobation en jugeant négativement la personne désignée comme fautive.

Chaque variante de psychose risque de produire des formes particulières de perversion narcissique, mais elles diffèrent sur plusieurs points de la défense perverse narcissique chez le cas limite, ce que nous examinerons dans l'item suivant.

IDENTIFICATION DU CAS LIMITE

« Grâce à la défense perverse, les patients limites évitent de sombrer dans la psychose. » Cette idée assez répandue veut souligner la fonction salutaire des défenses perverses narcissiques chez les patients limites. S'il s'agit de remarquer l'aspect protecteur de ces défenses, cela n'est que fort juste. Par contre, il est plus discutable de laisser entendre que psychose et cas limite sont dans une relation de contiguïté et que l'on pourrait glisser facilement de l'une vers l'autre. La clinique dévoile autre chose. Leurs structures ne se confondraient pas. Que la pensée et l'identité soient entamées dans les deux cas, cela n'implique pas que le conflit inconscient qui les ordonne engage les mêmes forces. Il convient encore de remarquer que les modalités de difficultés cognitives et identitaires respectives n'ont qu'une lointaine parenté entre elles. Chez le psychotique, le champ de la conscience de soi est atteint par le trouble identitaire ; il en devient perplexe et inquiet. Le patient limite semble plutôt ignorer ses difficultés identitaires, bien qu'elles jouent un rôle déterminant dans la nature de l'ensemble de ses manifestations. Les symptômes psychotiques ont pour but la restauration d'une catastrophe intérieure ; mais le fonctionnement psychique, les liaisons entre représentations ou l'expression des affects, ne pourraient se mettre en route tant que le sentiment d'exister n'est pas retrouvé. Les cas limites manquent pour l'essentiel de médiations préconscientes pour connecter leur self authentique et le reste de leur personnalité. Ils acceptent bien plus facilement que les psychotiques l'idée qu'ils peuvent avoir besoin des autres. S'ils se sentent rejetés, ils sont parfois même trop insistants, adhésifs, pugnaces.

Notre examen devrait nous conduire à aborder en conséquence deux questions : À quels aspects du fonctionnement des cas limites, l'aménagement de la défense perverse narcissique, répond-il ? Cet aménagement, a-t-il des caractéristiques particulières ?

Pour répondre à ces questions, on peut évoquer :

- l'angoisse de perte ;
- la paralysie, qui le cantonne à une attitude de contemplation fautive de pouvoir agir ;
- le sentiment consécutif de marginalité et d'infériorité, pouvant par ailleurs alimenter le sentiment d'envie ;
- le souhait de « se venger » de ceux qui lui auraient nuï.

Dans tous les cas, le moi cherche à gagner en assurance. Deux défenses majeures sont renforcées : le clivage et le contrôle. Ce qui domine le tableau est le besoin d'objet ; l'appétence d'un autre entraîne le patient dans une quête adhésive qui lui paraît vitale pour son psychisme et pour conserver son sentiment d'exister même. Il a à la fois peur de perdre l'autre, de se perdre dans l'autre et de ne jamais le posséder. Les contours de sa propre identité lui paraissent incertains ; il a besoin de l'autre également pour se sentir quelqu'un. Ces craintes alimentent l'angoisse de perte ; la dépression qui frappe à la porte dans ces circonstances est étroitement liée au sentiment qu'une partie de soi l'a abandonné.

Chez les patients limites, différents types de fonctionnement psychique peuvent néanmoins coexister, et en général leur vie inconsciente leur fait peur. « Ce qui m'a paru le plus caractéristique de ces patients, dit Danièle Quinodoz (2002), ce n'est pas seulement qu'ils utilisent conjointement des mécanismes de la névrose et de la psychose, mais qu'il s'agit de personnes qui s'angoissent lorsqu'elles perçoivent qu'il y a un conflit à l'intérieur d'elles-mêmes : la perception de leur propre hétérogénéité leur fait craindre de devenir folles. » L'hétérogénéité est cette double nature de notre personnalité qui nous révèle, à côté d'un moi familier, une partie obscure, inconnue, indéfinie, étrangère. Chez certains de ces patients qui développent des défenses perverses, D. Quinodoz identifie une forme de clivage du moi, fragmenté en plusieurs parties (chap. 10, p. 160 et s.), qui leur permet d'éliminer ce qui est gênant en eux. Ainsi peuvent-ils continuer à exercer leur violence sur les autres sans se sentir gênés par le sentiment de faute. Cette fragmentation ne doit pas être confondue avec le morcellement du psychotique, qui le rend incohérent. Chaque fragment entretient une relation avec un objet partiel, certes, mais reconnaissable en tant qu'entité séparée. En revanche, le psychotique vit ses objets comme morcelés, défigurés, bizarres.

Si l'analyste trouve une interprétation qui lui semble pertinente, le patient limite risque de ne pas l'intégrer ; elle ne l'éclaire pas ; elle ne nourrit pas son être. Si elles ont lieu, les prises de conscience restent isolées, parce que les autres parties du moi gouvernent toujours sa conduite. L'analyste finit par penser qu'il est « à côté de la plaque ». Cela peut le laisser perplexe, lui donner une sensation de vertige. Des sens divergents et multiples lui semblent se dégager du matériel, comme s'il s'agissait de plusieurs patients et non d'un seul (D. Quinodoz, *op. cit.*). Pour avancer il devient urgent d'interpréter en priorité cette défense du clivage par fragmentation, en soulignant l'isolation des parties du moi qui, en s'exprimant, se révèlent sans connexion.

REJET DE LA SOLLICITUDE

Même disposé à panser les blessures du patient limite, à s'attendrir sur ses carences, à l'aider à accorder sa pensée au mode symbolique, le thérapeute risque d'obtenir pour toute réponse un surcroît d'exaspération ou la survenue d'*acting* déconcertants, voire de manipulations subtilement agencées. S'agit-il d'ingratitude ? Pas uniquement. Car certaines interrogations serrent la gorge du patient limite. Comment raccommodez un moi prompt à la dispersion ? Comment faire face aussi à la peur de l'emprise par cet autre, à l'angoisse homosexuelle qui adopte chez lui les accents d'un dramatique envahissement ? Cette angoisse est inspirée par la peur de la soumission. « Il veut me mettre le grappin dessus », « ... sucer mon sang ». Il convient de préciser que la crainte de l'envahissement est différente de la crainte de l'intrusion ou de la pénétration. Celle-ci est liée au refus du féminin. Jacques Lacan (1938) a été le premier à associer la crainte de l'intrusion à la crainte de la castration. Il les considèrerait toutes les deux comme indissociables, se sollicitant mutuellement. L'angoisse de la pénétration est d'autant plus pénible qu'elle génère aussitôt un mouvement de satisfaction. Une excitation localisée au niveau de la muqueuse, incontrôlée, peut survenir. Le sujet a peur d'en être ravi. Avec l'envahissement, c'est autre chose : tout l'être risque de se sentir déstabilisé. Il n'y a pas tellement de plaisir, plutôt de la surprise, la crainte d'une rupture d'équilibre, d'un effacement des limites.

En réaction à cette crainte de l'envahissement, le patient limite essaie de provoquer ou de manipuler l'autre. Comme nous le rappelions, l'analyste peut en être la cible. « Ce sont souvent des provocations pour mettre à l'épreuve l'amour inconditionnel de l'objet, explique André Green (2002), en jouant toujours sur la possibilité d'un rejet dont la survenue viendrait confirmer ces angoisses qui ont abouti au passage à l'acte destiné à renforcer, par la répétition, la conviction du caractère mauvais, insatisfaisant et malveillant de l'objet, comme pour vérifier la réalité des projections sur les parents » (p. 106). Mais le bon objet « est vécu comme inaccessible, indisponible ou occupé à la jouissance de quelqu'un d'autre ».

Il convient à ce stade de notre réflexion de faire un détour par la psychopathologie de certains traits que nous n'avons pas encore étudiés ici et qui sont à l'origine des agissements pervers. En général, la structure limite peut être identifiée comme celle de l'« incertain ». Les frontières soi/autre ne sont pas précises, mais elles comportent des pores, des tuyaux par où filtre la substance du moi. « Trait caractéristique des états dits limites, le moi se représente

en position excentrée par rapport à l'appareil psychique, qu'il n'habite pas, qu'il observe de l'extérieur ; le patient ne vit pas vraiment sa vie, il se regarde vivre » (D. Anzieu, 1992). La pensée se caractérise par la pensée concrète, une mentalisation étroite ou absente, une incapacité à introduire le symbole ou la métaphore. L'affect ressenti se transforme rapidement en acte, parfois en symptôme somatique. Les maigres processus préconscients ne parviennent pas à transposer l'éprouvé dans une forme langagière. Comme le sujet ne sait comment *nommer* ce qui lui arrive, il en reste perplexe. Ce qui est vécu à l'intérieur est situé à l'extérieur et inversement, comme dans la métaphore de l'anneau de Möbius où les surfaces interne-externe s'interchangent en ajoutant une confusion entre le sens figuré et le sens propre. La pulsion prend indistinctement comme objet un autre soi ou la source même de la pulsion (cf. D. Anzieu, 1990).

Pour écarter craintes et angoisses, il faut en conséquence exercer contrôle et manipulation sur autrui. Cela sert à rigidifier et à intensifier le clivage, autrement dit à exporter vers l'extérieur les angoisses internes, en se préservant narcissiquement. Ainsi l'élément pervers a-t-il une finalité économique de premier ordre. Le passage à l'acte pervers renforce en somme l'étanchéité du clivage du moi, le patient évitant ainsi de se confronter à la vérité sur lui-même. Toutefois, le lien à autrui est maintenu, ce qui représente un avantage par rapport à d'autres issues moins heureuses comme l'enfermement autistique.

ENTRE LE REFUS ET LA PARTICIPATION, LE VOYEURISME

Illustratif de ces différents aspects, le parcours vital de Jean-François est marqué par des violences sur les personnes et sur les objets : des crises clastiques qui, entourées d'un climat de persécution sévère, ont amené les spécialistes à penser qu'il était psychotique ; il fut hospitalisé pour la première fois à l'âge de 10 ans. Depuis lors, il a connu une évolution favorable, voire spectaculaire, bien que subsistent des difficultés dans la représentation du temps, des troubles de la pensée qui induisent de la confusion chez autrui, des blancs, une incapacité à réaliser des liaisons. Son lien thérapeutique est marqué par une extrême dépendance, mais toute compassion, tout attendrissement de ma part, son thérapeute (conduisant, par exemple, à l'acceptation de changement d'horaires ou de modalités de paiement), se retournent contre le cadre et contre moi. Dans ces circonstances, le patient dévalue notre travail commun. Toutes les deux ou trois semaines, il se livre ainsi à des « évaluations » pour se plaindre de la longueur de sa maladie, de tel ou tel symptôme qui persiste...

depuis la dernière séance. Il souhaite connaître ce que je pense de son cas et, comme il imagine que je voudrais montrer que notre travail est en bonne voie, induire des interprétations-réponses précipitées de ma part.

Je me rappelle l'effet de blanc éprouvé par moi durant la séance, le fait de n'avoir pu me soustraire à penser à lui pendant les jours qui ont suivi la séance, lors de mes vacances également : j'essaie d'y voir plus clair. Lui non plus ne s'arrête pas de penser à moi puisqu'il semble connaître ma vie dans le détail, de même que mes livres. En séance, il commentera mes articles et essaiera de me soutirer des éclaircissements sur ce que j'ai écrit. Il saura, mieux que moi, qui de mes collègues cite mes travaux dans ses propres articles. Et il se fâchera plus que moi si quelqu'un ne me cite pas, alors que j'ai pu, moi, « avoir la délicatesse de le citer ».

Quel effet produisait sa psyché sur la mienne, envahie par un mélange insaisissable de détachement agacé et de ruminations difficiles à reconnecter avec mes pensées théoriques ? J'ai eu fréquemment l'impression que quelque chose de déconnecté en lui cherchait à communiquer sans succès. Tout cela se compliquait par son incapacité à accepter mon aide car, à l'approche de l'objet, il se sentait aussitôt pris au piège. C'est comme si Jean-François tentait de renverser l'effet de son irreprésentable en assommant l'autre. Il me fallait doser, de mon côté, dans mes interprétations, une réponse déterminée à ses manipulations, tout en accueillant sa confusion. Autrement dit, garder le cap de la protection du cadre tout en restant attentif à son irreprésentable.

Au cours d'une séance, il évoque un rêve : « Je suis sur la moquette, j'extrait deux poissons rouges d'un bocal et les mets sur la moquette. Mais un chat arrive, un gros matou qui a dû entrer par la fenêtre. Je lui fais signe de partir, de peur qu'il ne dévore les poissons. Les poissons arrêtent de bouger et je me dis : "Comme cela, ils ne seront pas morts." » Dans ce rêve, on voit fonctionner son clivage jusqu'à ce que survienne la confusion mort-vie. L'expérience montre que les rêves des patients limites font apparaître des paradoxes semblables. D'autres interprétations seraient aussi possibles, « faire le mort » pour ne pas être dévoré par le mauvais objet ; l'impuissance protège de la castration, etc. Il convient d'expliquer que, à cette époque, Jean-François est un peu plus rasséréné et plus sûr de lui. Très hostile au père depuis son enfance, il redécouvre dans son souvenir une relation à son maître de musique, très stimulante, vécue juste avant sa première crise.

Jean-François se souviendra également des phrases que j'ai prononcées au cours de son traitement, certaines remontant à plusieurs années, des phrases qui l'ont réconforté : « Vous pouvez avoir le droit d'être père » ; « Maintenant plus personne n'est là pour vous cataloguer comme malade, c'est vous le seul qui vous considérez comme tel. »

IMMOBILISME ET CONTEMPLATION OU L'ŒIL COMME ZONE ÉROGÈNE

Le rôle des pulsions voyeuristes me semble se dégager des commentaires qui précèdent. Outre le fait que le patient limite développe un sens de l'observation à la fois aigu et ciblé, il éprouve une certaine volupté à surprendre l'autre. Il part de *l'a priori* que si l'objet veut conserver à l'abri des aspects de son existence, c'est uniquement parce qu'il a peur que la découverte ne dévoile ses fragilités, voire ses turpitudes. Le patient, qui n'imagine chez l'objet que laideur physique ou morale derrière la beauté apparente, confond facilement désir d'intimité et honte, plaisir de rester discrètement en contact avec soi-même et cachotterie. Décidément, les subtilités de l'identité lui échappent et, comme il en est vaguement conscient, sa quête de secrets est nourrie de cette envie non dépourvue d'admiration qui fait de la contemplation une stratégie de savoir. Autrement dit, il veut savoir comment cela marche. Mais pour lui, contempler c'est déjà faire, et même être.

Son style n'est pas celui de l'obsessionnel, chez qui penser faire est l'équivalent de faire. L'attitude du patient limite se rapproche de celle du voyeur qui, en regardant faire l'amour, croit y participer. Voir serait pour celui-ci un équivalent du toucher, de la pénétration.

Cela concerne, en outre, nombre de pervers narcissiques, chez qui voir sans être vu alimente une stratégie de conquête : attitude hypersecrète, qui devient une valeur en soi et un signe de distinction. D'ordinaire, chez le patient limite, regarder la vie c'est comme la vivre, disions-nous plus haut. Étrange familiarité. Il se vit en étranger à lui-même et en même temps familier d'un autre, dans lequel il est comme inséré. Il y croit. La pulsion voyeuriste trouve ainsi une fonction d'aiguillon. Et la jouissance peut être intense quand l'autre souffrira de savoir qu'il est espionné. Dans le cas de mon patient Jean-François, je me sentais comme ligoté par lui, à lui.

Freud le souligne dans son travail sur « le Trouble de la vision psychogène dans la conception psychanalytique » (1910), consacré à la pulsion voyeuriste : l'œil devient zone érogène, l'excitation toxique – principalement dans la névrose actuelle ; le moi ne parvient plus à assurer ses desseins, entre autres diriger les pulsions partielles vers des buts sociaux élevés. Alors l'excitation de l'organe oculaire impose ses intérêts. Il serait question d'un regard lubrique, lascif, dirigé vers ce que l'interdit proscrie de regarder, la nudité, l'activité sexuelle. L'œil veut faire l'acte. Mais dans la névrose, l'organe sera « puni » ; c'est alors le trouble de la vision, la cécité étant le plus sévère. L'excitabilité et l'innervation seront altérées.

On pourra ajouter, sans risquer de trahir la pensée de Freud, que dans le cas du trouble limite de la personnalité, le processus de refoulement ayant échoué, la pulsion partielle du regard prend tout le champ. Elle trompe le moi en lui faisant croire (au patient) qu'elle sert ses intérêts, en ce sens que la construction de son armure en dépendrait. On innocente le regard, car il ne s'agit plus de regarder le plaisir sexuel mais le plaisir d'exister, ses clés, ses étayages, ses ressorts. Donc le sujet n'a pas lieu de craindre les remontrances moralisantes de son surmoi. Les conditions seront alors remplies pour que la fête soit complète.

L'IDENTITÉ REGARDÉE

Cette explication, aussi juste qu'elle se présente, nécessite un complément d'analyse. Le voyeurisme moral sert d'autres maîtres. Nous avons noté l'importance du clivage chez ces patients, son installation sous forme de fragmentation du moi, ce qui donne lieu à une multiplicité d'expressions de la personnalité chacune pouvant fonctionner de manière presque autonome. L'objet aussi est soumis à de semblables conceptions, il est vu et pensé comme fragmenté ; son unité échappe au patient. Celui-ci a du mal à se représenter ces aspects de l'existence de l'objet auxquels il n'a pas accès. Si nous pensons à mon patient Jean-François, nous n'aurons pas de difficulté à comprendre que s'il a un tel besoin de m'espionner, c'est qu'il ne peut se représenter ce que je fais en dehors de nos rencontres. Il aimerait savoir qui je suis quand je déploie mon identité au contact de mes proches, de mes collègues, de mes autres patients ; comment je passe mes soirées ; comment je suis quand je rédige un texte. Quand sa cure sera finie, il ne peut imaginer ce que je ferai de ses heures d'analyse. C'est le « vide », le blanc de représentation.

La plupart d'entre nous essaient d'imaginer ce que font les autres ou comment ils sont en leur absence. Nous inférons ces représentations des indices perçus lorsque nous sommes en leur compagnie. Nous savons également que chacun est unique et bien que son être soit composé de différentes facettes, et qu'il se montre différent selon les interlocuteurs et les circonstances, il les intègre néanmoins dans un sentiment unitaire d'identité. Cela semble échapper à Jean-François. Pour combler ces irréprésentables il se sent obligé de quêter, de se renseigner, de m'épier.

Le surinvestissement du regard est donc la conséquence de ce processus où la carence de la capacité imaginative et symbolique est source de désagrè-

ment. Bon nombre d'exemples de harcèlement auquel se livrent les patients limites à l'encontre de leur analyste peuvent avoir cette même origine.

L'opération peut échouer parce que le patient ne fonctionne qu'en référence au détail, à une multitude de détails. L'identité n'est qu'une totalité préexistante à partir de laquelle la diversité de chacun se construit. À la place de la totalité de l'objet, le patient suppose une plénitude. L'objet serait comblé, pléthorique. Dans son essence, il a tous les attributs, il possède tous les dons. On y reconnaîtra sans difficulté la marque du phallus.

Dans tous les cas de figure, le déni du manque est au rendez-vous. Le trouble narcissique y est également présent : si le reflet de l'autre ne suffit guère à mieux se connaître, c'est que la réflexivité sur soi, comme capacité à se penser, à se sentir et à se raconter, n'est pas non plus acquise par le sujet.

CONCLUSION

Nombre de situations cliniques sont liées à ces difficultés. Les analyses trop longues sont pour beaucoup une impasse où ni le patient ni l'analyste ne parviennent à imaginer ce que sera leur existence s'ils arrêtent. Le patient semble incapable de se poser des questions de cet ordre : « Comment allez-vous occuper "mes" heures ? Allez-vous prendre quelqu'un d'autre à ma place ? Lire ? Regarder le ciel ? Penser à moi ? Faire le bilan de notre travail ? »

Le voyeurisme moral et le mouvement pervers narcissique concomitant prennent origine dans cette absence de représentation. Elle apparaîtrait comme la forme de réaction perverse propre au trouble limite. Lorsque le problème s'éternise, il convient de se demander s'il n'entre pas en résonance chez un autre, l'analyste en l'occurrence, « qui ne peut pas voir ». Mais l'aveuglement n'empêche pas d'exister.

La perversion narcissique est une maladie complexe. J'ai essayé de la détecter dans différents contextes et situations. Elle pose la question de l'emprise de manière dramatique, mais de ce fait même elle crée les conditions d'un rebondissement. Devant tant de virulence, les êtres humains ont envie de concorde et de solidarité.

D^r Alberto Eguier
154, rue d'Alésia
75014 Paris

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu D., Lettre aux rapporteurs, *Revue française de psychanalyse*, 1990, 44, 6, 1591-1592.
- Anzieu D., *Beckett et le psychanalyste*, Paris, Mentha, 1992.
- Dejours Ch., *Souffrance en France*, Paris, Le Seuil, 1998.
- Eiguer A., *Le pervers narcissique et son complice*, Paris, Dunod, 1989, 1996, 2003.
- Eiguer A., *Petit traité des perversions morales*, Paris, Bayard, 1997.
- Eiguer A., *Des perversions sexuelles aux perversions morales*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- Eiguer A., *L'éveil de la conscience féminine*, Paris, Bayard, 2002.
- Freud S. (1910), Le trouble de la vision psychogène dans la conception psychanalytique, *OC X*, Paris, PUF, 1993, 177-186.
- Green A., *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- Hirigoyen M.-F., *Le harcèlement moral*, Paris, Syros, 1998.
- Hurni M. et Stoll G., *La haine de l'amour*, Paris, L'Harmattan, 1996.
- Lacan J. (1938), Les complexes familiaux, *EMCh. VIII*, nouvelle édition, Paris, Navarin, 1984.
- Quinodoz D., *Des mots qui touchent*, Paris, PUF, 2002.
- Racamier P.-C. (1978), *Les schizophrènes*, Paris, Payot, 1980.
- Racamier P.-C., *Le génie des origines*, Paris, Payot, 1993.