

Les différentes formes de masochismes et les neurosciences

Conférence du Docteur Erick DIETRICH

Nous ne saurions débiter cette conférence qui fait suite à l'article sur le masochisme gardien de la vie, sans rappeler certains points.

Rappel n° 1

Les caractéristiques de l'Inconscient :

- 1/ Processus primaire sous influence du ça (circulation libre de l'énergie, et en particulier celle de l'Eros, destinées au principe de plaisir). Le secondaire est sous influence du Moi et du Surmoi, soumis à Thanatos et aux principes de réalité et de frustration.
- 2/ Absence de contradiction
- 3/ Atemporalité
- 4/ Indifférence à la réalité extérieure et physique
- 5/ Effets plastiques sur le corps : le corps est perçu de façon partielle, morcelée, avec une vision du « hors de... », fragments du corps investi par les symptômes et le masochisme, avec le risque de la désincarnation et la conviction délirante d'une partie du corps monstrueuse ou envahie (l'anorexie en fait partie), sous-tendus par une angoisse allant jusqu'à la phobie ou des mécanismes obsessionnels marquée par des délires paranoïaques.

Rappel n° 2

Dépression et mélancolie :

*"Le dépressif est en manque d'avoir pour être et le mélancolique en manque d'être pour avoir."*¹ La dépression s'installe soit parce qu'elle est le résultat d'une faillite précoce de l'établissement de la relation orale dyadique mère/enfant, soit parce que cette relation a pu s'établir certes, mais pour diverses raisons, l'objet d'amour libidinal a été perdu plus ou moins complètement. La dépression parle au monde extérieur par un cortège de symptômes, de comportements revendicateurs, de pleurs et une surexposition du soi ! La mélancolie, dans la présence/absence de la mère, exalte nos tendances à l'ostracisme et au repli, elle nous ouvre l'espace d'un exode intérieur infini (Erick Dietrich).

Rappel n° 3

Importance du délire !

Le délire paranoïde est observé dans les états schizophréniques ; il s'agit d'un syndrome non systématisé, de type schizoparanoïde : le mécanisme délirant est multiple (interprétatif et hallucinatoire). Les thématiques sont également multiples et plus tournées vers l'intérieur. Le délire paranoïaque, qui appartient plutôt à l'alternance perverse, est principalement interprétatif, plus systématisé ; la thématique est plus précise et tournée vers le monde extérieur, son but étant de faire adhérer ce dernier au mécanisme délirant.

Pour comprendre le masochisme, faisons le point sur les symptômes et la dépression :

1/ **L'hystérie de conversion** (migraines, céphalées, mycoses, etc.) n'entraîne pas de maladie d'organes ; la sensation et la douleur sont

¹ Dr Ado Huygens.

bien présentes et, dans certains cas, la conversion hystérique (lombalgies, brûlures d'estomac) va entraîner des lésions organiques.

2/ **L'hypochondrie** : est une maladie imaginaire (voire une phobie), une forme de délire ; la personne craignant le déclenchement d'une pathologie, l'angoisse émerge.

3/ **Les maladies psychosomatiques** dues à des stases énergétiques entraînent des maladies d'organes. N'oublions pas le concept freudien de « pulsion » comme représentant psychique de l'instinct qui met fin à la séparation arbitraire entre le corps et l'esprit. « *La pulsion est un concept limite entre le biologique et le psychique* » et « *Le Moi est avant tout un Moi corporel.* » Ces deux phrases fondamentales ont été oubliées, ne tenant pas assez compte de l'importance du corps érotique (là, où et comment l'Éros peut l'emporter sur le Thanatos) et ignorant pendant longtemps les implications des traumatismes psychologiques sur le corps somatique. Hippocrate disait déjà au V^e siècle av. J.-C. : « *Lorsque le corps est en état d'éveil, l'âme est à son service, elle s'applique à de nombreuses tâches. Lorsque le corps est au repos, l'âme se déploie [...] Les signes qui apparaissent dans les rêves ont une grande valeur car les maladies qui échappent à l'âme contribuent à dévorer le corps.* » Une personne, dangereusement soumise à la répression émotionnelle, enfermée dans ses peurs, ses colères et sa terrible détresse qu'elle tente d'ignorer à travers un masochisme plaintif, est un exemple saisissant de **vie opératoire** et de sa « *compagne de misère* » (selon l'expression de Michel Fain), à savoir la **dépression essentielle**, ayant débouché sur une maladie psychosomatique.

Il est donc primordial de toujours faire parler le symptôme qui exprime un conflit intrapsychique sous-jacent.

En 1962, Michel de M'Uzan et Pierre Marty décrivent la **pensée opératoire**² comme étant le surinvestissement de l'actuel prédominant

² Abordée par Pierre Marty et Michel de M'Uzan lors du XXIII^e Congrès des psychanalystes de langue française des pays romans, en 1962, à Barcelone.

et catalyseur de traumatismes anciens. Les comportements prennent la place de la réflexion. La vie psychique du patient opératoire se caractérise par une platitude tragique, a-confliktuelle (ou à son inverse par la mise en place de conflits sadomasochistes) et utilisant le déni et le masochisme. Il est bien entendu que l'extrême fragilité narcissique joue un rôle prépondérant dans ce tableau, ainsi que la prédominance du Moi idéal, qui se caractérise par un sentiment de toute-puissance, sur le Surmoi post-œdipien.

Dans un deuxième temps, Marty décrit en 1966 la **dépression essentielle** qui se caractérise par une *absence d'expression symptomatique*. Il n'y a pas, comme dans la dépression névrotique, des manifestations bruyantes de douleur, de plaintes, ni d'affect. Le sujet vit dans une apparente « normalité » mais la libido est absente.

Il végète comme un automate, sans désir et sans plaisir. Cette dépression passe souvent inaperçue par l'entourage, mais par contre elle est vite repérée par les affects contre-transférentiels du thérapeute.

La troisième étape décrit la notion de **processus de somatisation** créée par Marty en 1967. Le processus de somatisation s'applique en général à tous les individus et non pas seulement à ceux que l'on qualifie habituellement de malades psychosomatiques. Ce sont les caractéristiques **individuelles** du fonctionnement psychique du sujet qui favorisent ou protègent, selon le moment et les circonstances, d'une somatisation passagère, fonctionnelle ou organique, réversible ou grave.

Donald Woods Winnicott, pédiatre anglais, évoque très largement la position dépressive. Il convient de rappeler que les soins maternels présupposent 2 notions capitales : l'identification de la mère au nourrisson et une phase symbiotique et non fusionnelle. Winnicott estime que cette capacité d'empathie s'élabore petit à petit au cours de la grossesse, la mère évoluant peu à peu vers un état spécifique qu'il a dénommé "Préoccupation Maternelle Primaire" et jouant un rôle de miroir pour l'enfant.

Winnicott aborde trois perspectives dans lesquelles l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du Moi de l'enfant :

- 1/ **le holding**, c'est-à-dire la façon dont l'enfant est porté, qui déterminera le processus d'intégration, conduisant l'enfant à un état d'unité. Au départ en fusion avec sa mère, l'enfant perçoit des "objets subjectifs", établissant le sentiment d'être, à la base de l'identité. Plus tard, le nourrisson devient un sujet objectif et se perçoit comme tel. Se crée ainsi la notion de self.
- 2/ **le handling**, c'est-à-dire la manière dont l'enfant est traité, manipulé, soigné, qui amènera le processus de personnalisation ou interrelation psychosomatique, à savoir l'installation de la psyché dans le soma et le développement du fonctionnement mental.
- 3/ **l'object-presenting** ou le mode de présentation de l'objet, à l'origine de l'édification des premières relations objectales qui aboutit à la capacité d'utiliser l'objet. La personnalisation est le processus psychosomatique par lequel le Moi se fonde sur un Moi corporel.

Pour nous, ces trois processus participent tous à la constitution du Moi.

Parallèlement aux trois processus d'intégration, apparaît la "capacité d'être seul"

Comment évoluent ces phases et comment les voyons-nous évoluer en thérapie (voir le groupe de mars avec le travail du dimanche matin) ?

- 1/ Les 6 premiers mois correspondent à **la phase de dépendance absolue** : l'enfant est en symbiose avec la mère (une forme de fusion non pathologique), le père est présent (normalement) mais surtout va rapidement « être dans son statut » d'homme pour sa femme et, en continuant à l'érotiser, l'empêchera de passer dans une relation fusionnelle pathologique avec son enfant.
- 2/ Après le sixième mois, s'installe **la phase de dépendance relative**, jusqu'à la fin de la deuxième année.

3/ **L'indépendance** au début de la deuxième année.

La manière dont la mère et l'environnement proposent le monde à l'enfant détermine l'établissement de la relation d'objet qui se fait à travers deux schèmes : le phénomène transitionnel et l'agressivité (Winnicott).

Les objets "autres que moi" ou objets transitionnels participent au cheminement de l'enfant du subjectif pur à l'objectivité. Les objets transitionnels sont de nature paradoxale ; ils ne viennent ni du dedans ni du dehors, mais d'un espace quelque part entre l'enfant et la mère. Le phénomène transitionnel est donc une tentative faite pour unir et communiquer.

L'agressivité est présente avant l'intégration de la personnalité. L'enfant a en effet un certain potentiel inné de motricité primitive et d'agressivité. L'agressivité a besoin d'un objet pour s'exprimer ce qui entraîne la distinction du Moi et du non-Moi. Pour passer de la relation d'objet à l'utilisation de l'objet, il faut que l'enfant détruise l'objet. La pulsion destructrice a donc une valeur tout à fait positive.

La position dépressive (du 6^e mois à la fin de la première année) est porteuse d'aspects maturatifs, et l'enfant peut ensuite aborder le problème de la triangulation des relations, c'est-à-dire le complexe d'Œdipe.

Il est important, pour nous thérapeutes – et surtout en groupe –, de comprendre que le transfert que fait le patient en assimilant son thérapeute à sa mère pose le thérapeute dans une fonction de miroir et de soutien à la poursuite du passage de la dépendance à l'autonomie, ainsi que d'accession à la capacité de jouer ensemble, à la découverte du soi (vrai self).

Pour nous, il est aussi très important de prendre en compte la contribution de Mélanie Klein qui pose les premiers jalons **de la position dépressive et de la défense maniaque**³. Le terme "position" est ici

³ M. Klein, « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », dans *Essais de psychanalyse 1921-1945*, Paris, Payot, 1968.

employé à bon escient pour exprimer l'idée d'état et non de phase ou de mécanisme. Une position est un mode d'être, une façon d'être qui n'est pas chronologiquement déterminée, contrairement aux stades. *"L'enfant commence à vivre sa relation d'objet à partir d'une position différente. Il passe de l'objet partiel à la relation à un objet complet"*. Klein souligne que cette nouvelle position *"donne assise à la situation de la perte de l'objet, car la perte de l'objet ne peut pas être ressentie comme une perte totale avant que celui-ci ne soit aimé comme un objet total"*.

Mélanie Klein considère l'état dépressif comme *"le résultat d'un mélange d'angoisse paranoïde et de défenses liées à la perte imminente et totale de l'objet d'amour. Les bons et les mauvais objets devenant de plus en plus différenciés"*.

Le clivage apparaît entre la haine qui est projetée sur les mauvais objets et l'amour porté sur les bons.

Vous comprendrez qu'un sentiment de toute-puissance maniaque va apparaître et se mettre en place pour que l'enfant atteigne la maîtrise (et/ou le contrôle) des objets afin de nier la terreur qu'ils inspirent (la fétichisation participe de ce mécanisme). L'impossibilité (ce que vous avez vu avec Franck) de maintenir ou de se souvenir du bon objet ou de ce qu'il apporte augmente le clivage : il n'y a plus que les mauvais objets, ce qui mène donc à des troubles psychotiques tels que les états dépressifs, la manie ou la paranoïa.

Pour en revenir aux positions :

- 1/ la position schizo-paranoïde (ou persécutrice) dans le refus, le "non", le non-respect des interdits, la transgression et affirmation du Moi ; chez Franck nous avons vu émerger la position paranoïde quand il se sent exclu et/ou repoussé. Ici, le côté persécutif est dirigé vers l'extérieur.
- 2/ la position dépressive s'installe quand, pour l'amour de sa Mère, l'enfant renonce au plaisir du "non" avec le deuil de ce qu'il aurait voulu ou attendu de l'autre. Cette position est vécue avec les angoisses et les mécanismes de défense du stade oral. Chez le patient de Romain, quand on parle, chez l'enfant, du deuil dans cette phase des imagos parentales, la dépression va particulièrement émerger quand il va

prendre conscience du deuil qu'il a à faire de ce qu'il n'a pas pu avoir jeune et des morts, dans la génération précédente ou la sienne, de ceux qui lui ont servi plus ou moins totalement de support d'identification. Ici, le côté persécutif est dirigé vers l'intérieur, contre la personne elle-même, ce qui la mènera à la dépression puis à la mélancolie. Vous comprendrez donc que quand la triangulation a été réalisée, pour sortir d'une position dépressive et/ou mélancolique, tout en dépassant les phases paranoïdes, les patients peuvent accéder, dans le dépassement de leurs phases maniaques, à une bonne énergétisation à travers l'érotisme et/ou la sexualité, et à ce moment-là y infiltrer des tendances sadomasochistes avec le sadisme et le masochisme gardien de vie, qui sont alors une alternative au côté persécutif tourné vers l'intérieur dans la position dépressive. On voit donc ainsi que le contenu différerait selon le mode oral ou anal 1 ou 2. Face à la dépression, la défense naturelle est l'état maniaque. La position dépressive n'est jamais complètement dépassée puisque les angoisses provoquées par l'ambivalence et la culpabilité (angoisses de perte, culpabilité de ne pas avoir pu réparer la mère ou croyance d'être à l'origine du rejet ou de l'abandon que l'autre, en l'occurrence « la mère », a mis en place) risquent à tout moment de se réveiller si une expérience du même type est vécue. Il faut bien se rappeler qu'à l'âge adulte, nous n'avons jamais complètement oublié nos comportements schizo-paranoïdes et dépressifs.

- 3/ La position Surmoïque précocée. Le Surmoi archaïque se forme durant le stade oral par l'introjection à la fois de la Mère nourricière (le sein) et du clivage entre bon et mauvais Objet. C'est un Objet dangereux, persécuteur et extérieur dont l'enfant doit se protéger. Le Surmoi archaïque est un persécuteur responsable de tout ce que l'enfant vit de désagréable.
- 4/ La position Œdipienne Précocée débute dès la fin de la première année quand se mettent en place les désirs avec l'introjection, l'incorporation de l'Objet de désir. **La triangulation commence à partir du moment où il y a désir projeté sur un Objet extérieur et interdit, le tout provoquant de l'angoisse.** Chez l'adulte, les fantasmes archaïques, donc oraux, de la position oedipienne précocée se déclineront sous différentes formes : peur de se perdre dans l'Autre et

envie de s'y perdre, peur d'être dévoré et envie de dévorer, vampirisme, cannibalisme, possessivité avec la jalousie. L'Autre, le partenaire, nous persécute avec ses exigences. Le schéma Œdipien est fondé sur ce vécu archaïque.

Sur ces positions, Anna Freud indique que les angoisses qui prédominent sont persécutives, paranoïdes et de morcellement.

Nous sommes tous fous et malades !

En effet, nous tombons tous malades à un moment ou à un autre de notre vie, de façon bénigne, ou plus ou moins gravement, avec des maladies à crises, des affections réversibles...

Nous vivons tous la maladie de façon individuelle, j'insiste encore, selon nos points de fixation, selon notre état de mentalisation à ce moment-là, selon la façon dont nous sommes capables d'aborder les états traumatiques, à des moments de fragilité passagère, dans les cas de pertes, de deuils, auxquels vient s'ajouter le phénomène du vieillissement...

En schématisant, les individus se situeraient dans une échelle qui irait d'un pôle extrême – qui pourrait correspondre à la psychose – à un autre pôle extrême qui correspondrait à la somatisation létale. Tous les êtres humains s'inscrivent entre ces deux pôles avec, bien entendu, des nuances, des variations infinies et des mélanges compliqués.

On peut dire que les névrosés et les états limites oscilleraient de manière plus ou moins marquée entre ces deux pôles.

Entre ces deux extrêmes se situerait ce que Marty a décrit comme **la névrose de caractère**. Elle concernerait la majorité de la population, mais aussi la plus susceptible de tomber malade.

Chez les masochistes (en sachant que, comme dans l'hystérie ou d'autres pathologies, il y a autant d'hommes masochistes que de femmes masochistes, il faut arrêter une forme de discrimination thérapeutique laissant à penser que les femmes pourraient être plus masochistes que les hommes !), nous observons, cliniquement, des traits de caractère et de

comportement très accentués, caractérisés par la démesure et une exigence excessive vis-à-vis de soi-même et des autres, sans nuances, sans concessions, sans négociation ni adaptation et surtout sans capacité de régression psychique. Le masochisme s'oppose au Surmoi œdipien qui constitue un facteur de protection en rappelant à l'individu le danger de se laisser entraîner par la pulsion ou les exigences excessives et qui accepte les limites et la castration. Le Moi Idéal ne peut pas faire face à tout dans un narcissisme tout-puissant de type infantile.

Symboles, symptômes et fantasmes comme moyens de communiquer et de contrôler le monde qui nous entoure

Reprenons le schéma :

Frustrations → Imaginaire → Virtuel → Nécessité de passer à l'alternance perverse (sortir du réagencement psychotique) pour que cela se réalise dans la réalité :

- soit dans le plaisir
- soit dans le déplaisir (masochisme, faille narcissique, validation parano).

Nous allons aborder les différents types de masochismes :

- **Qui sont-ils ?** La structure est toujours sadomaso tout dépend comment Thanatos va envahir cette structure !
- **Le sadique** est l'enfant du père pervers ou de la mère phallique-narcissique élevé au-dessus de la loi et de l'alliance incestueuse dans la phase œdipienne du père et de la fille ou du fils et de la mère phallique narcissique. Le sadique se sert plus de l'Éros.

- **Le masochique** est l'enfant de la mère perverse orale. L'alliance est archaïquement incestueuse rarement dans la phase œdipienne, mais toujours porteuse de mort ; Thanatos envahit. Dans le masochisme, il n'y a pas de plaisir lors de la souffrance, il y a une excitation jubilatoire et une utilisation secondaire de l'énergie de la souffrance destinée au plaisir (orgasme), forme de décharge après la tension et la charge (la fonction de l'orgasme). Le sadique permet au masochiste de décharger la charge accumulée par le déplaisir et qui bloquait la décharge (l'orgasme).

Le sadique est un être en grande souffrance, autant que le masochiste, sauf que le masochiste, dans sa position de victime, s'arrange pour laisser à penser que le sadique est un « être abominable, un grand pervers » et donc, la victime se nourrit du sadique qui est instrumentalisé. Attention, ce n'est pas le cas des psychopathes.

1/ Les Reichiens : le masochisme est un retournement de la pulsion sadique sur soi-même, mécanisme lié aux automutilations archaïques (« c'est le sacrifice d'une partie pour sauver le tout », Le Breton, 2003) et aux mécanismes énergétiques de peur de morcellement ou d'explosion. « Entre la souffrance et le néant, je choisis la souffrance », souffrir pour exister ; pour cela il faut un Tiers validant et exécutant. Freud nous dit : « *Le caractère dangereux (du masochisme) provient du fait qu'il a son origine dans la pulsion de mort, qui correspond à la partie de celle-ci qui a évité d'être tournée vers l'extérieur (influence du social) sous forme de destruction* ». **C'est le masochisme secondaire** qui est souvent dû, dans un contexte régressif, à une pulsion sadique de destruction tournée vers l'extérieur, projetée, puis introjectée, et se tournant vers l'intérieur. Le masochisme secondaire est aussi utilisé comme système défensif tel qu'on le retrouve cliniquement sous différentes configurations névrotiques et/ou perverses.

2/ Le masochisme, une lecture à partir de la physique énergétique et vampirique ou cannibalique : ATTENTION, à lire dans une vision méta !

Dans l'action, le masochiste ou le/la soumise contrôle le jeu ou pousse l'autre à jouer là où le masochiste va déresponsabiliser son jeu de compulsion de répétition pour l'attribuer au sadique et pouvoir le lui reprocher !

Un peu de physique énergétique :

Le masochiste (vampirique ou cannibalique) se charge là où le sadique se décharge. Seuls certains sadiques sont capables de ne pas se décharger (quand il n'y a pas de liens ou pulsions d'emprise et/ou attachement – prendre des professionnels et quand il y a une tendance psychopathique), du coup le masochiste va s'y perdre et le sadique se charger et prendre du plaisir.

3/ Le masochisme en tant que mécanisme défensif (Gardien de vie), celui qui est situé à la fin de la période anale 2 et dans la période Œdipienne.

C'est la défense qui empêche de décompenser dans la psychose vers les failles narcissiques et la parano.

Pour reprendre notre approche sur le masochisme, le Moi évite à tout prix d'être exposé à la pulsion érotique ou agressive, le Moi n'ose pas mettre le masochisme au service de l'Éros et le laisse au service de Thanatos. Racamier a abordé le rôle contre-dépressif du masochisme et Kestemberg reconnaît qu'il joue un rôle thérapeutique dans certaines psychoses. C'est aussi celui que l'on peut nommer le masochisme GARDIEN DE VIE.

« La soumission et le masochisme (voir le film) deviennent dans leur réalisation leur contraire et permettront au Moi de se laisser habiter par Éros. La soumission se convertit en une véritable indépendance » (Hegel, *Phénoménologie de l'esprit, 1807*) et ainsi SORTIR du masochisme moral et du besoin de punition en combattant le Surmoi.

4/ Le masochisme féminin ou le masochisme et la culpabilité (*attention à une position de discrimination liée à l'époque, ce masochisme touche les femmes comme les hommes*)

La culpabilité :

Pour les deux sexes : masochisme socioculturel avec interdiction au plaisir. Désir → Coupable → Dette → Punition pour racheter la dette.

Pour les hommes, elle est liée au désir de mort éprouvé à l'égard du père pour posséder la mère.

Pour les femmes, il s'agit du désir de castrer un père qui, puisqu'il est conquérable, n'est plus à sa place, soit par déception d'un père inconquérable car insignifiant, et d'une culpabilité face à l'objet rival qui est la mère à abattre. Le masochisme provient du fait qu'il a son origine dans la culpabilité et qu'ainsi il s'inscrit dans l'impérieux besoin de punition comme une forme de conjuration pour échapper au parent dangereux.

Au cours d'une thérapie et plus particulièrement dans les groupes de thérapies, nous avons pu observer que pour sortir de leur position féminine passive et masochiste, les hommes doivent reconnaître l'amour pour le père puis dans un deuxième temps, la haine inaugurale qu'ils éprouvent à son égard avec ce qui en est sa cause, l'amour pour le premier objet d'attachement : la mère. Pour sortir de leur position masochiste, les femmes doivent reconnaître l'amour pour le père puis, dans un deuxième temps, les désirs de vengeance à son égard, le désir de le castrer en rétorsion de ce qu'il est censé leur avoir fait subir. Elles retrouvent alors la mère, non pas comme objet d'amour, mais comme objet de haine. Selon Freud, c'est elle qui est à l'origine responsable de leur absence de pénis, du fait qu'elles ont été faites filles. Nous voyons aussi qu'il faut lutter contre le « *ne pas vouloir vivre* » présent dans les deux sexes, non en raison de la pulsion destructrice, « *mais de la propension de l'objet à ne pas survivre* » (*What about waste-disposal ?* Winnicott, 1975). À la question sur l'origine de la souffrance, W. Reich répond : « *La souffrance a son origine la culture et la religion qui cultivent la pulsion de mort et le besoin de châtement* ».

5/ Le masochisme originaire (nommé aussi érogène primaire)

Il existe une excitation libidinale et dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Freud rappelle que rien n'advient dans ce domaine, sans la pulsion sexuelle et surtout sans avoir à fournir un but à l'excitation sexuelle. Ainsi, la pulsion sexuelle envahit un Moi qui évite la pulsion érotique ou agressive, le Moi n'ose pas mettre le masochisme au

service de l'Éros et le laisse au service de Thanatos, ainsi la pré-généralité va utiliser dans l'oralité, l'analité et la triangulaire oedipienne le masochisme.

6/ Le masochisme érogène secondaire, où se situe le masochisme GARDIEN de VIE : quand la généralité est donc utilisée par des individus suffisamment matures pour jouer et utiliser les tiers, la douleur et la soumission permettent au Moi de se construire le temps de faire le Deuil d'un passé à oser découvrir et d'un futur à oser investir, de sortir de la falsification de l'histoire et d'abandonner les compulsions de répétitions en permettant au Moi d'être FORT et LIBRE ! Là où le Moi était envahi par les symptômes psychosomatiques et/ou le masochisme moral, le masochisme érogène secondaire va alors être utilisé comme tentative de « guérison » à travers la sexualité sadomasochiste triangulée. Rosenberg, en effet, pense que certaines décompensations psychotiques se mettent en place à la suite d'un dysfonctionnement du masochisme érogène secondaire (voir le film), risquant alors de laisser en place un masochisme mortifère.

7/ Le masochisme mortifère nous apparaît de façon évidente chez des patient(e)s qui présentent des noyaux psychotiques et qui investissent tous les territoires de déplaisirs en investissant l'excitation sans lui permettre la décharge. En clinique, nous retrouvons ces tendances dans les failles psychotiques (anorexie, boulimie, schizoïdie, toxicomanie, kleptomanie, automutilations, etc.). Ainsi, le masochisme mortifère se définit en dernière instance par l'abandon progressif de l'objet. Le masochisme mortifère s'initialise parfois, dans un moment régressif, quand se met en place une introjection massive du sadisme.

Sur le masochisme

Le masochisme est une blessure liée au monde physique, sexuel et psychologique chez l'enfant.

Ce qui entoure le trauma est plus violent sur le plan psychologique car il y a le fait d'être humilié et/ou nié dans ce que l'enfant dit à son entourage, le plus souvent dans la relation avec la mère, mais aussi dans la relation avec les deux parents ou des membres de la famille. La mère a toujours (sur un mode passif, actif ou cautionnant) sa responsabilité dans la mise en place du masochisme qui va s'exprimer de plusieurs manières, indépendamment mais le plus souvent liées les unes aux autres. Le masochiste a besoin d'un tiers, il va donc toujours trianguler ou faire trianguler les relations : conduites d'échec, ou l'inverse : utilisation de la toute-puissance pour contrôler et être valorisé, compulsion de répétition, violences physiques ou psychologiques, mise en place de pratiques sexuelles SM de type immature et prégénital, activation du sadisme du tiers, symptômes (conversions et/ou maladie d'organes) où il trouve des solutions ou des situations pour se punir lui-même, car souvent la culpabilité a été activée.

Les peurs du masochiste qui l'empêchent de communiquer clairement et d'exprimer ses demandes sont les suivantes : la peur de blesser l'autre, d'être considéré comme trop égoïste s'il dévoile ses peurs, d'être humilié, la peur que l'autre le fasse se sentir insignifiant, la peur de se dire ou de se sentir indigne. Les maladies dont peut souffrir la personne possédant le masque de masochiste : des maux de dos, des sensations de pression dans les épaules, des troubles respiratoires, des problèmes aux jambes (varices, entorses, fractures), des problèmes de foie, des douleurs au cou, des angines, des laryngites, des problèmes avec la glande thyroïde, de l'urticaire, un mauvais fonctionnement du pancréas, des problèmes cardiaques, des pathologies nécessitant une intervention chirurgicale.

En entreprise : derrière ce masque se trouve un être audacieux, avec le goût de l'aventure, avec bon nombre de talents dans des domaines différents, qui connaît ses besoins et qui les respecte, qui est sensible aux besoins des autres ; il est capable de respecter la liberté de chacun, bon médiateur, conciliant, il arrive à faire revenir à la normale les situations dramatiques ; il aime se réjouir et faire que les autres se sentent à l'aise, il est généreux, altruiste, blagueur ; il a du talent pour organiser et sait reconnaître les talents ; sensuel, il sait se réjouir dans l'amour ; il est très digne.

LE CARACTÈRE MASOCHISTE

Âge 5-6 ans : droit à l'affirmation et à l'indépendance. Il échange : intimité contre liberté. Il a peur de l'étouffement et de l'humiliation.

Typologie masochiste chez la femme comme chez l'homme (masochisme passif-féminin) :

Le caractère masochiste (non dans le sens de la perversion sexuelle) a un niveau énergétique suffisant mais il y a rétention de l'énergie au centre et un faible investissement des zones périphériques. Il y a aussi de fortes tensions au niveau du cou et de la taille. On note une propension à l'anxiété et aux comportements provocateurs.

Présentation de l'individu :

Séducteur et soumis, il ne ressent pas la rancune, la supériorité et l'hostilité. Sa cuirasse musculaire très épaisse empêche toutes les émotions de passer. Il a la tête rentrée, un cou trapu et court, une forte tension au niveau des trapèzes et des omoplates, fortes tensions entre la bouche et l'anus (retenir). Déféquer et vomir sont douloureux et vécus comme dangereux. Les muscles sont épais, le pelvis est projeté en avant, les fesses sont serrées et rentrées. L'énergie est en surcharge dans le ventre, elle est retenue mais non figée. Là où stagne l'énergie, on peut noter : une augmentation de la graisse ou de la coloration de la peau.

Les traits principaux du masochiste sont :

Son sadisme, son incapacité à supporter la solitude (car elle est pour lui synonyme de mort), la perturbation de sa sexualité et l'importance de la rage contenue à l'encontre de ses parents. L'attitude soumise dans le comportement face au milieu extérieur masque une attitude intérieure tout à fait opposée : au plus profond niveau émotionnel, cette structure caractérielle ressent de la rancune, de la négativité, de l'hostilité et de la supériorité. Sa peur serait liée à l'image négative que pourrait lui renvoyer le milieu extérieur, ce qui pour lui est inconcevable car il se veut parfait, irréprochable, gentil, serviable, avec de l'humour, etc.

Les comportements provocateurs remplacent l'agressivité. Ils ont pour but d'obtenir de l'autre une réaction énergétique assez forte pour permettre

au masochiste de réagir violemment et d'exploser autrement et sexuellement. De façon paradoxale, il peut utiliser ses échecs pour se renforcer dans l'illusion de supériorité et de mépris des autres.

Au point de vue étiologique :

Mère surprotectrice ou mère dominatrice qui « s'est sacrifiée » pour son enfant (*Avec tout ce que j'ai fait pour toi...!*). Le père est souvent passif et soumis. Souvent, chez la mère, on trouve un intérêt porté sur la nourriture et les selles (*Fais caca pour faire plaisir à maman... !*), tout cela dans un mélange d'amour et d'oppression sévère de la part des parents et dans un climat de castration. La structure caractérielle masochiste se développe dans une famille où l'on trouve amour et acceptation combinés à de sévères pressions, répressions et agressions.

Caractéristiques de la blessure d'HUMILIATION :

C'est en général la mère qui est en cause (manque de liberté et sentiment d'humiliation par le contrôle de ce parent). Masque : masochiste. Corps : gros, rondlet, taille courte, cou gros et bombé, tensions au cou, à la gorge, aux mâchoires et au pelvis. Visage rond, ouvert. Yeux : grands, ronds, ouverts et innocents d'un enfant. Vocabulaire : « être digne », « être indigne », « petit », « gros ». Mais attention, cette lecture du masochisme est valide quand s'est activée chez lui la mise en place de la carapace : on retrouve grâce aux mots et maux, mais aussi à ce qui est dit et montré à voir, le masochisme dans les structures orales et chez les psychopathes séducteurs.

Caractère :

Fréquemment, honte de lui-même et des autres ou peur de faire honte. N'aime pas aller vite. Connaît ses besoins mais ne les écoute pas. En prend beaucoup sur son dos. Tendance à contrôler pour éviter la honte. Se croit malpropre, sans cœur, dégoûtant ou inférieur aux autres. Souvent dans la structure orale : il ou elle est fusionnel(le). Il s'arrange pour ne pas être libre car « être libre » signifie « illimité ». S'il est sans limites, il a peur de déborder ou d'être débordé par lui-même. Il est hypersensible et se veut digne tout en vivant du dégoût et de la honte au niveau sexuel. Il n'écoute pas ses besoins et tente de compenser et se récompenser par la nourriture et l'alcool ou « s'anorexise ».

L'HUMILIATION en général est vécue avec la mère, que l'on soit un homme ou une femme. Le masochiste se sent donc facilement humilié avec les personnes du sexe féminin.

Dans la névrose, il y a d'abord refoulement avec fuite de la réalité, puis, suite à l'échec du refoulement, transformation du fantasme en symboles et/ou symptômes ; dans la psychose, il y a coupure et déni, création d'une nouvelle réalité propre à la tendance psychotique, cette nouvelle réalité est reconstruite à partir des fantasmes du sujet. Dans la perversion, il y a aussi un déni de la réalité, mais dans ce type de personnalité, les fantasmes sont projetés sur le monde extérieur afin de modifier l'apparence de la réalité aux yeux de tous.

Processus de deuil en fonction des étapes :

- **La première étape** est la position schizoïde, ou autistique, avec pour problèmes la peur d'exister, le refus de l'incarnation, ou la sidération du désir. L'autiste est tout. L'enfant s'est fait tout seul, n'a pas de géniteur, est tout-puissant et n'a besoin de personne.
- **La deuxième étape** est l'abandonnisme. L'abandonnique est celui qui, se sentant abandonné, se met en colère. Une colère qui, bien sûr, masque la tristesse, car, si on l'a abandonné, c'est qu'il n'était pas assez bien. L'abandonnique ne s'aime pas et ne peut aimer son prochain. Et le prochain ne peut pas l'aimer non plus.
- **La troisième étape** est l'égoïsme, cette nécessité de ramener vers soi des énergies qui sont dispersées, de concentrer. Malheureusement l'égoïste prend, mais jamais rien n'en sort. Tout est ramené au moi. Pour survivre, ce *trou noir* est donc obligé, comme un vampire, d'aller chercher l'énergie chez les autres.
- **La quatrième étape** est la dépression, autrement dit l'aboutissement du voyage dans l'extériorité ; lorsque - généralement vers la quarantaine - l'individu en crise se demande

sincèrement si tous les objets, concrets ou abstraits, qu'il a acquis sont vraiment capables de le satisfaire.

La dépression est donc nécessaire, puisqu'elle va marquer la fin de d'une ou plusieurs de ces étapes. Évidemment, la plupart d'entre nous fuient cette dépression. La dépression réactive toutes les peurs.

Ainsi, dans le renoncement, le moi va-t-il pouvoir se déconstruire, mais non sans résister, ce qui suscitera, bien sûr, des manifestations pathologiques spécifiques à chaque étape :

- Lorsque la position égocentrique sera remise en question dans cette constatation déprimante que "*je ne suis plus le centre du monde*", c'est la paranoïa qui, bien souvent, prendra le relais... et l'autre deviendra un ennemi à combattre.
- Lorsque l'abandonnisme sera revisité, nous aurons alors affaire à un comportement de pervers, de manipulateur, voire de psychopathe..., autrement dit tous les personnages qui réduisent l'autre à un objet dont on se sert. Le pervers peut toutefois être sadique avec lui-même, et devenir un obsessionnel qui s'enferme dans un monde qu'il contrôle mentalement.
- Lorsque la position schizoïde du départ est réactivée, le sujet en arrive au comportement de l'hystérique qui cherche à être aimé, qui cherche à paraître le meilleur possible, comme s'il fallait racheter une faute... mais en s'emparant, en fait, du désir de l'autre pour le faire sien.

Les quatre perceptions, à savoir percevoir pour analyser, comprendre, admettre et donc pour transformer nos schémas réactionnels, sont les suivantes :

1/ La perception reptilienne est neurophysiologique avec les trois réactions du cerveau reptilien. Nous nous en remettons à nos sens instinctifs sans réfléchir. Le cerveau reptilien assure les fonctions vitales

de l'organisme en contrôlant l'homéostasie, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la respiration, la température corporelle, l'équilibre, etc. Il assure les besoins vitaux (se nourrir, dormir, se reproduire, etc.). Ce cerveau primitif reptilien entraîne des comportements stéréotypés, préprogrammés avec, face à une même situation, un protocole réponse invariable qui est soit un réflexe inné, soit des comportements défensifs liés à l'instinct de conservation avec attaque, fuite ou sidération. Chez l'homme, ce cerveau est responsable de comportements primaires comme la haine, la peur, l'hostilité à l'égard de celui qui n'appartient pas au même groupe d'appartenance et aussi l'instinct de survie, la territorialité, le respect de la hiérarchie sociale, le besoin de vivre en groupe, la confiance dans un leader.

Parfois, lors de situations stressantes, cette partie de notre cerveau peut prendre le dessus sur notre néocortex, ce qui entraîne des comportements imprévisibles.

Face à l'agression et à la frustration :

- l'agression : la position défensive agressive avec tentative de se justifier et attitude de contre-attaque. La position défensive utilise la violence verbale, les plaintes, la disqualification, la discréditation, la violence ;
- la fuite : avec souvent mutisme et auto-jugement négatif, dévalorisation narcissique, elle place la personne dans une position dépressive avec sensation de mépris, de dégoût ou la position défensive ;
- la sidération : ce comportement est une réaction fréquente pour la personne qui se sent agressée. Elle se fige corporellement. Elle est incapable de sortir un mot. Dans les cas les plus graves, elle se met également à faire n'importe quoi pour échapper au flot d'émotions qui l'envahit et qui a été provoqué par les acting pervers.

La maîtrise reptilienne : s'inscrire rapidement hors du jugement, se mettre en position de détachement de la situation et éviter d'entrer dans vos croyances et de juger.

2/ Réaction limbique des mammifères. Ce cerveau est le cerveau de l'intelligence émotionnelle, siège des émotions, de la mémoire, des premiers apprentissages d'acquisition et de l'instinct grégaire. Le cerveau limbique, apparu avec les premiers mammifères, est capable de mémoriser les comportements agréables ou désagréables, et par conséquent, il est responsable chez l'humain de ce que nous appelons les émotions. Il possède donc 4 grandes compétences : il perçoit nos émotions, il exprime ces émotions, il perçoit les émotions des autres et il prend en compte ces émotions (empathie). Il gère les réactions instinctives en provenance du cerveau reptilien, il sait mémoriser, retenir, expérimenter, apprendre. Il comprend principalement :

- a. L'hippocampe (la mémoire à long terme s'effectue grâce à l'hippocampe car toutes les informations décodées dans les différentes aires sensorielles du cortex convergent vers l'hippocampe qui les renvoie ensuite d'où elles viennent). Son rôle est essentiel dans les émotions négatives, notamment la peur.
- b. L'amygdale (est essentielle à notre capacité de ressentir et de percevoir chez les autres certaines émotions et toutes les modifications corporelles nous permettant de reconnaître le contexte où se produit l'émotion). Des anomalies de l'hippocampe peuvent entraîner des troubles émotionnels, notamment la dépression et le stress post-traumatique (intérêt en victimologie et dans les prises en charge après agression et/ou harcèlement).
- c. L'hypothalamus est très important aussi et en particulier l'axe hypothalamo-hypophysaire. Le système limbique est impliqué dans l'olfaction, les émotions, les apprentissages et la mémoire. Toutes ses structures sont impliquées dans les réponses émotionnelles.

Le cerveau limbique est le siège de la routine, de la rigidité, de la simplification, des certitudes, de l'image sociale, de nos jugements de valeur, de nos croyances qui exercent une grande influence, souvent limitative, sur notre comportement. Donc se faire confiance, ne pas rester enfermé dans son système réflexif limitant, accepter une autre vision et être adaptatif, avoir le courage pour abandonner.

3/ Le cortex et le lobe frontal, en dépassant nos mécanismes défensifs et nos rigidités, nous permettent de parler, de réfléchir, d'anticiper, de construire un raisonnement logique et d'être riche en créativité. Ainsi il ouvre au langage, au vocabulaire, à la pensée abstraite, à l'imagination et à des capacités d'apprentissage infinies. **Le lobe frontal,** qui occupe 1/3 du cortex, comprend la curiosité, l'adaptation, la nuance, la relativité, la réflexion et les opinions personnelles. Le pôle antérieur du lobe frontal est important pour la fonction cognitive, notamment dans la planification et la fixation d'un but pour l'action. Dans l'ensemble, la motivation et la volonté dépendent de cette zone.

Le cortex ventro-médian de son côté, joue un rôle déterminant dans les émotions. Alors que la stimulation des émotions est activée par l'amygdale, leur régulation est due au cortex préfrontal et à l'hippocampe. Du fait de la latéralisation du cerveau, le *cortex préfrontal gauche* (logique et analytique), est celui qui exerce l'action inhibitrice la plus importante sur l'amygdale, et joue un rôle important dans les émotions "positives", alors que le *cortex préfrontal droit* (intuitif et global) influence fortement les émotions "négatives". Une personne ayant une activité préfrontale gauche prédominante aurait donc plus souvent une tendance liée à l'Éros : joyeuse, optimiste, dynamique, alors que celle à forte activité préfrontale droite avec une tendance Thanatos serait plus souvent triste, pessimiste, apathique.

Confrontés à une situation nouvelle, à un changement, un traumatisme ou dans une situation où nous percevons un danger, notre cerveau se place en situation de stress. Le cerveau reptilien, le plus réactif, lance la machine. Celui-ci va produire de l'adrénaline avec toutes ses conséquences physiologiques. Le problème est que le reptilien déforme la réalité en produisant d'après certaines études, 70 % de pensées inadaptées par rapport à la situation à laquelle nous sommes confrontés (origine de la parano et des délires). Le système limbique (avec sa rigidité et son obsessionalité) va produire des conclusions sans preuve, il va se concentrer sur un détail défavorable sans prendre en compte l'ensemble de l'information, qui peut contenir des éléments favorables. L'hypothalamus est le siège des émotions et de la sexualité. Il va produire la réaction de personnalisation et nous pousser à nous sentir responsables de tout avec activation de la faille narcissique et ses jugements dévalorisants sur soi-même. Il va tirer des conclusions générales à partir de faits isolés, nous pousser dans des

raisonnements dichotomiques, maximiser la perception des éléments négatifs et minimiser les éléments positifs. S'il s'emballe, le stress augmente très vite et emporte le cerveau limbique avec lui, du coup ce sont les émotions qui affluent, l'ensemble ayant pour résultat d'empêcher le cortex de s'exprimer et de tourner en rond. Les noyaux hypothalamiques sécrètent, en fonction de notre état, de ce que l'on a modifié dans nos systèmes défensifs, des substances ouvrant à l'Eros – norépinéphrine : excitatrice, ou sérotonine : inhibitrice.

Même si le désir est le résultat d'une pulsion instinctive qui correspond au besoin sexuel, nous comprenons donc que le désir est dépendant de la mémoire et des anticipations fantasmatiques. Les androgènes sont en cause dans l'organisation de la fonction érotique et des comportements sexuels adultes. Le système nerveux végétatif est constitué des systèmes sympathique et parasympathique qui influencent les réactions sexuelles. Le système parasympathique favorise la lubrification chez la femme et l'érection chez l'homme, tandis que le système sympathique favorise l'orgasme chez la femme et l'éjaculation chez l'homme.

Le désir sexuel dépend d'un travail d'intégration hypothalamique et mésencéphalique. Tout signal sexuel, endogène ou exogène, met en jeu des centres d'éveil au niveau de l'aire optique latérale. Les aires limbiques mésencéphaliques interviennent en fonction du stockage mnésique des expériences sexuelles précédentes et en fonction de la reconnaissance des excitations sexuelles.

Les structures corticales vont recevoir des messages désinhibiteurs et mettre en place soit des scénarios fantasmatiques en circuit interne, soit des schémas comportementaux en circuit ouvert vers l'extérieur.

Le rétrocontrôle sur la biodisponibilité des neurotransmetteurs dopaminergiques influence la sécrétion de la prolactine qui est alors capable de censurer la reconnaissance des messages désinhibiteurs émis par l'hypothalamus donc d'en bloquer la programmation.

