

# TABLE DES MATIÈRES

<b>POUR COMMENCER.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE UN : UNE RENCONTRE DÉTERMINANTE .....</b>	<b>2</b>
1. ÉDIFICATION POUR UNE RENCONTRE	2
2. UN SUJET AUX PRISES AVEC UNE HISTOIRE	2
3. ESQUISSE D'UNE CLINIQUE	3
<i>SYNTHÈSE DU CHAPITRE UN</i>	5
<b>CHAPITRE DEUX : RESTITUTION DE LA RENCONTRE .....</b>	<b>6</b>
1. L'AGIR AU SEIN DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE	6
<b>1.1. D'une enfance égarée...</b>	6
<b>1.2. ...A un enfant égaré</b>	7
<b>1.3. L'actuel lien familial</b>	7
2. CLINIQUE DE L'INCONCEVABLE, L'EXPRESSION DES ORIGINES	8
<b>2.1. Le récit d'une enfance dévastée</b>	8
<b>2.2. Mais pas que...</b>	9
3. L'AGIR AU CŒUR DU DISCOURS	10
<b>3.1. Les conduites addictives</b>	10
<b>3.2. Le conditionnement à une violence manifeste</b>	10
4. CLINIQUE CONTRE-TRANSFERENTIELLE : LA STUPÉFACTION AU CŒUR DE LA RELATION	12
5. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES	14
<i>SYNTHÈSE DU CHAPITRE DEUX</i>	14
<b>CHAPITRE TROIS : UNE DIALECTIQUE CLINICO-THÉORIQUE .....</b>	<b>15</b>
1. LA DIMENSION PATERNELLE	15
2. L'ORGANISATION PSYCHIQUE DE MONSIEUR J: TENTATIVE DE MISE EN ÉVIDENCE D'UN AMÉNAGEMENT DE TYPE NARCISSIQUE	19
<b>2.1. De la dynamique psychopathique</b>	20
<b>2.2. À la dynamique perverse</b>	22
3. MONSIEUR J, OÙ LE MODE DE RELATION ALEXITHYMIQUE	25

<b>3.1. Le destin des pulsions</b>	<b>25</b>
<b>3.2. Le destin des affects</b>	<b>27</b>
<b>3.3. Le contre transfert ou la tentative de symbolisation</b>	<b>30</b>
<i>SYNTHÈSE DU CHAPITRE TROIS</i>	<b>31</b>
<b>POUR CONCLURE .....</b>	<b>32</b>

## POUR COMMENCER

C'est dans le cadre de ma formation en psychopathologie clinique, que j'ai été amené à réaliser un stage dans un centre d'addictologie. Durant ce stage, j'ai pu rencontrer un certain nombre de patients et notamment Monsieur J. Cette rencontre s'est faite de manière particulière. En effet, c'est en participant aux entretiens avec l'infirmière et la psychologue que j'ai pu rencontrer ce monsieur, et ce à deux reprises. C'est une personne qui m'a marqué psychiquement, tant par son récit, que par la manière dont celui-ci a été abordé. C'est justement au travers de ces éléments, mais aussi au travers de mes éprouvés, que j'ai décidé de m'intéresser davantage à son histoire et à sa subjectivité.

Dans ce présent mémoire, je commencerai mon travail par une présentation du dispositif de recherche. Ce premier point aura pour vocation de contextualiser ma rencontre avec le sujet au sein de la structure, mais aussi, de vous faire part de difficultés miennes relatives à l'élaboration de ce travail. Je vais pour cela vous présenter succinctement mon lieu de stage et préciser davantage les conditions particulières de la rencontre avec Monsieur J. Dans un deuxième point, je vous présenterai le matériel clinique qui a été relevé dans les temps d'après rencontre et ce, en vous relatant mes éprouvés contre transférentiels durant celle-ci. Et enfin, grâce à ces éléments, je vous ferai part d'une réflexion théorique qui aura l'objectif suivant : tenter d'expliquer le fonctionnement du patient dans sa solution psychique. Cette réflexion théorique sera présentée en trois points principaux ayant pour but d'articuler, sous différents aspects, l'errance psychopathique dont il est question.

# CHAPITRE UN : UNE RENCONTRE DÉTERMINANTE

## 1. ÉDIFICATION POUR UNE RENCONTRE

Ce stage m'a permis de faire des rencontres de concert avec la psychologue, mais aussi avec les autres professionnels tels que les médecins, les infirmières et l'éducatrice spécialisée. C'est un centre qui a pour mission de suivre des patients sous forme de consultations pluridisciplinaires. Il permet un accompagnement des sujets et de leur entourage aux prises avec leurs dépendances, avec ou sans produits. Il travaille en accord avec d'autres partenaires autour de la prévention, de la réduction des risques et des consommations. Dans ce centre travaillaient deux médecins, une psychologue, deux infirmières, une secrétaire et une éducatrice spécialisée. Ainsi que trois stagiaires, dont je faisais partie. Ces deux autres stagiaires réalisaient des missions plus passagères (un mois).

Mon inscription au sein de la structure s'est déroulée par une appropriation des lieux, du quotidien, mais aussi des autres disciplines, via la découverte de leur travail. C'est ainsi que pendant deux semaines, je me suis quelque temps écarté de la « voie du psychologue », pour découvrir les autres professions grâce aux intervenants. J'ai donc, après demandes systématiques, pu participer à plusieurs entretiens avec les deux infirmières, l'éducatrice spécialisée et les deux médecins. C'est notamment avec une des deux infirmières que j'ai pu rencontrer une personne pour la première fois, que je nommerai ici Monsieur J, et sur qui j'ai décidé de m'interroger davantage.

## 2. UN SUJET AUX PRISES AVEC UNE HISTOIRE

Les éléments anamnestiques sont les produits d'échanges entre l'infirmière et moi-même qui, à ce moment-là, connaissais davantage Monsieur J en terme clinique.

Monsieur J est un homme d'une quarantaine d'année ; il fait partie d'une fratrie de quatre enfants où il se trouve être l'avant dernier. S'ajoutent à lui, un grand frère, une grande sœur, qui est l'aînée et une petite sœur. Sa mère à la retraite vit seule car son mari, le père de Monsieur J, est décédé il y a peu de temps. Monsieur J est le père d'un enfant qu'il ne voit plus. Peu d'éléments sur sa formation initiale m'ont été confiés. Cependant il aurait acquis un

CAP<sup>1</sup> qui lui aurait permis de travailler par la suite. Il s'est avéré – et nous le verrons incessamment – que Monsieur J avait été militaire dans les commandos. J'ai obtenu peu d'éléments quant à son histoire : c'est une personne décrite comme violente, portant toujours sur elle des couteaux, même en consultation, s'alcoolisant de manière massive, et maltraitée dans son passé par son père et par sa mère, selon les dires de l'infirmière.

Sa rencontre avec la structure de stage remonte à plus de sept ans. Cependant, les consultations ont été brèves en termes de fréquence. Les entretiens auxquels j'ai assisté furent les premiers qui suivirent la reprise de contact avec la structure ; ils furent aussi les derniers, et ce durant mon stage. La première rencontre avec Monsieur J eut lieu en présence de l'infirmière du service. Celle-ci, à plusieurs reprises, m'a recommandé de consulter son dossier médical pour m'en faire une idée. Je ne voulais pas toutefois influencer la future rencontre par l'appropriation d'une autre clinique. Ainsi, je me suis abstenu de consulter son dossier.

### 3. ESQUISSE D'UNE CLINIQUE

La rencontre avec Monsieur J s'est réellement inscrite en amont de ce premier entretien. Durant ma semaine de découverte avec l'infirmière, je fus particulièrement sollicité par celle-ci pour participer à l'entretien de ce patient. Je me suis raisonné pour ne pas consulter le dossier médical, mais je n'ai pu faire autrement dans les moments où l'infirmière évoquait oralement ce patient. La semaine durant, elle insista beaucoup afin que j'assiste avec elle à la rencontre, arguant qu'il aurait pu m'« intéresser pour ma recherche ».<sup>2</sup> Elle fournit assez peu d'éléments de détail, mais insista sur l'histoire de cet homme au passé troublant. J'ai donc pu le rencontrer à deux reprises, une fois avec cette infirmière, Madame C, et une seconde fois, après orientation, avec la psychologue (Madame B), et ce à un mois d'intervalle. C'est une personne qui a évité par la suite plusieurs fois les rendez-vous et, d'après les informations dont je dispose, ne viendrait plus actuellement dans le service.

---

<sup>1</sup> Certificat d'aptitude professionnel.

<sup>2</sup> Je me suis questionné sur l'insistance de l'infirmière. Etait-ce son désir à elle ? En quoi était-il « intéressant » ?

#### 4. STAGIAIRE, UNE PLACE PARTICULIÈRE

Les conditions de rencontre avec ce patient étaient particulières. En effet, il s'agissait de deux entretiens distincts avec deux professionnels différents, au fonctionnement spécifique. La seule constante était ma présence dans les deux : cela me posait question en terme éthique et en terme transférentiel. L'infirmière, lors de l'orientation vers la psychologue, a demandé au patient si je pouvais participer de la même manière aux futurs entretiens. Celui-ci a accepté et j'ai ainsi pu être présent à l'autre entretien peu de temps après.

Pour la première rencontre, j'étais assis aux côtés de l'infirmière, face au patient et derrière un bureau. Quant à la deuxième fois, je fus recentré au milieu entre le patient et la psychologue, autour de la table basse. Le premier entretien, *grosso modo*, a duré une heure, ce qui représente un laps de temps légèrement supérieur à celui qu'accorde en générale l'infirmière aux patients. Avec la psychologue, cela s'est déroulé différemment. D'habitude, elle consacre à ses patients de trois quarts d'heure à une heure d'entretien. Pourtant, ce fut un entretien de longue durée, qui a demandé une énergie particulière, car le patient s'exprimait beaucoup. La place particulière du stagiaire et le discours riche et envahissant du patient, ne me laissaient guère la place d'élaborer des questions pendant les entretiens. Ce sont les deux soignantes qui ont alors dirigé ces entretiens. Dans ma position de tiers, je ne pouvais qu'écouter et consentir aux échanges.

#### 5. LE CADRE DE LA RECHERCHE

##### ❖ *Choix conceptuels*

D'un point de vue purement théorique – et ce fut une volonté de ma part, je me suis limité à emprunter certains concepts d'auteurs plutôt que d'autres, pour élaborer ce travail. C'est par la recherche d'intelligibilité, mais aussi pas la volonté de laisser la clinique au-devant de la théorie, que je me suis ainsi contraint.

En outre, j'aimerais préciser, qu'il ne s'agira pas dans ce travail, de comprendre l'autre. La vérité du sujet est et sera toujours du côté du sujet. Ce travail aura davantage vocation de tenter de comprendre ce qui a été entendu, perçu, grâce notamment aux éprouvés contre-transférentiels.

❖ *Le contre-transfert, le pilier de la réflexion*

Durant mon stage, il était question que je dirige par moi-même des entretiens. Cet engagement fut dès lors fortement investi. Il s'agissait pour moi de travailler sur une clinique rencontrée lors de ces entretiens. J'anticipais en quelques sortes les futures rencontres. Seulement ces entretiens ne se sont jamais réalisés. Ils n'ont pu se mettre en place pour diverses raisons, notamment institutionnelles. En outre, je ne désirais pas non plus travailler sur les entretiens auxquels j'avais participé avec la psychologue, car « ils ne m'ont pas marqué »<sup>3</sup>. Persuadé qu'il était nécessaire d'engager un suivi, je fus aveuglé par la rencontre passée avec Monsieur J qui, pourtant, m'avait fortement mobilisé et marqué. Je me disais alors que deux entretiens ne seraient pas suffisants. Néanmoins, il m'a fallu quelque temps (quelques mois), de remise en question pour comprendre qu'*in fine*, je pouvais en faire quelque chose. Je me suis dès lors aperçu qu'il ne s'agissait pas de travailler sur la quantité mais, davantage, de porter mon attention sur la qualité de cette rencontre. Bien sûr, les diverses situations rencontrées durant mon stage m'ont aussi mis au travail. Mais je me suis rapidement rendu compte qu'une d'entre elles était davantage située sur le devant de ma scène psychique. J'ai ainsi voulu travailler sur ce qui m'avait interpellé : l'inattendu, l'énigme. Cela a semé le doute chez moi. C'est en me réinterrogeant que je me suis aperçu après coup qu'une rencontre avait eu lieu.

Pour ce qui est de la recherche elle-même, je tiens à exprimer les difficultés qui m'ont accompagné durant cette élaboration. Il était compliqué pour moi de me « mettre au travail » sur une rencontre, qui avait su me mobiliser en termes psychiques. Je pense que je fus sujet à mes propres défenses, à la fois durant la clinique, mais aussi durant la mise en sens de cette rencontre. Ces mécanismes (défensifs) ont été à la fois des biais à la recherche, mais ont été aussi sujets de recherche. C'est par cette objectivité, sûrement entravée par la rencontre, que j'ai souhaité porter ce travail.

#### *SYNTHÈSE DU CHAPITRE UN*

C'est dans le contexte particulier du stage en addictologie, avec une pluralité de cliniques, que j'ai eu l'occasion de rencontrer Monsieur J. Cette rencontre a su me mobiliser en terme d'éprouvés contre-transférentiels. Ma place particulière de stagiaire m'a permis d'apprécier certains éléments des deux rencontres qui ont motivé la recherche.

---

<sup>3</sup> Je répétais à plusieurs reprises cette phrase, lorsque j'échangeais avec mes camarades de mon choix de recherche.

## CHAPITRE DEUX : RESTITUTION DE LA RENCONTRE

Ce point fait écho de la reconstitution des deux entretiens auxquels j'ai participé avec Madame C, l'infirmière et Madame B, la psychologue au sujet de Monsieur J. Ses propos sont la résultante d'une tentative de restitution des éléments cliniques dans la rencontre. Ils ont pour vocation de relater les dires des différents protagonistes, mais aussi de relater les questionnements qui en ont découlé pendant et dans l'après-coup, et ce pour vous faire percevoir au mieux la clinique.

### 1. L'AGIR AU SEIN DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE

Les éléments de restitution à propos de la famille de Monsieur J nous ont été délivrés avec parcimonie durant la rencontre. Cependant quelques éléments ont été dits spontanément et avec une certaine « indifférence » perçue.

#### 1.1. D'une enfance égarée...

Tout au long des deux entretiens, l'enfance de Monsieur J m'a semblé peu ordinaire. Monsieur J, comme j'ai pu l'évoquer, est l'avant dernier enfant d'une fratrie de trois frères et sœurs. Sa mère, avec qui il n'entretenait plus de relation, est de nouveau dans son quotidien, car il réalisait quelques petits travaux chez elle au moment des entretiens. Son père quant à lui, est décédé il y a environ un an de cela. Il nous confia rapidement, avec plus ou moins d'aisance et de « facilité », une chronicité de traumatismes allant de sa prime enfance jusqu'à nos jours. Sa mère, avec qui il entretenait de « *meilleures relations* »<sup>4</sup>, fut aussi une personne potentiellement violente dans son enfance, « *elle, elle m'a foutu une branlée* », nous confia le patient entre deux phrases.

Quant à son père, il était alcoolique et violent. Le patient précisait ceci : « *lorsqu'il revenait, c'était pour nous frapper – surtout moi ; il s'amusait à nous pousser du haut des escaliers* ». D'ailleurs il ajouta que, très jeune, il fut blessé à la jambe à cause des brutalités paternelles. Ce qui a été marquant à ce moment précis, c'est qu'il ne m'a pas semblé comprendre pour quelles raisons il s'était cassé la jambe, même s'il nous l'a confié après que son père l'ait brutalisé. Je n'ai pas perçu ni entendu chez lui une parole de haine, du moins une émotion vis-à-vis du père, comme nous pourrions l'attendre lorsque quelqu'un raconte de tels

---

<sup>4</sup> Les propos entre guillemets et en italiques relatent les dires des locuteurs.

évènements. Le père fut à plusieurs reprises mis en avant dans la rencontre. Un père violent au quotidien, indiquait le patient.

Plus tard, toujours pendant le premier entretien, il nous confia que le frère fut tout aussi sujet à des violences, notamment des violences fratricides : « *mon frère, lui, il m'a planté* ». J'ai eu peu d'éléments quant à ce frère durant la clinique ; il est vrai que cela avait suscité chez moi une stupéfaction, car il ne précisait pas pour quelle raison il l' « avait planté ».<sup>5</sup>

## 1.2. ...A un enfant égaré

Au long de l'entretien, Monsieur J a évoqué l'existence d'un enfant. Il a pu nous faire écho d'un fils avec lequel il s'était rendu présent pendant les trois premières années de sa vie. Mais après le départ fortuit de son ancienne compagne, il ne l'a pas revu pendant un an et demi, sans avoir de nouvelles d'aucun des deux. Son fils avait cinq ans au moment de leur dernière rencontre, et aujourd'hui il en aurait vingt-et-un. Je fus tout aussi interrogatif à l'égard de Monsieur J, car il ne manifestait pas d'émotion, ni au sujet de la personne avec qui il l'avait eu, ni au sujet du devenir de celui-ci. L'approche par le patient de cette partie de son existence a été tout aussi rapide dans le discours. Durant ce premier entretien, il était très compliqué pour l'infirmière d'approfondir ce point, car Monsieur J semblait « ne rien vouloir dire ». J'ai cru comprendre au travers d'un silence qu' « il n'y avait rien à rajouter ».<sup>6</sup>

## 1.3. L'actuel lien familial

Les autres membres de la famille ont été évoqués durant les entretiens. En ce qui concerne la sœur aînée, il nous confia qu'il n'avait plus de relation avec elle, sans être très précis dans ses propos. Cependant, un des éléments notables des deux entretiens fut la relation très proche qu'il a pu souligner avec sa petite sœur. J'ai pu comprendre, quelques semaines plus tard, qu'il invoquait souvent cette sœur pour justifier de ses absences et qu'ainsi il ne pouvait venir aux entretiens qu'il avait fixés.<sup>7</sup>

Il semblerait que cette petite sœur ait été influente, surtout depuis qu'il s'était réconcilié avec elle. Celle-ci le contraignait à ne plus boire s'il souhaitait venir chez elle ; cela a été significatif dans la diminution des consommations de Monsieur J selon l'infirmière. Il était

---

<sup>5</sup> Il fut aussi mention hors clinique, que le patient frappait son père et ce dès ses 10 ans.

<sup>6</sup> L'infirmière me confia juste après l'entretien qu'il avait avec cette ancienne compagne fait un « *contrat* » où celui-ci s'engageait à ne plus chercher à revoir ce fils en échange que cette dame ne réclamerait pas de pensions à l'avenir. « *Ce contrat il le tien* » rétorqua l'infirmière à plusieurs reprises.

<sup>7</sup> Il réitérait au téléphone qu'il l'aidait pour l'arrivée d'un enfant en faisant des travaux chez elle.

soucieux, notons-le, du comportement du « *beauf* », – son beau-frère. Il ajouta « *je le surveille, lui* ». Selon le patient, sa petite sœur exigerait toujours qu’il ne rentre pas chez elle alcoolisé. Celle-ci, d’ailleurs au moment des faits, était enceinte<sup>8</sup>. Il m’a semblé davantage souriant entre deux stéréotypies lorsqu’il nous évoquait cet évènement.

## 2. CLINIQUE DE L’INCONCEVABLE, L’EXPRESSION DES ORIGINES

Cette question constitue le cœur de ce j’appelle l’inconcevable, et ce à travers le récit du patient, de la manière dont il nous a partagé cela, et aussi de la perception que je m’en suis fait au moment de la restitution.

### 2.1. Le récit d’une enfance dévastée

Ce qui a été prégnant dans le discours de Monsieur J était un des récits de son enfance. Il avait pu en faire écho durant l’entretien avec l’infirmière, mais a davantage explicité cet évènement avec la psychologue et moi, quelques semaines plus tard. La psychologue actuelle ne se souvenait plus de Monsieur J, même si elle avait pu voir dans le dossier qu’il était déjà venu la consulter quelques années auparavant. L’ancienne psychologue du service avait aussi pu rencontrer ce patient et ce sur une très courte durée.

C’est donc au milieu de l’entretien que Monsieur J s’est subitement mis à parler de cette histoire. Il nous racontait qu’il avait été kidnappé et séquestré avec la baby-sitter par deux hommes qui, pendant quarante-huit heures, l’ont violée. Attaché et menacé avec un couteau sous la gorge, Monsieur J, à ce moment-là âgé de cinq ans, a alors été forcé de voir l’inconcevable se produire.

Ce n’est pas la forme exacte de la manière dont Monsieur J s’est exprimé, mais ces mots se rapprochent assez fidèlement de ce que j’ai pu entendre dans la clinique. J’entends par là que la narration fut très courte et dense, et que la stupéfaction m’envahissant, je n’ai pu dans l’après coup retranscrire avec exactitudes les paroles. Les stéréotypies de corps que j’évoquais précédemment étaient toujours présentes ; de petites, voire d’imperceptibles hésitations l’étaient tout autant, mais il y avait quelque chose que je ressentais pendant le développement de ce récit que je qualifiais de bizarre, d’énigmatique. Ce qui été marquant pendant la

---

<sup>8</sup> Je ne peux préciser ici, si cet enfant était un garçon ou une fille, car avec l’infirmière nous n’avions pas perçu la même parole.

narration, c'était la manière dont le sujet abordait cette thématique. Je ne me souviens plus de l'ordre exact, ni s'il avait employé le « je » ou le « on », mais le discours semblait prendre une certaine distance face à une implication personnelle. C'était comme s'il n'avait pas vécu cet évènement.

Je dois admettre qu'il est complexe de mettre des mots sur cette chose, c'est-à-dire sur l'évènement, sur la manière dont il a été abordé, mais aussi et surtout sur la façon dont j'ai perçu tout cela. La stupéfaction était à l'œuvre chez moi durant les entretiens et je pense que cette stupéfaction se ressent aussi lorsque je tente d'en élaborer les tenants et les aboutissants. Il faut dire que je n'étais pas préparé à entendre cela, et ces éléments ont été brusquement livrés à ses allocutaires, c'est-à-dire l'infirmière, la psychologue et moi-même.

## **2.2. Mais pas que...**

D'ailleurs, d'autres éléments de violence ont été plusieurs fois abordés, comme la violence du père que j'ai pu avancer précédemment. Une violence « *quotidienne* », selon le patient ; « *ça le faisait marrer* », ajouta Monsieur J pendant l'entretien avec moi et l'infirmière. Il n'y avait pas de haine apparente chez lui, ni de sourire, mais je percevais chez lui quelque chose de trop, comme si il « était fatigué » des émotions. Il y avait tout de même les stéréotypies qui me faisaient entendre quelque chose, mais quoi ?

Le patient continua à « raconter » l'évènement de ses cinq ans. « *Lorsque la police est venu les trouver trois jours après, c'était des marocains* ». Selon le patient, l'un avait été tué sur le coup et l'autre avait été marqué au couteau par le père d'un grand X sur la joue. Ce dernier était présent dans le discours du patient, car il venait de mourir en prison. Monsieur J ajouta qu'il le « *traquait* » ; « *si je l'avais croisé dans la rue...* », dit-il en inspirant fortement par le nez.

Durant l'entretien, le patient nous confia qu'il n'appréciait pas, et même détestait les forces de l'ordre ou, du moins, tout ce qui peut y ressembler. En effet, il nous raconta, outre cet épisode, divers faits en lien avec son père, avec la police et d'autres hommes, qui ont gravité autour de lui. Pendant le premier entretien avec l'infirmière et moi, il nous raconta que son père, avec des « *copains a lui* », dont des policiers, allait faire des « *ratonnades* », c'est-à-dire tabasser des « *squatteurs* », « *des bougnoules* » et « *des négros* »... Son père allait fréquemment avec lui, « *remonter sur Paname* » pour « *relever les compteurs* », c'est-à-dire récupérer l'argent des prostituées situées à Paris, et ce accompagné du père d'un ami d'enfance au patient, alors que celui-ci avait dix au moment des faits.

### 3. L'AGIR AU CŒUR DU DISCOURS

Durant les entretiens, les actes de Monsieur J ont été pour moi marquants, car j'avais du mal à imaginer l'homme qui était devant moi, réaliser ce qu'il nous disait.

#### 3.1. Les conduites addictives

Durant les entretiens, Monsieur J a répété qu'il pouvait être violent, aussi bien avec ou sans alcool, mais a souligné que, sans l'alcool, l'intensité de ces violences était plus forte, car plus contrôlée. Je fus surpris de cette remarque, car je pensais naïvement que l'alcool pouvait engendrer et favoriser les comportements de violence. Or selon le patient, la prise d'alcool semblait le contrôler, le restreindre. Plus tard, il nous fit écho de faits de violences, où l'alcool n'était pratiquement pas en cause. Je me suis alors dit, que ce monsieur avait une certaine agressivité violente qui n'était pas directement liée à la prise de produits désinhibants, mais qu'il y avait quelque chose peut-être de sous-jacent, de plus profond probablement.

Compte tenu de la structure de stage, le motif de consultation, du moins le premier motif, était le syndrome de dépendance alcoolique de Monsieur J. Les prémices des deux entretiens ont d'ailleurs porté sur cela, même si celui qui s'est déroulé avec la psychologue et moi semblait porter davantage sur la vanité des consultations psychologiques. La diminution des « doses » d'alcool ont été manifestes, selon l'infirmière, qui souligna la « *quantité phénoménale* » qu'il prenait par le passé, en plus des autres substances. Durant les entretiens, le sujet était porté sur la volonté d'arrêter l'alcool, pour cause de restriction des droits RSA<sup>9</sup>, qui lui conseillait d'aller « *se faire soigner* », et aussi pour sa sœur qui, comme nous avons pu le voir, avait une certaine influence sur lui, notamment pour la diminution des prises d'alcool.

Ce qui a été remarquable également durant les deux entretiens, et je m'en suis aperçu au terme du premier, c'est que nous n'avions pas eu besoin de poser beaucoup de questions ; j'ai trouvé que la parole était à l'œuvre chez Monsieur J : « *il verbalise bien* » me fit remarquer l'infirmière après l'entretien.

#### 3.2. Le conditionnement à une violence manifeste

Il fut aussi mention, durant les deux échanges, d'un passé militaire. Dans les dires de Monsieur J, il semblerait que ce temps d'armée fut un temps où il se « *sentait bien* ». Il déclara qu'il regrettait cette période de sa vie. Cependant, il semblerait que l'armée fut aussi un

---

<sup>9</sup> Revenu de solidarité active, le patient ne travaillait pas au moment des faits.

moment charnière de multiples déceptions et d'évènements potentiellement traumatogènes. Monsieur J disait « *avoir été conditionné à tuer* ». Il fut aussi jeté au « mitard » à maintes reprises, pour des raisons injustifiées, selon lui. Son capitaine était une sorte de tortionnaire : « *je ne suis pas tombé sur un bon* », « *à chaque fois, j'ouvrais ma gueule* ». La prison dans le civil a aussi été évoquée mais sans autre précision.

Ce qui a pu suivre, surtout au premier entretien au sujet de l'armée, fut son passé de commando. Ce passé lui aurait conféré des capacités à tuer : « *si je veux, je peux tuer quelqu'un sans couteau, juste avec mon pouce* ». Il imita d'un geste la façon dont il s'y serait pris, une fois que l'infirmière lui eut fait remarquer qu'il ne venait plus en consultation avec son couteau.<sup>10</sup>

Parcourant le premier entretien, j'ai pu relever quelque chose d'autre qui a pu m'interpeller durant cette rencontre. J'ai remarqué – et les dires ont pu le souligner – que Monsieur J menait une sorte de « combat » pour faire respecter les femmes et les enfants en quelque sorte. « *Au mitard, j'ai tabassé un pédophile* » ; « *si je vois un homme frapper une femme, je m'en occupe* », plusieurs phrases dans ce sens ont été réitérées durant les entretiens. Cela a été frappant pour moi, car je ne voyais pas pourquoi il était aussi sensible sur la question. Après coup, j'ai bien saisi que ce n'était pas surprenant, compte tenu du passé incommensurable qu'il avait pu vivre.

De plus, d'autres faits de violences, mais plus récents cette fois-ci, ont surgi durant les deux entretiens. Monsieur J nous raconta qu'il était sous obligation de soins, suite à une plainte portée par un barman. En effet, le patient nous confia toujours avec « froideur » qu'il avait agressé ce barman. Alors que les autres personnes présentes ont détruit le bar, lui ne s'est « *pas contenté de cela* », « *les autres ont cassé le bar, la vitre, moi, je l'ai frappé* » ; il ajouta : « *moi, j'ai pris cher* » ; en effet, des mesures de réparations lui incombaient à la suite de cet évènement. Monsieur J, s'est donc retrouvé devant les tribunaux et, peu de temps après, a dû réaliser des TIG<sup>11</sup>. La justice le sommait de verser deux-mille euros d'indemnité à l'agressé. Il fut d'ailleurs surpris, minimisant l'agression au moment de la restitution ; il nous confia : « *bah, je m'y attendais pas, je suis allé travailler le lendemain comme ça* ».

---

<sup>10</sup> C'est d'ailleurs l'infirmière en amont des deux entretiens qui avait pu me confier cela, et souligna quelque chose qu'il disait fréquemment, « *si j'avais fait ça en France, j'aurais été en taule à vie* », et ce à propos de tueries qu'il aurait commis dans un pays d'Afrique pendant une mission commando.

<sup>11</sup> Travaux d'intérêt général

Par ailleurs, un certain nombre d'éléments d'ordre judiciaire ont été présents dans l'histoire de Monsieur J, et même lors de notre rencontre. En effet, la demande de consultation fut portée par la contrainte de la commission RSA pour « résoudre ses problèmes d'alcool », afin de trouver du travail.<sup>12</sup>

Un élément saillant apparut à la fin de l'entretien, car il nous confia ceci : « *je ne veux pas reproduire comme mon père* ». En effet, Monsieur J ne voulait pas reproduire une violence subie, comme nous avons pu le voir précédemment. Ce terme est important, car lorsque la psychologue, au deuxième entretien, avait évoqué le verbe « *subir* » (elle demanda au patient, « *vous n'aimez pas subir ?* »), le patient avait répondu avec des stéréotypies du corps, « *je crois que j'ai beaucoup subi* », sans ajouter d'autres éléments. De plus, durant ce premier entretien, mention a été faite qu'il ne voulait pas reproduire l'alcoolisme de son père.

#### 4. CLINIQUE CONTRE-TRANSFERENTIELLE : LA STUPÉFACTION AU CŒUR DE LA RELATION

Monsieur J m'avait interpellé lors des deux entretiens ; peut-être fus-je étonné de la « facilité » qu'il avait de raconter sa vie noyée d'événements traumatogènes. Je fus surpris par le fait qu'il puisse parler de cette manière des multiples offenses, c'est-à-dire de manière fluente et surtout dénuée d'émotivité. Cette surprenante étrangeté était et reste toujours une énigme qui me vaut de tenter d'élaborer aujourd'hui ce qui a pu faire « effroi » et stupéfaction dans la clinique.

Un certain nombre de questions me sont alors apparues à la fin du premier entretien. Je me questionnais sur la place du patient dans cette triangulation avec la sœur et le beau-frère. Je me demandais aussi quelle serait la future relation avec cet enfant en devenir. Le patient « plongera-t-il dans l'alcool ou dans autre chose » si la sœur lui fait comprendre qu'il ne peut plus autant la voir ? Je me suis surtout arrêté sur ce discours fluent, organisé et systématique. Était-ce un discours affabulatoire, délirant ?

J'ai éprouvé dans son regard un certain désarroi, est-ce moi qui ait pu interpréter son histoire en fonction du nombre d'événements traumatogène, voire traumatisants, que le patient nous racontait ? Ou alors, étais-je à ce moment-là en train de percevoir quelque chose qui

---

<sup>12</sup> La prise de contact avec une structure de soins a sûrement été fortement influencée par la commission Revenu de solidarité active, me confia l'infirmière.

n'était pas conciliable pour lui ? Cherchait-il quelque chose en moi ? Cherchait-il justement à provoquer une réaction de ma part au détour de sa narration ? Cherchait-il ma défiance ?

Toutefois je n'appréhendais pas ce patient. J'entends par là que, connaissant les éléments, cela aurait pu engendrer des appréhensions, sachant que celui-ci « *se trimbalait avec un couteau* » comme disait l'infirmière. Je fus surpris, mais pas effrayé. Ce qui était autrement troublant était certainement la froideur du discours et de la personne que je percevais, pendant qu'il racontait. C'est aussi le décalage entre la prestance du personnage et le récit qui s'accolait<sup>13</sup>. Certes je le voyais bouger sur son siège, sûrement anxieux, mais j'avais tout de même du mal, non à croire ce qu'il nous disait, mais à en faire quelque chose de mon côté durant les entretiens.

C'est une personne qui n'avait probablement pas de difficultés avec le cadre qu'avait pu proposer l'infirmière et la psychologue, même si celui-ci n'est plus venu les consulter par la suite. Durant les entretiens, j'ai été frappé par son assise : il gardait sa veste sur ses jambes, croisait les bras et bougeait beaucoup sur lui-même regardant par la fenêtre, se grattant la barbe simultanément, des stéréotypies de faciès, de manière très rapide, des attitudes plutôt anxieuses étaient visibles. Mais un discours toujours aussi fluide, sans contraintes apparentes, et aussi qui me semblait en quelque sorte itératif, même si durant l'autre entretien, Monsieur J, apporta de nouveaux éléments.

A la suite de ces deux cliniques, Monsieur J ne s'est plus présenté dans la structure de stage, ni au médecin, ni à l'infirmière, ni à la psychologue. Comme j'ai pu le dire précédemment, il postulait qu'il aidait sa petite sœur à l'arrivée du bébé, pour expliquer son absence quelques heures avant les entretiens posés<sup>14</sup>. Par la suite il n'a en définitive plus donné de nouvelles à la structure et aux professionnels.

---

<sup>13</sup> Le patient me faisait penser à un comédien, qui celui-ci a davantage vocation de faire rire plutôt que de faire peur. C'est sûrement aussi pour cela que durant les deux entretiens je ne fus pas réellement animé d'un contre-transfert négatif. Le patient n'était pas grand, mais je percevais tout de même chez lui, une nervosité patente.

<sup>14</sup> Ce qui était marquant aussi, c'est qu'il annulait ses entretiens quelques minutes avant.

## 5. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

Ce qui est manifeste lorsque l'on appréhende cette rencontre au travers des différents éléments cliniques mentionnés précédemment, c'est la prégnance de la répétition (Freud, 1981) dans le fonctionnement de Monsieur J. Une répétition constatée de l'agir parmi son histoire, mais aussi une répétition dans la narration même de cette violence. Je me suis aussi interrogé autour de la question de l'émotion durant la description, en d'autres termes, comment Monsieur J arrive-t-il à s'exprimer sans que l'on perçoive chez lui l'affect qui devrait-être associé à ces représentations ? Cette réflexion fait référence aux travaux de McDougall (1982), et j'en ferai ainsi mention dans la partie suivante.

Puis nous pouvons noter au travers les récits de vie de Monsieur J la supposée inéluctabilité d'un destin psychopathique (Corval, 2009) signifié d'agirs et de violences répétées, mais aussi d'une enfance bafouée par la perversion du père et d'évènements traumatisants successifs. Le chapitre suivant fera mention des travaux lacaniens autour, notamment, de la question de la métaphore paternelle, mais aussi autour de la question de l'accession à la réalité et de la dimension de l'altérité chez Monsieur J.

C'est au regard des éléments cliniques présentés ci-dessus et des interrogations de l'après-coup que je vais axer mon travail sur la réflexion suivante : La place de la répétition dans la tentative d'élaboration de Monsieur J : d'une enfance dévastée à un homme égaré dans la violence de son histoire.

### *SYNTHÈSE DU CHAPITRE DEUX*

Ma position tierce m'a permis d'observer deux clinique avec un sujet, Monsieur J. J'ai pu constater qu'il avait un parcours de vie atypique. Son enfance, meurtrie par diverses situations potentiellement traumatogènes, l'ont amené à réagir sur un versant violent, semé d'agirs impulsifs et de toxicomanie. Par le biais des éprouvés contre-transférentiels, j'ai pu me rendre compte d'une réitération d'un discours *a priori* asthénique.

## CHAPITRE TROIS : UNE DIALECTIQUE CLINICO-THÉORIQUE

Au regard des éléments cliniques relevés précédemment, nous allons tâcher de mettre en évidence des pistes de compréhension au sujet de Monsieur J et ce, avec l'appui des concepts théoriques venant étayer des hypothèses de fonctionnement. C'est ainsi que nous allons tenter d'approcher de manière transversale le versant de la répétition chez Monsieur J, grâce à son histoire mais aussi au travers la narration même de cette histoire<sup>15</sup>. Dans un premier temps, j'axerai ma réflexion sur le poids de la métaphore paternelle dans le devenir du patient. Dans un second temps, je tenterai de mettre en évidence un type de personnalité chez le sujet, en partant des éléments plus manifestes pour essayer d'entrevoir des éléments plus latents comme la découverte d'un passé historique effracté, meurtri. Et enfin avec ce même intérêt, nous allons essayer de comprendre les agirs du patient et les raisons qui l'ont poussé à fonctionner ainsi.

Avant toute chose, il vaut la peine de rappeler qu'aucune généralité ou affirmation ne pourra se substituer à l'authentique vérité du sujet pris dans sa solution psychique. Il serait prétentieux de dicter une ou plusieurs vérités à propos de quelqu'un qui, au fond, nous est totalement inconnu.

### 1. LA DIMENSION PATERNELLE

Comme vous avez pu le remarquer, nous avons fait référence à une « enfance dévastée »<sup>16</sup> en ce qui concerne le sujet. En effet nous ne pouvons que constater au regard des éléments cliniques abordés antérieurement, que ce qui est saillant dans le récit de Monsieur J est l'environnement familial, éducatif dans lequel il a baigné durant son enfance. Un environnement saturé de violences répétées, d'agirs paternels mais aussi maternels, et par ce fait même, de carences affectives. Nous pouvons dès lors entrevoir ce climat « infâme » qui aurait régné dans la vie du patient alors enfant. Dès lors, il nous incombe inévitablement de nous demander quel sens il a pu mettre à cela. Comment s'est-il adapté depuis ?

Fort est de constater que les identifications de Monsieur J peuvent nous interroger sur son développement. Celles-ci sont à considérer du côté du père, qu'elles soient totales ou

---

<sup>15</sup> Par souci de choix théorique, je ne vais pas aborder les concepts relatant les fonctions de la narration des récits de vie sans pour autant dénier leur importance dans notre situation. Il en sera peut-être question dans un autre travail, continuant notre réflexion.

<sup>16</sup> À la page 8 de ce présent mémoire.

partielles<sup>17</sup> dans les processus de maturation. Il est vrai qu'on ne peut soustraire les comportements de violence de Monsieur J comme isolés d'une origine précoce, et ce dans un stade du développement immature du sujet encore enfant, voire *infans*<sup>18</sup>. Compte tenu de l'histoire de Monsieur J, nous allons ainsi nous fonder sur l'apport essentiel des concepts de Ferenczi et de Winnicott portant sur les traumatismes précoces.

❖ *L'infantile (surement) bafoué*

C'est notamment via le mécanisme de l'identification à l'agresseur de l'un ou la soumission à l'environnement de l'autre (De Parseval, 2007) que nous allons tenter d'expliquer ces violences répétées chez le sujet et un discours désaffecté dans la clinique. La défaillance de l'environnement mentionné par Winnicott peut être incorporée dans notre situation. En effet, ce défaut est certainement à considérer du côté des perversions morales et physiques du père, mais aussi de tout ce qui a pu graviter autour du patient en termes de violence, d'effraction de la barrière du corps et de la barrière psychique, soit « une défaillance de l'environnement vis-à-vis de l'individu immature pris dans une situation de dépendance. » (De Parseval, 2007, p. 125)

Nous avons en outre pu remarquer que la plupart de ces agirs violents (à l'intérieur de la famille comme à l'extérieur), notamment lorsque le père poussait ses enfants du haut des escaliers, ou encore l'évènement totalement déstructurant de ses cinq ans, que ceux-ci surgissent durant le temps primordial de l'accession à la réalité<sup>19</sup>. Nous pouvons alors nous demander quels ont été les impacts de ses agirs violents déstructurants par leur caractère pénétrant, venant faire « effraction à l'intérieur du *self* » (De Parseval, 2007, p. 126), dans ce processus d'accès à la loi symbolique.<sup>20</sup>

Il semblerait, selon Corval (2009, p. 194), que « le devenir des enfants précocement carencés ou malmenés par des soins instables, discontinus, remplissant mal les différentes fonctions [...] montrent la constance du lien entre de telles configurations et l'agressivité, la violence, la « tendance antisociale » aggravée au-delà de ce qui est génétiquement normal, l'indifférence affective... ». En effet, nous pouvons considérer l'errance de Monsieur J comme associée à une certaine prédisposition qui serait à considérer du côté des émotions.

---

<sup>17</sup> Nous faisons référence ici aux identifications pré et post œdipiennes.

<sup>18</sup> Ce terme réfère d'un enfant n'ayant pas encore acquis le langage.

<sup>19</sup> Nous faisons référence ici aux trois étapes d'avènement à la réalité, des premières édifications du Moi, (Martin-Materra, 2013) le stade du miroir, (Lacan J. , Ecrits, 1966) et la sexualité Œdipe.

<sup>20</sup> Nous faisons à présent référence à la sortie du complexe d'Œdipe avec identification à l'Idéal du Moi soit au père symbolique et donc au renoncement d'être phallus de la mère. (Martin-Materra, 2013) Et (Lacan J. , Le séminaire V, Les formations de l'inconscient, 1998)

## ❖ *Résurgence d'une violence endurée*

En effet, c'est ce que nous pouvons observer via la clinique, c'est-à-dire une violence agit venant faire écho de la violence subie au temps de l'enfance. Nous pouvons imaginer cela en supposant que le patient réaliserait un « Re-Père » inconscient à l'homme violent qu'aurait pu être le père. Et c'est d'ailleurs ce que nous avons pu constater durant la rencontre notamment avec cette phrase : « je ne veux pas reproduire comme mon père ». Cette déniation (Freud, 2013, pp. 85-93) induirait à la fois une volonté de ne pas reproduire comme le père, mais par les faits même constatés du discours, une reproduction qui serait, elle, manifeste dans le réel.<sup>21</sup> Nous pouvons dès lors observer l'ambivalence du sujet dans ses agirs violents, contredisant le bon vouloir exprimé dans le discours de ne pas reproduire son alcoolisme ou ces violences assimilées au père.

Nous pouvons alors nous questionner sur les identifications du sujet. « Cette agressivité s'exerce certes dans des contraintes réelles. Mais nous savons d'expérience qu'elle n'est pas moins efficace par la voie de l'expressivité : un parent sévère intimide par sa seule présence et l'image du Punisseur a à peine besoin d'être brandie pour que l'enfant la forme. Elle retentit plus loin qu'aucun sévice ». (Lacan J. , *Ecrits*, 1966, p. 104) Cette imago, vecteur des agressivités violentes parentales et gravée au plus profond de la vie psychique du sujet, viendrait s'actualiser, par l'impulsivité marquée dans une société sans doute trop patriarcale et punitive (force de l'ordre, contraintes de soins, procès de justice *et cetera*).

Et enfin, « par là nous pouvons comprendre par quels ressorts structuraux la révocation de certaines *personae* imaginaires, la reproduction de certaines infériorités de situation peuvent *déconcerter* de la façon la plus rigoureusement prévisible les fonctions volontaires chez l'adulte : à savoir leur incidence morcelante sur l'imago de l'identification originelle ». (Lacan J. , *Ecrits*, p. 115) Nous pouvons dès lors postuler une possible identification (mais se rapprochant davantage du mimétisme docile que de l'identification comme destinée de l'Edipe) au père chez Monsieur J. Nous pouvons faire référence au concept d'identification à l'agresseur selon Ferenczi<sup>22</sup>, qui peut être tout à fait pertinent dans notre situation, particulièrement à propos du clivage du Moi et donc de l'introjection au père en tant qu'agresseur.

---

<sup>21</sup> Nous faisons référence ici au Réel lacanien dans les trois registres. Dans le sens où il est inaccessible, incontrôlable. (Lacan J. , 1994)

<sup>22</sup> (De Parseval, 2007)



❖ *Adaptation inévitable*

De Parseval (2007) postule, qu'à la suite d'une réponse inappropriée en situation de dépendance, le sujet se défendrait en se clivant en deux parties distinctes. Nous pouvons probablement entrevoir cela chez Monsieur J, compte tenu des potentialités traumatiques dues aux violences parentales. Il y aurait alors deux fractions. L'une « pour échapper à la douleur, une partie anesthésiée, insensible de sa psyché se détache et observe la partie souffrante et détruite comme du dehors [...]. La vie affective disparaît dans un inconscient corporel plus que représentationnel, et l'intelligence, ainsi libérée de l'affect, se dissocie du Moi pour accomplir une progression considérable. [...]. Le « faux self » protège le vrai self qu'il masque en réagissant à sa place aux carences d'adaptation et en se conformant aux demandes. » Et ce, au dépend de « l'épanouissement du narcissisme individuel ». (De Parseval, 2007, p. 127) Nous pouvons tenter de comprendre ici un des versants du clivage, celui dit « intellectualisé » qui s'exprimerait via le discours riche, mais aussi ce même versant qui serait ainsi dénué d'affect. C'est un point qui vaudra une analyse plus approfondie par la suite.

Plus loin on lit : « l'introjection vient à la place de la haine : la soumission docile à la volonté de l'autre est la transformation ultime de l'agressivité réprimée. », c'est ainsi que nous pouvons comprendre ma perplexité lorsque je m'étonnais du manque de haine chez Monsieur J, au moment où il évoquait différents « thèmes » de sa vie, comme les violences parentales ou fraternelles. C'est parce qu'il en a fait une part de sa propre personnalité qu'il ne peut haïr un objet introjecté, étant au sein même de son Moi. Nous serions ici dans la deuxième partie clivée du Moi, une partie qui se soumettrait en quelque sorte aux violences subies. Alors qu'en est-il du devenir psychotique chez Monsieur J, si l'œdipe s'est avéré impossible et que la loi symbolique n'a pu prendre place au sein de l'Autre ? Cette approche réclame nécessairement de s'appuyer sur les concepts de Racamier à propos du degré du déni – mais duquel ?

Peut-être celui du complexe de castration qui aurait dû être à l'œuvre dans la triangulation. Quoi qu'il en soit, Racamier postule que selon le degré du déni, le sujet au plus fort risquerait de fonctionner sous le mode de la psychose et au plus bas, sous le mode de pathologies narcissiques perverses (Racamier, 1992). Alors sommes-nous en présence d'un degré du déni moindre pour ne pas s'effondrer sur un mode psychotique, mais suffisant pour que le sujet agisse avec une relation ustensilaire (pervers) ?

## 2. L'ORGANISATION PSYCHIQUE DE MONSIEUR J : TENTATIVE DE MISE EN ÉVIDENCE D'UN AMÉNAGEMENT DE TYPE NARCISSIQUE

Il me semble nécessaire, en amont de ce point, d'entrevoir l'organisation psychique de Monsieur J, au travers justement des éléments émanant de la clinique, afin de comprendre pourquoi cette clinique singulière s'est déroulée ainsi. Nous allons pour cela scinder cette partie en deux points afin de s'interroger sur le fonctionnement du sujet, mais nous tenons à préciser que ces deux éléments sont complémentaires dans la tentative de compréhension.

Je me suis quelque temps attardé sur un fonctionnement psychotique au sens où je me demandais si Monsieur J, dans la clinique, nous faisait part de quelque chose de délirant, notamment au travers l'abject (Kristeva, 1980) de son récit et aussi de la manière dont il nous racontait celui-ci, c'est à dire la narration. Une narration fluente, organisée et répétée, qui me faisait penser à un délire de type persécutif d'un fonctionnement paranoïaque, car assez bien ancré dans la réalité. Cependant je pense qu'actuellement nous ne pouvons parler de psychose paranoïaque pour éclairer le fonctionnement du sujet, car le délire ne semblait pas présent. Le sujet ne s'attelait pas sans cesse à interpréter tout en corrélation avec lui et surtout ne s'attelait pas à « saturer le champ de la compréhension et de ne laisser aucune zone d'ombre » (De Mijolla-Mellor, 2007, p. 25) dans son récit. Certes le discours était fluent voire très fluent ; beaucoup d'éléments ont été abordés, mais tous ces éléments l'étaient avec parcimonie. Le sujet laissait à son interlocuteur, à chaque « thème », entrevoir une suite sans jamais la donner. Nous accorderons un point d'analyse plus poussée pour ce qui est de cette caractéristique, sous le versant d'une narration perverse.<sup>23</sup>

Nous pouvons parler chez Monsieur J d'un fonctionnement de type narcissique pour une seule raison, le manque d'altérité. Les agirs violents du sujet, mais aussi la manière dont ces récits ont été abordés, permettent d'invoquer ce raisonnement. Mais c'est aussi dans cette motion, que nous pouvons écarter la voie névrotique. Nous ne serions pas en présence d'un sujet investi vers l'extérieur, au sens libidinal du terme, mais d'un sujet qui userait de la place de l'Autre comme réceptacle d'éventuelles frustrations, dans le sens où la jouissance – et donc le principe de plaisir – serait de mise au détriment du principe de réalité (Freud, 1981).

---

<sup>23</sup> À la page 25 de ce présent mémoire.

## 2.1. De la dynamique psychopathique

Au regard de la clinique et des éléments relevés du discours du sujet, nous pouvons faire l'apologie d'un fonctionnement de type psychopathique au sens de Corval (2009), compte tenu de l'étude clinique que nous menons. En d'autres termes, un sujet comme étant dans,

[...] l'incapacité à établir des liens durables et la « froideur affective » ; l'absence de considération pour le narcissisme et la souffrance d'autrui : le recours à la décharge motrice et musculaire comme mode de résolution des tensions et mode d'obtention du plaisir ; l'impulsivité, qui signe le refus de la temporalité, du délai, de la satisfaction différée ; l'intolérance au conflit intrapsychique et son externalisation : la prévalence du narcissisme, traduit en comportement de prestance, de prestige et d'omnipotence ; la sensitive paranoïaque ; la problématique de l'identité, mal étayée, qui conduit le plus généralement le psychopathe à s'intégrer à un groupe de semblable. (Corval, 2009, p. 79)

En effet, nous avons pu le comprendre dans la clinique, il semble que Monsieur J manque, comme nous dit l'auteur, de considération pour l'autre, et ce notamment lorsqu'il évoquait son passé militaire ou son agression à l'encontre du barman. De plus, nous pouvons faire l'amalgame entre l'impulsivité manifeste du sujet et ce que Corval (2009) nous dit du « recours à la décharge motrice ». Il semble aussi important dans notre étude de mettre en évidence la « prestance » et « l'omnipotence » du sujet lorsqu'il nous montrait comment il aurait procédé pour tuer quelqu'un juste avec son pouce.

De la même façon, nous pouvons mettre en avant le comportement de prestige au sujet du « combat » en faveur des femmes et des enfants. Enfin nous pouvons aussi supposer la portée chez Monsieur J, comme il a pu lui-même le dire dans la rencontre, du temps de l'armée, ce temps semblait compter pour lui. Nous pouvons alors présumer l'intérêt du ralliement au groupe de semblables lorsqu'il était commando et aux éventuelles décharges motrices qui ont pu trouver alors pleine satisfaction.

Freud, a d'ailleurs très bien expliqué que le principe de réalité permettait aussi d'ajourner la satisfaction pulsionnelle. (Freud, 1981, p. 43) Nous pouvons admettre que ce principe ne semble pas être « au travail » chez Monsieur J, comme si cette pulsion devait

« s'abrégier »<sup>24</sup> dans l'immédiateté. Alors peut-on parler d'abréaction chez ce sujet ? Un élément de réponse se présentera lorsque nous aborderons justement le destin des pulsions.<sup>25</sup>

Alors qu'en est-il du sujet ? Comment pouvons-nous le positionner en termes structurels ? Bien entendu, la réponse ne saurait être aussi tranchée, car « ce qui est en question c'est la subjectivité du sujet, dans ses désirs, son rapport à son milieu, aux autres, à la vie même » (Lacan J. , 1975, p. 7). Et non de stigmatiser la personne au nom de sa pathologie ou encore de ses comportements violents ou « addictifs ».

❖ *Ce qui peut émaner de la psychopathie*

Cependant, il s'avère qu'un trait ou un fonctionnement chez Monsieur J pourrait se rapporter à quelque chose de plus pervers, de par le fonctionnement même de la psychopathie, sans parler de perversions adultes au sens structural du terme, mais plus d'agirs pervers. Nous pouvons dire que c'est par la narration de la violence et son apologie que se manifestent les traits pervers chez Monsieur J : manière de raconter la violence dépourvue d'affect et de prise en compte de l'autre. C'est un point qui sera davantage apprécié grâce aux concepts de McDougall (1982).<sup>26</sup>

Kristeva cite Dostoïevski « L'abject [...] il est le but et le mobile d'une existence dont le sens se perd dans la dégradation absolue pour avoir absolument rejeté la *limite* morale, sociale, religieuse, familiale, individuelle » (Kristeva, 1980, p. 25). De plus elle nous dit que « l'abjection sexuelle, morale, religieuse (serait) comme un effondrement des lois paternelles ».

Ce qui peut éventuellement être affirmé ici, c'est la position qu'adopte inconsciemment Monsieur J dans son rapport à la loi, mais aussi de toutes les autres figures comme les policiers, les gendarmes et l'armée. Et ce en tant que figures paternelles, elles appellent à la transgression de la loi et s'exprime alors la détestation de ces représentants symboliques. Nous avons pu l'évoquer dans le chapitre précédent, il est très récurrent, voire compulsivement récurrent, d'observer ces agirs transgressifs de la loi au travers du discours mais aussi via la narration, avec une certaine inscription dans la jouissance de cette transgression (Corval, 2009, p. 78).

---

<sup>24</sup> Nous faisons ici référence à la notion d'abréaction (Laplanche & Pontalis, 2009)

<sup>25</sup> À la page 27 de ce présent mémoire

<sup>26</sup> Et ce à la page 30 de ce mémoire.

## ❖ *La place des agirs dans l'aménagement de Monsieur J*

Au regard de qui a été décrit au chapitre deux, j'ai remarqué que l'agir semblait être au-devant de la réalité de Monsieur J. Par des faits de violences sur autrui, mais aussi sur lui-même (comportements addictifs), et ce dans une impulsivité marquée par les réactions juridiques et pénales qui lui ont été appliquées. Il semblerait que ces agirs soient bel et bien des impulsivités déniées de censure ou de toute autre défense permettant le contrôle pulsionnel. Elles lui auraient permis de mettre en mots ou tout bonnement permis de ne pas agir. Ce qui a été notable dans la clinique fut justement le versant juridique, le rappel à la loi qui semblait l'assommer itérativement, le sujet ne comprenant pas les raisons motivées. Cette pulsionnalité agie constatée au travers les dires de Monsieur J dans la clinique, m'ont rappelé les réactions psychopathiques en raison de ce manque de culpabilité et d'authenticité émotionnelle du sujet. Cela se traduit donc par une « froideur affective » et une « absence de considération pour le narcissisme et la souffrance d'autrui » (P. Corval, 2009, p. 79).

### **2.2. À la dynamique perverse**

Il est important de rappeler, dans notre situation, « que le trait de perversion ne s'égale pas à la structure perverse » (Castanet, 2007, p. 18). Ainsi il s'agira davantage pour nous de mettre en évidence ces traits, et aussi de comprendre leur position et leur rôle dans le fonctionnement de Monsieur J. Il ne s'agira donc pas de faire l'apologie d'une éventuelle structuration perverse qui n'aurait guère de sens dans notre réflexion.

## ❖ *La complétude de l'Autre*

« Notons que, si le pervers s'identifie à l'objet perdu, c'est dans l'Autre qu'il trouvera l'objet a, spécifiquement dans la voix impérieuse du maître qui fait jouir et jouit de faire jouir » (Castanet, 2007, p. 39). C'est dans ce sens que nous nous efforçons de mettre en avant, que la position du patient au sein de la clinique, quelle qu'elle soit, admettait et admettrait une certaine position de « maître ». Et ce dans la mesure où celui-ci, par des mécanismes pervers, notamment via le récit et la narration de ce récit, s'imposerait à nous dans notre position subjective. À nous faire percevoir cette jouissance et à nous faire jouir de quelque chose qui n'est conciliable pour nous dans « notre condition de névrosé ».

Nous pouvons présumer que cette jouissance inévitable et involontaire chez le sujet prendrait davantage place en tant que symptôme, au sein même de la clinique, comme étant une « tentative de guérison, comme un effort visant à réconcilier avec les autres les parties du Moi disjointes par l'influence du trauma et à les réunir en une puissante totalité face au monde

extérieur. » (Freud, 2012, p. 186) Consécutivement, il s'agira pour nous d'entendre cette répétition en tant que symptôme, mais aussi à ce qu'il révélerait chez Monsieur J. Nous aborderons plus loin en quoi cette narration et cette jouissance ont eu comme incidence dans la clinique.

Ajoutons à cela les propos de McDougall (1982, p. 78) sur les scénarios pervers.

Ils « impliquent une certaine manipulation du monde réel, et cela dans le but de faire jouer par un autre une partie de la réalité psychique propre à un Je – c'est-à-dire qu'ils sous-entendent un déni du postulat de l'altérité –, ils appartiennent bel et bien au théâtre de l'Impossible, mais puisqu'ils dépendent également, pour leur réalisation, du concours et de la croyance des autres, non imaginaires, ils sont soumis à la réalité externe, et donc limités par les exigences du Possible ». Nous comprenons mieux ici l'usage de « traits pervers », plutôt que de « perversion » pour ainsi décrire Monsieur J dans son système psychique, comme étant l'expression d'une souffrance interne. Mais nous pouvons aussi souligner l'importance de l'Autre non pas comme sujet total, mais bel et bien comme assujetti.

Ainsi, ce serait l'expression de cette horreur, de cet « abject » (Kristeva, 1980), qui constituerait l'objet, la forme de cette jouissance et qui viendrait prendre place chez l'Autre de manière forcée, sans que le désir de l'Autre soit énoncé, reconnu. Et c'est au travers l'identification non pas au père ou à toutes autres figures apparentes, mais davantage à une identification spéculaire à l'objet notamment dans la clinique, qu'il serait à concevoir ici.

C'est ce que nous avons pu constater dans la rencontre lorsqu'il évoquait le récit de ses cinq ans. En effet nous pouvons supposer qu'il ne s'attachait pas prendre des « pincettes normalo-névrotiques » pour parler de cette histoire. Au contraire, celle-ci fut « projetée » sans une quelconque considération de l'autre, de l'altérité, de la conservation psychique comme ferait « un névrosé ». « Le plaisir lié à la transgression est soutenu par le fantasme d'avoir réduit l'objet à l'excrément utilisable pour sa propre jouissance et le « montage pulsionnel » de son désir : l'idée d'altérité, de différence, celle des sexes et des générations, qui fonde l'accès à la réalité, est niée, déniée » (Pirlot & Pardinielli, 2009, p. 68), pouvons-nous dire aussi « forclosé » ?

La prise en compte de la (ma) subjectivité aurait pris sens dans le devenir névrotique, or ce ne fut pas le cas dans la clinique. Nous pouvons alors supposer que cette totalité n'aurait jamais été mise à l'œuvre si l'on se réfère aux concepts kleinien. Nous pouvons dès lors postuler un clivage au sein de la vie psychique chez Monsieur J. Dans un certain sens, notre

position aurait été appréhendée comme partielle, à juste titre de l'absence de considérations émotionnelles, comme si il méprisait l'objet. Nous pensons ici aux précautions d'ordre émotionnel que l'on attendrait à l'abord de tels récits violents, comme des sanglots, des évitements, une certaine anticipation à l'égard de l'autre, un contrôle afin de minimiser l'anxiété que pourrait générer une telle histoire.

Comme il en était question tout à l'heure, ce qui pourrait constituer un autre « trait pervers » chez Monsieur J, est sa capacité ou peut-être son stratagème à me laisser dans le doute, dans le flou consécutivement à chaque thème violent de son histoire durant la narration. En effet, rappelons que le sujet durant les deux entretiens abordait rapidement les récits violents, son frère qui l'avait poignardé, ou sa mère qui le frappait. A chaque « thème » pouvons-nous dire, le sujet me laissait dans l'errance, m'inscrivant ainsi dans un sentiment « d'inquiétante étrangeté ». (Freud, 1985) Ressenti qui ne me laissait pas serein et qui fut aussi, point de départ de multiples doutes et questionnements au sujet de Monsieur J.

Peut-on alors postuler qu'au moment primordial de l'accession à la réalité de Monsieur J, une étape s'est vue fixée à un moment clé, admettant l'apparition de traits pervers comme destin ? Après tout, ne pouvons-nous pas postuler que l'ensemble de ses manifestations, comme les agirs violents, les discours dénués d'affect et de différence, *et cetera*, ne sont pas le seul moyen d'éviter le trou psychotique ?

#### ❖ *Les éléments qui font tenir*

F. Perrier montre que les sujets psychosomatiques « n'ont que leur corps pour témoigner d'un désir de vérité [...] qui sert de support au sujet pour savoir s'il a une raison d'être, de croire ou de désirer », car n'aurait pas « d'aptitude à devenir fou ». Ainsi « c'est l'ordre du corps biologique qui fait loi lorsque la loi se révèle incapable de rendre compte au sujet de sa vérité de sujet désirant ». (Perrier, 1984, p. 216)

Nous pouvons supposer ici que Monsieur J aurait été, et est, dans un aménagement quel qu'il soit, psychopathe ou autre, dans un seul but. Ce but, éviter l'effondrement psychotique, à défaut du Nom-Du-Père et de tout ce qui fait sens. Le sujet deviendrait alors malade somatiquement.

Pouvons-nous entendre que Monsieur J réaliserait une « Père-version » au sens lacanien, en prenant la place du Père réel avec la position d'omnipotence que cette place admettrait, et se confronterait ainsi à la figure du père pour s'y opposer ? Je fais ici référence

aux figures paternelles, aux registres de la loi, que peuvent représenter les gendarmes, les policiers et l'armée.<sup>27</sup>

L'agir « serait la marque d'une impuissance à métaboliser les tensions par la voie psychique qu'elle utilise le symptôme névrotique ou qu'elle empreinte l'hallucination ou le délire psychotique. L'agir atteste donc de la présence persistante chez le psychopathe d'une homéostasie mentale archaïque, basée sur la décharge de toute tension psychique par la « voie motrice » (Chartier cite Freud) et révélatrice de la faillite des processus de symbolisation chez lui. » (Chartier, 2003, p. 103) Tout ce qui aurait fait sens serait alors rejeté sous le versant défensif. Nous pouvons d'ores et déjà entrevoir la répétition interminable des agirs quels qu'ils soient. Ainsi la jouissance de la transgression<sup>28</sup> des lois (paternelles, sociétales *et cetera*), traduirait une nécessité, l'apaisement d'une pulsion.

### 3. MONSIEUR J, OÙ LE MODE DE RELATION ALEXITHYMIQUE

Peut-on considérer les agirs agressifs et immédiats comme nous l'avons avancé, comme des tentatives d'abréactions des pulsions internes mais vaines, car répétées ?

#### 3.1. Le destin des pulsions

Ce qui me semble important dans la clinique de Monsieur J, et nous souhaitons en faire un point d'honneur dans notre tentative de compréhension des phénomènes de l'agir, est la prégnance de la répétition dans bien des situations et dans bien des formes et origines. Nous entendons par là que cette « tendance à l'agir répété », nous semble tout à fait caractéristique de ce que Freud (1981) a pu mettre en évidence aussi bien chez le sujet névrosé, mais aussi chez tout autre sujet non névrosé. En d'autres termes quelle serait la place accordée aux répétitions de Monsieur J dans sa solution psychique ? Répétitions de consommations et répétition de ses « passages à l'acte » violents.

---

<sup>27</sup> Rappelons que monsieur J agressait très tôt son père. De plus, il était courant chez Monsieur J de faits de violences envers les figures susnommées.

<sup>28</sup> (Lacan J. , Le séminaire, livre VII, l'éthique de la psychanalyse, 1986)

### ❖ *L'impulsivité au-devant de la scène*

« ...il est clair que l'objet propre à la satisfaction se situe psychiquement dans un espace immédiat où il n'est plus qu'à le saisir. [...], le psychopathe, non contenu par les exigences intériorisées du Surmoi, ne connaît pas d'inhibitions capables de faire obstacle aux exigences pulsionnelles tendues vers leur seule satisfaction. » (Corval, 2009, p. 235) Le Surmoi étant le produit de la résolution œdipienne, il semblerait de nouveau que celui-ci est en somme « absent » ou trop faible. Sous couvert de traits pervers, nous pourrions avec ce que dit Lacan qui cite Freud dire que, « La perversion serait une pulsion non élaborée par le mécanisme œdipien et névrotique, une pure et simple survivance, la persistance d'une pulsion partielle irréductible ». (Lacan J. , 1994, p. 120) Nous pourrions dès lors supposer que l'Œdipe semblerait être déchu chez Monsieur J.

De plus et c'est aussi ici que nous pouvons tenter de comprendre les addictions de Monsieur J, « Cet être (drogues, alcool...), sera appelé à remplir la fonction « transitionnelle », et sera destinée à rendre au sujet le sentiment d'être « réelle, vivant, valable, destiné enfin à colmater des trous dans le Je, trous de sens en ce qui concerne sa propre identité et sa façon de penser le monde » (McDougall, 1982, p. 86). Nous pouvons supposer que les consommations permettraient aussi de faire face aux déceptions de la vie, mais avec une propension paroxystique dans le cas du patient.

### ❖ *Un corps mis à rudes épreuves*

Freud dit que « la « pulsion » nous apparaît comme un concept-frontière entre le psychique et le somatique », « le but de la pulsion est toujours la satisfaction » (Freud, 2012, p. 66) Nous pouvons ajouter avec égard, que les consommations autrefois massives chez Monsieur J ont pu lui permettre de se maintenir dans une certaine homéostasie psychique via le corporel, grâce à l'introjection (produit) qui viendrait lui signifier d'une frontière.

Pouvons-nous aussi dire – et ce en lien avec les traumatismes survenus dans l'enfance que « tout trauma réel viendra, dès lors, activer cette désunion (entre autoconservation et sexualité) que la jouissance addictive tentera de « suturer », par un excès quantitatif « en deçà » de toute symbolisation et « au-delà » du principe de plaisir » (Pirlot, 2010, p. 53)

Mais, compte tenu de la baisse des consommations et de la baisse des violences, qu'en est-il aujourd'hui de la suppléance ? Quels éléments « font tenir » Monsieur J ? Quelle est la place de cette relation que nous supposons incestuelle, compte tenu de la forte proximité et des effets de cette relation sur Monsieur J avec cette sœur ? Nous pouvons dès lors supposer que la

symbolique qu'incarne la petite sœur viendrait boucher le trou dans le Je du sujet aux prises avec le réel. Pouvons-nous comprendre l'importance de cette figure pour le sujet, comme étant une personne d'étayage pour le Moi de Monsieur J, qui sous sa violence omnipotente, montre finalement une véritable faiblesse narcissique.

❖ *La destinée et la vanité de la pulsion*

Mais pour en revenir sur notre thème de la répétition, en articulation avec ce que Freud disait du jeu des enfants (Freud, 1981, p. 93), la répétition chez Monsieur J ne serait-elle pas inscrite dans un processus perpétuel mais vain de s'approprier, d'assimiler de manière active ce qui a été vécu dans la passivité, les événements pénibles, autrement dit : les traumatismes ?

Comme nous avons pu le voir en amont, ce qui est caractéristique de la compulsion de répétition et Freud l'a tout à fait bien argumenté avec divers exemples c'est que, « ... dans les phénomènes de transfert chez les névrosés peut être retrouvé dans la vie de certaines personnes non névrosées. Celles-ci donnent l'impression d'un destin qui les poursuit, d'une orientation démoniaque de leur existence, [...] un tel destin était pour la plus grande part préparé par le sujet lui-même et déterminé par des influences de la petite enfance ». (Freud, 1981, p. 66) Nous pouvons ainsi faire lien éventuel avec ce que l'on peut arguer entre la petite enfance submergée d'événements potentiellement traumatisants, d'agirs violents et de perversions, et la « destinée » presque inévitable de Monsieur J à agir de même. Fort remarquable en termes de conflit au sein de la vie psychique de Monsieur J, l'importance (au moins dans le discours) de ne pas reproduire cet immanquable : « *je ne veux pas reproduire comme mon père* ».

### **3.2. Le destin des affects**

Laplanche et Pontalis (2009) soulignent, en outre, que pour Freud « toute pulsion s'exprime dans les deux registres de l'affect et de la représentation »

❖ *Un discours qui sature la compréhension*

Cette pulsionnalité agie constatée au travers les dires de Monsieur J dans la clinique, m'a de nouveau rappelé les réactions psychopathiques, justement par le manque de culpabilité

et donc d'affect en « vrai-self »<sup>29</sup> de Monsieur J. C'est cette sorte de « froideur affective » (P. Corval, 2009, p. 79), qui nous intéresse depuis.

Ce qui est, en somme, important dans l'analyse de cette clinique, ne serait pas ce qui est énoncé, c'est-à-dire les faits. Car nous nous acharnons à voir quelque chose d'autre qui n'est pas saturé par le discours, même si, comme nous avons pu le démontrer, le discours lui-même avait vocation à véhiculer une certaine qualité de la vie psychique de Monsieur J. Mais c'est bel et bien au-delà de ce qui est formellement dit qui nous intéresse, ce qui n'est pas dit : l'affect.

Pour commencer, un fonctionnement normalo-névrosé, soumis à l'ordonnance surmoïque de la culpabilité, de la protection de soi et de l'autre dans sa dynamique singulière aurait tendance au moins à s'efforcer d'apaiser, voire d'alléger le discours et donc la narration, afin de ne pas heurter l'autre dans son innocente altérité. La censure aurait été sûrement plus à l'œuvre chez une personne considérant l'autre dans ses aspects affectifs. Or ce n'est pas le cas, comme nous avons pu le démontrer. Pour rappel, il semble que le patient établirait avec l'autre un type de relation qui constituerait le trait principal de sa perversité. Son discours répétitif et désaffecté traduirait-il une impossibilité de mise en sens, d'élaboration, de conscientisation de quelque chose qui n'aurait pas fait sens chez lui et qui chercherait à faire sens chez l'autre ?

#### ❖ *L'affect terrassé de la psyché*

Peut-on alors considérer l'absence d'égard pour l'affectivité de l'autre comme une absence d'identifications œdipienne comme nous le dit Lacan ? « Ainsi l'identification œdipienne est celle par où le sujet transcende l'agressivité constitutive de la première individuation subjective. Nous avons insisté ailleurs sur le pas qu'elle constitue dans l'instauration de cette distance, par quoi, avec les sentiments de l'ordre du respect (et donc la loi), est réalisée toute une assomption affective du prochain » (Lacan J. , 1966, p. 117). Serait-ce pour cela que Monsieur J, ne serait pas dans des considérations d'altérités et de reconnaissances subjectives de la réalité de l'autre, par le fait même de délivrer des récits violents dans le réel, sans prendre précautions à l'égard du psychisme de l'autre ?

---

<sup>29</sup> Je fais référence ici, aux propos de Winnicott sur le vrai et le faux self (Lefèvre, 2013) et ce dans la dynamique du traumatisme et de ses avatars.

Pour la question du destin de l'affect, il est bon pour la clinique d'approcher les concepts de McDougall. Monsieur J serait dans « cette forme de fonctionnement psychique dans laquelle des idées conflictuelles et des affects douloureux ne sont ni refoulés ni contre-investis, mais immédiatement éjectés hors de la psyché par [...] des actions et réactions (qui tendraient) à prendre le pas sur l'élaboration mentale [...], (et s'exprimerait) uniquement dans un agir immédiat et répétitif ». (McDougall, 1982, p. 134) C'est dans ce sens que nous pourrions traduire les divers comportements addictifs de Monsieur J, mais aussi ses diverses actions violentes impulsives et encore la façon dont s'est déroulé l'entretien. C'est ce qu'a pu nommer McDougall (1982, p. 136) de ces agirs comme étant des « actes-symptômes » venant signifier un mode de réponse dénué d'élaborations mentales. Dans un certain sens, parler pour Monsieur J ne serait-il pas la nécessité fondamentale dans sa solution psychique de se dire qu'il existe ?

Nous pouvons aussi nous interroger sur le fait que les parents eux-mêmes auraient pu induire plus ou moins consciemment – via les perversions parentales, notamment – qu'il n'est pas recommandé d'éprouver des émotions au sein de la famille. Les parents transmettraient alors à l'enfant, l'idée d'un détachement forclusif des émotions.

#### ❖ *La pulsion traduction de l'affect*

Il a été question, à un moment de notre réflexion d'*infans* ; peut-être pouvons-nous prétendre, avec McDougall (1982), que de la même manière que l'*infans* est par définition alexithymique, le sujet devenu alors adulte serait toujours dans cette fixation infantile de sa psyché qui le maintiendrait à ne pouvoir concilier représentation avec affect ? L'auteure nous dit que « ceci ressemble à un arrêt du développement, ou à une défense massive contre toute vie affective ». (McDougall, 1982, p. 201) Nous pouvons autant dire que cet affect pourrait être considéré par l'instance Moïque du sujet, comme étant quelque chose d'intolérable et qui par ce fait même, doit être immédiatement éjecté hors de la psyché via le soma. Les réactions impulsives, via le corps, traduiraient alors des affects débordants et insoutenables pour le sujet. Et à défaut de défenses suffisamment matures, celui-ci éjecterait ces éléments inconciliables (car trop douloureux) vers les consommations et les agirs violents d'impulsivité. C'est sans doute cet affect que l'on pense perdu quelque part, qui se retrouverait et s'intégrerait dans cette voie prédominante, qui est celle de la pulsion.

Nous l'avons bien vu, et Mc Dougall (1982), comme Freud nous l'on pertinemment démontré, le concept d'affect et le concept de la pulsion se trouveraient être « à mi-chemin entre le somatique et le psychique ». Ainsi nous pourrions aussi bien dire que l'affect chez

Monsieur J, qui ne semble pas s'exprimer au sein de la clinique, s'exprimerait dans les pulsions addictives et agressives. L'auteure nous parle aussi d'affect forclos mais qui serait récupérable et notamment chez l'autre. Nous pouvons dès lors postuler que c'est au travers de l'autre et dans ses éprouvés que nous qualifierons de « névrosés », que le sujet chercherait dans la scène de l'autre, cet affect qui lui fait toujours défaut ou du moins qu'il ne peut lui-même récupérer. C'est peut-être ce qu'il a pu tenter de faire chez moi, lorsque je fus stupéfait.

❖ *Les mots et leurs non-sens.*

Cette parole, nous pouvons tout aussi bien la qualifier de libératrice pour le sujet, mais peut-on admettre qu'une parole dénuée d'affect permettrait la décharge ? Il s'agirait dans ce cas-là, d'une éventuelle décharge émotionnelle qui s'accompagnerait de représentations (de mots, de choses), or dans la clinique ce ne fut le cas. De plus nous avons bien compris depuis, que la parole de Monsieur J se trouvait être inscrite dans la redondance est par ce fait même, nous pouvons constater que quelque chose n'aurait fonctionné, ne serait à l'œuvre, le but visé ne sera donc jamais été atteint, celui de rallier l'affect à la représentation.

Nous pouvons maintenant comprendre pourquoi le sujet n'était pas dans des considérations d'altérité durant la rencontre. Car nous pouvons penser qu'un sujet ayant forclos l'affect, ne pourrait de la même manière considérer celui-ci chez l'autre. « C'est la relation « opératoire » par excellence », nous dit McDougall. (1982, p. 197)

« Les mots restent, bien entendu, à la disposition du sujet (à l'inverse de ce qui se produit dans la fabrication de la pensée psychotique) et ce sujet est en mesure de les manier adroitement, voire avec brio intellectuel. Mais de tels mots demeurent des objets sans impact, exsangues, pour celui qui les prononce. Quant à ceux qui les entendent, la résonance du vide les étourdit parfois. » (McDougall, 1982, p. 213) C'est ce que nous allons démontrer par la suite.

### **3.3. Le contre transfert ou la tentative de symbolisation**

Enfin et pour faire lien avec le point suivant, l'auteure nous amène à penser que c'est d'emblée par les processus contre-transférentiels (d'éprouvés) que l'on repèrerait la pensée opératoire.

❖ *L'abject*

Ce qui a pu faire effraction au sein de la clinique est cette « sorte de *crise narcissique* » que nomme Kristeva comme étant de l'abjection, qui est le point de départ de ma réflexion comme j'ai pu vous en faire part au sujet de l'inquiétante étrangeté en amont de ce chapitre. De plus l'auteure nomme abject, ce qui de fait serait aussi une forme à la jouissance. L'abject est « ressource au non-moi, à la pulsion, à la mort. » (Kristeva, 1980, p. 22)

Nous pouvons aussi postuler chez Monsieur J que « l'abjection lui tient alors lieu d'autre, au point de lui procurer une jouissance, souvent la seule pour le *borderline*, qui de ce fait transforme l'abject en lieu de l'Autre » (Kristeva, 1980, p. 65). C'est dans ce sens que nous nous efforçons de comprendre que la position d'Autre dans sa solution psychique lui fait aussi tenir quelque chose et que la dimension d'altérité ne lui est pas nécessaire, dans le sens où dans la répétition, celui-ci tentera en vain, de mettre en sens de manière active ce qui a pu être éprouvé par la passivité dans le passé, le trauma.

« Le concept d'identification [...]. Ce processus, lié à celui de clivage, est un phénomène à la fois intra-personnel et interpersonnel. Le patient utilise ses fantasmes et problèmes propres pour induire chez les autres des réactions affectives. [...] ce sont les autres qui deviennent « affectés » » (McDougall, 1982, p. 209) C'est dans ce sens que tout au long de l'élaboration de ce présent travail depuis l'écriture des premières idées jusqu'à la fin, je me suis aperçu que cette situation rencontrée a eu beaucoup d'impacts comme j'ai pu vous en faire part durant ce chapitre.

L'abjection qui se manifeste via la narration serait en quelque sorte un des avatars de l'échec de mise en sens qui le condamnerait à errer, par l'échec même des lois paternelles à défaut du Nom-Du-Père. Le patient serait alors aux prises avec cet impossible mise en sens, de quelque chose qui viendrait lui signifier qu'il existe et qu'il est un sujet désirant.

### *SYNTHÈSE DU CHAPITRE TROIS*

C'est au travers d'une problématique portant sur la répétition, que nous nous sommes appliqués à mettre en évidence un fonctionnement de type psychopathique chez monsieur J. Ce même fonctionnement admettrait l'apparition de traits pervers, qui se sont exprimés dans la clinique par la non considération de l'autre. La manifestation dans le réel des impulsivités nous a permis de constater à la fois l'absence d'altérité et le clivage du Moi. Enfin, la tentative répétée de concilier l'affect avec la représentation nous ont donné à voir que celui-ci était comme forclos de sa vie psychique.

## POUR CONCLURE

C'est en tenant compte de l'ensemble des manifestations symptomatiques de Monsieur J, mais aussi en tenant compte des réactions contre-transférentielles, que j'ai été amené à avancer l'hypothèse d'un fonctionnement narcissique de type psychopathique avec apparition de traits pervers comme mécanisme de défense. L'ensemble de ces manifestations semblent venir traduire une errance manifestée d'une symptomatique d'agirs impulsifs, constituée de violences agies, de violences exprimées, de toxicomanies et par ces faits mêmes, d'absence d'affects.

Ce mémoire m'a permis de m'interroger sur ma place en tant que stagiaire mais aussi en tant que futur psychologue. J'ai pu comprendre que cette position exigeait de moi, de laisser une place à l'autre, mais exigeait aussi d'apprécier une distance nécessaire pour ma propre continuité d'existence.

Nous pouvons en outre, rappeler que certains points appréciés dans le chapitre deux, n'ont pas été davantage élaborés dans l'analyse. Il s'agit notamment de la thématique autour de la petite sœur du sujet. Il est vrai que nous avons postulé que cette petite sœur admettait en quelque sorte, un étayage pour le patient. Mais quand est-il pour monsieur J ? En d'autres termes, quel aménagement a-t-il pu trouver dans son rapport avec cette petite sœur ?

Ces questionnements m'infèrent aujourd'hui une volonté d'élargir cette étude jusqu'à présent menée, autour d'une interrogation sur le fonctionnement même de la psychopathie. Cet aménagement pervers que nous avons pu mettre en évidence ne viendrait-il pas constituer d'un sous ensemble de la psychopathie ? N'existerait-il pas d'autres traits dans le fonctionnement psychopathique ? Un aménagement autre que pervers, pourrait-il concéder une meilleure emprise des pulsions destructrices spécifique à la psychopathie ?

## BIBLIOGRAPHIE

- Castanet, D. (2007, Janvier). Symptôme et perversion, L'en-je lacanien. *Cairn*(8), pp. 21-43.
- Chartier, J.-P. (2003). *Guérir après Freud, psychoses et psychopathie*. Paris: Dunod.
- Corval, P. (2009). *Violence, psychopathie et socioculture*. Paris: L'Harmattan.
- De Mijolla-Mellor, S. (2007). *La paranoïa* (éd. 2e). Paris: Presses universitaires de France.
- De Parseval, C. (2007). De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux self. *Cairn*(189), pp. 121-141.
- Freud, S. (1981). *Au-delà du principe de plaisir*. (J. Laplanche , & J.-B. Pontalis, Trads.) Paris: Payot.
- Freud, S. (1985). *L'inquiétante étrangeté*. Paris: Editions Gallimard.
- Freud, S. (2012). *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*. (J.-P. Lefebvre, Trad.) Éditions Points.
- Freud, S. (2012). *Pulsions et destins des pulsions*. (O. Mannoni, Trad.) Paris: Editions Payot & Rivages.
- Freud, S. (2013). *Trois mécanismes de défense*. (O. Mannoni, Trad.) Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Kristeva, J. (1980). *Pouvoirs de l'horreur, Essai sur l'abjection*. Paris: Editions du Seuil.
- Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1975). *Le séminaire I, les écrits techniques de Freud*. (J.-A. Miller, Trad.) Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1986). *Le séminaire, livre VII, l'éthique de la psychanalyse*. (J.-A. Miller, Trad.) Paris: Éditions du Seuil.

- Lacan, J. (1994). *Le séminaire livre IV, La relation d'objet*. (J.-A. Miller, Trad.) Paris: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1998). *Le séminaire V, Les formations de l'inconscient*. (J.-A. Miller, Trad.) Paris: Éditions du Seuil.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* (éd. 5e). Paris: Presses universitaires de France.
- Lefèvre, A. (2013). *100% Winnicott* (éd. 2e). Paris: Eyrolles.
- Martin-Materra, P. (2013). Cours de psychologie clinique. (p. 25). Angers: Université Catholique de l'Ouest, Institut de Psychologie et de Sociologie Appliquées.
- McDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Editions Gallimard.
- Perrier, F. (1984). *Les corps malades du signifiant*. Paris: InterEditions.
- Pirlot, G. (2010). *Psychanalyse des addictions*. Paris: Armand Colin.
- Pirlot, G., & Pedinielli, J.-L. (2009). *Les perversions* (éd. 2e). Barcelone: Armand Colin.
- Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines, psychanalyse et psychoses*. Paris: Éditions Payot & Rivages.

**Rapport-Gratuit.com**

