

# Compulsions sexuelles : quel paradigme choisir?

jean-yves roy<sup>1</sup>

L'auteur présente six vignettes cliniques de personnes souffrant de compulsions sexuelles, problèmes se situant aux confins des pathologies sexuelles et des maladies addictives. Ces vignettes illustrent la nécessité, pour laquelle plaide l'auteur, de recourir à l'interdisciplinarité, d'élargir les concepts psychanalytiques, afin de mieux comprendre certaines souffrances liées aux conduites addictives que l'état actuel des connaissances théoriques et cliniques ne permet pas d'éclairer suffisamment.

Quand le docteur X. réclame, pour Jérôme, une opinion urgente, il explique brièvement que ce dernier vient de passer trois semaines dans leur centre de désintoxication. Or, Jérôme ne répond pas tout à fait au profil classique de ce centre. On ne sait plus trop que faire à son sujet, on souhaite dégager des pistes d'intervention; on désire des éclaircissements.

La demande initiale n'a rien d'exceptionnel, selon les propos du médecin qui m'adresse la requête. Jérôme s'est retrouvé chez eux sous les pressions de sa famille. Il était alors embourbé dans une dépendance sévère à la cocaïne, étalée sur plusieurs années. L'entreprise familiale est florissante, mais Jérôme, l'un des piliers de cette entreprise, y joue un rôle de plus en plus ambigu. Sa consommation, capricieuse et excessive, inquiète cette famille de marchands. Au vu du laxisme de sa gestion, on veut savoir si Jérôme est encore fiable. Le docteur X. est incapable de répondre à cette question. La consommation, certes, représente un problème, mais quelque chose de plus se passe que mon collègue ne saisit pas encore très bien.

Au centre de désintoxication, on s'interroge : Jérôme s'intègre mal aux groupes, il s'isole trop et, malgré les efforts d'une équipe dévouée, le jeune homme demeure déprimé, bougon, anhédonique. L'un des objets de la consultation est de savoir si Jérôme ne bénéficierait pas d'un antidépresseur.

Un membre de l'équipe de soins a signalé, lors d'une récente réunion, que Jérôme avait peut-être aussi des pratiques sexuelles particulières. Le docteur X. ne sait trop que penser de cette remarque, puisque Jérôme refuse de se confier à lui, l'associant de trop près à sa famille tutélaire, mais il croit que cette avenue mériterait peut-être une certaine exploration.

Le jeune homme de 32 ans qui se présente à la rencontre est timide et réservé. Au premier contact, je le trouve même un peu schizoïde. Il parle peu, je le sens fragile et méfiant; il évalue sans cesse les risques de la situation. Selon toute vraisemblance, Jérôme espère ainsi barrer la route à son monde intérieur.

D'entrée de jeu, ce type de méfiance pose problème à celui qui veut, dans une telle situation, intervenir comme thérapeute. En effet, la maladie addictive, de

façon générale, érode sérieusement l'emprise du malade sur sa vie. Asservi à la substance ou à la situation psychoactive, le malade en a fait le centre de sa vie. Toutes ses énergies convergent vers cette activité — jeu, prostitution, culte — ou cette substance — alcool, cocaïne, héroïne — et, au moment où il consulte un centre spécialisé de troisième ligne, il a perdu le contrôle de son existence. Mais, en même temps, cette perte d'emprise, cette aliénation s'éprouve comme une blessure narcissique profonde. Et le malade réclame d'autant plus sa liberté qu'il ne l'a plus. Il proteste d'autant plus contre toute ingérence extérieure que la gestion intérieure, précisément, lui fait défaut. On peut donc être tenté, pour s'allier le malade, de lui promettre une totale liberté. Mais cette prétention est périlleuse. De plus, elle évite de confronter une autre évidence bien plus fondamentale : celle de la blessure narcissique reliée à la perte d'emprise.

Avec Jérôme, j'évite donc, dès ce premier piège, de prendre parti contre la famille ou contre le centre de désintoxication. Et j'aborde directement avec lui la souffrance dans laquelle il se trouve de ne plus savoir gérer sa vie. Je lui explique que je peux difficilement me fier à lui-même si je compatis avec cette situation où l'on arrive à se méfier de chacun, parce que l'on ne sait plus se fier à soi-même. Comme en diverses circonstances similaires, Jérôme saisit que mon commentaire cherche à poser la confiance entre nous comme une construction dont nous devons maintes fois, en cours de route, évaluer la solidité.

Il entreprend donc de m'expliquer qu'il se sent isolé depuis l'enfance, depuis, entre autres, la mort tragique de sa sœur au Moyen-Orient. Il n'a jamais su nouer une relation de quelque durée avec un quelconque partenaire de vie. Bien sûr, il a des relations d'affaires, des contacts à distance, des compagnons de consommation, mais aucune démarche d'intimité.

Certains soirs, il téléphone à l'agence; on lui envoie une escorte. Pourtant, m'explique-t-il tranquillement, ce n'est pas pour les excès que je fais d'un point de vue moral. Avec les filles qu'on lui envoie, il parle, il écoute, il paie, un point c'est tout.

La dernière en lice s'appelait Mathilde. Mais, tout d'abord, elle s'appelait Cindy. Elles s'appellent toutes Cindy. Il l'avait appelée un soir comme ça : un soir qu'il s'ennuyait. Il l'avait écoutée, mais il avait aussi parlé, parlé de la guerre, raconté comment, pour venger sa sœur, il était devenu milicien puis chef de faction. À vingt-quatre ans, il avait sous ses ordres plus de deux cents hommes de main. Il possédait une auto, on lui offrait une vie de luxe : hôtels quatre étoiles, de nouvelles femmes dans son lit chaque soir, la cocaïne à volonté. Il en consommait abondamment, jusqu'à 3 grammes par jour, quelques fois même des excès à 8 grammes, une dose quasi létale. Jérôme ne pleure pas, il est un vrai guerrier, mais il m'explique que telle est, dans son esprit, la contrepartie de cet abîme de morts, de bombes, de mines, d'enfants déchiquetés qu'on appelle la guérilla.

Mathilde, pour sa part, venait de l'inceste, de l'abus, du pays de la femme bafouée. Elle n'avait pas connu les bombes. Mais elle avait aussi perdu une sœur. Non pas dans les replis d'une guerre quelconque. Mais dans l'étrange fascination de l'héroïne.

Elle s'était dévêtue, il l'avait regardée longuement, caressée gentiment. Il n'était pas allé plus loin, pas ce soir là, il ne souhaitait pas meurtrir sa chair d'une nouvelle injure. Elle s'était permise de pleurer, phénomène rare dans le monde de la prostitution. Elle avait doucement pleuré, pas de tristesse mais d'une espèce de nostalgie particulière : comme lorsqu'on imagine à quoi la vie aurait pu ressembler. Si, seulement si...

Puis elle était repartie, sans amertume. Le lendemain, elle avait rappelé Jérôme, lui expliquant à quel point elle avait été touchée par son écoute, à quel point elle avait éprouvé, avec lui, une sorte de parenté profonde. Elle ne s'appelait pas Cindy : elle s'appelait Mathilde. Voudrait-il la revoir? par amitié, sans but de lucre, juste pour dire, juste pour raconter leur passé balaféré.

C'est ce jour-là, très précisément, que Jérôme a décidé de consulter son médecin, puis, de là, le centre de désintoxication.

### **Jérôme, malade de l'intimité**

Il est certainement difficile, en pareilles circonstances, de préciser les zones d'importance dans le discours. Nous avons évoqué, plus haut, l'enjeu narcissique de la perte d'emprise sur son existence; il y aurait également à dire sur l'urgence et la fragilité de la présentation. Soulignons encore autre chose : c'est au moment où Mathilde le rappelle que Jérôme se désorganise, que sa détresse transparait, qu'il réclame, tout à coup, de l'aide de la part d'un médecin. Comme si, lui offrant de la relation, Mathilde devenait menaçante, troublante, peut-être, ou subversive; inquiétante ou révélatrice.

D'un point de vue superficiel, cet hiatus surprend. Jérôme a, depuis plusieurs années, organisé une illusion qui sait faire mirage : la multitude des relations intenses, denses, extrêmes qu'il entretient avec des partenaires du même extrême peut, un temps, donner l'illusion de l'intimité. La sensation qu'il se procure peut se confondre avec de l'émotion. Cette pratique du sensationnel est cependant codée et prévisible. La réponse de Mathilde, une réponse qui renvoie Jérôme au registre de la relation, force le bris de ce code, fait éclater le rite.

Dans le cadre habituel des pathologies de l'extrême, une telle constellation n'est pas rare. La fréquentation de l'excès vise davantage la distraction que la rencontre avec soi. À plus d'un titre, elle contourne même systématiquement cette rencontre, l'évite, l'escamote ou la désavoue.

L'enfance de Jérôme, faite de douleurs et de déchirements en cascades dans un pays balaféré par la guerre, explique en partie ce refus de l'intime susceptible de prévenir le retour du refoulé. Comme bon nombre d'anciennes victimes d'abus infantiles, Jérôme a développé ce qu'il convient d'appeler une pathologie de l'extrême dont on retrouve plusieurs manifestations cliniques dans l'addiction aux substances psychoactives (Courtois, 1988; Kluff, 1992), les compulsions sexuelles (Carnes, 1983, 1991; Schwartz, 1992; Goodman, 1993, 1997; Irons, 1997), les dépendances dogmatiques (Halepin, 1983, 1997; Roy, 1998), les sports extrêmes,

ou la recherche de sensations fortes (Zuckerman, 1972; Adès, 1995; Cloninger, 1987, 1993, 1996)<sup>2</sup>. Au sein de ces organisations psychologiques, la sensation forte, agie de façon compulsive, ne fait pas que barrer la route à l'expérience de l'intime : elle s'y substitue, en tient éventuellement lieu. Dans le contexte de la thérapie, où l'ouverture à l'intimité de la confiance est interpellée, cette surenchère de la distraction peut facilement faire butoir. Comment, en effet, proposer l'intimité du transfert sans provoquer l'excès de la conduite? À défaut de reconnaître précocement cette pierre d'achoppement et de préciser d'entrée de jeu une règle d'abstinence particulière – nommément le droit convenu d'interpréter toute consommation comme une fuite – le risque d'une impasse viendra contaminer l'espace d'une parole qui veut fuir la mémoire.

La question, cependant, de savoir précisément à quoi attribuer cette quête de l'extrême, n'est pas encore totalement élucidée. Tout comme on ne sait pas encore précisément comment utiliser, en pratique, la profonde similitude entre les compulsions sexuelles et les diverses compulsions de la famille addictive. L'étude d'une telle question dépasse le cadre du présent article : nous tenterons simplement ici d'élucider la contribution du concept de compulsion sexuelle à la clinique de cet extrême.

### **Déviance, perversion, paraphilie, addiction**

Les excentricités de la conduite sexuelle humaine intriguent depuis longtemps les cliniciens et les philosophes. À la fin du siècle dernier, les sociétés débattaient de ces questions en termes moraux et moralistes, condamnant diverses conduites comme socialement abjectes et en tolérant certaines autres comme implicitement inévitables. Il n'est donc pas étonnant de constater que les premières réflexions théoriques sur la question aient abordé le problème en termes de déviance et, très rapidement, en termes de délinquance. Au plan clinique, toutefois, les limites de ces classifications sont évidentes. Une fois dressé le catalogue des aberrations, une fois aménagées les peines attachées à chacune des contraventions possibles, les outils de compréhension demeurent ici insignifiants. Le clinicien doit donc se tourner vers d'autres horizons.

C'est sans doute pourquoi un second paradigme s'est développé, au début de ce siècle, sur le terreau cette fois de la psychanalyse, il s'agit du concept de perversion. Ce que cette notion souligne au-delà de tout, c'est la difficulté, pour le sujet, de prendre en compte la totalité de l'autre.

Ce paradigme a donné naissance à une longue recherche sur la perversion fondamentale, celle à compter de laquelle on aurait pu interpréter toutes les autres. Le fétichisme a plusieurs fois joué ce rôle, servant de modèle de la réduction de l'autre qui préside, dans tous les cas, au choix pervers. D'autres auteurs se sont intéressés au sadomasochisme, y voyant un modèle de caricature des rapports de force et de pouvoir qui viennent, dans le cas de la perversion, gauchir la relation d'intimité. La transmutation en rapport d'emprise ou de contrainte. Cette avenue a

permis, en particulier, de souligner l'importance des scénarios prévisibles dans la relation perverse. On a également pu illustrer l'importance de la douleur comme voie d'évitement de la souffrance, du deuil ou de la castration.

Certains travaux, enfin, ont souligné que la nécrophilie pouvait ici servir de modèle ultime, le cadavre de l'autre servant, cette fois, de modèle rassurant d'un autre incapable de s'enfuir, de refuser ou de quitter le sujet. Un autre devenu caricature de l'immobile.

Au cours des années 1980, l'Association américaine de psychiatrie (1994) a tenté de substituer, à ce second paradigme de la perversion, celui de la paraphilie. L'intention de cette proposition est noble. Elle est marquée de l'influence des diverses législations sur les droits de la personne. Il fallait, dans un premier temps, évacuer le préjugé relatif à l'homosexualité. En parlant de paraphilie, on soulignait, essentiellement, le droit de chacun à aimer ce qu'il préférerait. Et on interdisait au sujet de juger son prochain. Ce paradigme triomphe dans le présent manuel statistique et diagnostique de l'association américaine. Il évacue, comme dans d'autres secteurs, toute influence psychodynamique pour s'en tenir à un discours descriptif édulcoré. Il fragmente et morcelle la perception clinique comme dans de nombreux autres cas. Il s'offre donc, en partie, comme un retour à la notion de déviance originelle. Et, dans ce mouvement, il perd un peu de son utilité clinique immédiate.

Ce vide d'explication a ouvert la voie à un quatrième paradigme, celui de l'addiction, lequel promettait, à son tour, de rendre compte de la charge émotive que ne traduisait plus la notion épurée de paraphilie.

Dans le champ de la sexualité, ce que décrit le paradigme de l'addiction, développé par Goodman (1997) et Carnes (1989) en particulier, c'est l'aspect compulsif, répétitif et insatiable des conduites sexuelles en cause. En tant que telle, la notion d'addiction se préoccupe peu de la variété des conduites sexuelles en cause sinon dans la mesure où ces conduites représentent des dangers pour le sujet. Elle ne se préoccupe pas non plus de la fétichisation de l'autre ni des phénomènes d'emprise ou de contrainte mais aborde la sexualité comme une consommation, entre autres, de sensations. Elle assimile le sexe à une drogue. Et elle s'intéresse au mouvement progressif de consommation de plus en plus forcée de cette drogue sexe dans un contexte de risque sans cesse accru.

Tout se passe, dans les faits, comme si ces deux modèles fondamentaux, celui de la perversion, celui de l'addiction, décrivaient des aspects complémentaires d'un même phénomène. Le paradigme de l'addiction se distingue, dans ce cas, par le fait qu'il refuse de commenter sur la nature particulière de la relation à l'objet. La perversion omet, quant à elle, de reconnaître la dimension compulsive de la répétition en cause.

La coexistence, à notre époque, de ces deux paradigmes, laisse le clinicien perplexe. Aucun des deux modèles ne semble expliquer à lui seul la complexité du phénomène. La zone d'arrimage de ces deux conceptions vraisemblablement complémentaires demeure toutefois un peu vague. Une telle confusion ne fait

qu'illustrer le cas d'une théorie en transition. Mais dans cette transition, le cap est difficile à maintenir.

L'idée d'addiction évoque davantage une compulsion quasi biologique et irréprensible tandis que la théorie de la perversion cherche davantage à percer le mystère du vécu subjectif des personnes impliquées. En pratique, l'un et l'autre semblent tout aussi indispensables, inséparables, en fait. Lorsque, par exemple, Jérôme se trouve confronté au souhait de Mathilde d'établir une relation, on ne peut guère tout expliquer par la seule compulsion à consommer de la sensation. Il nous semble que Mathilde, en offrant de la relation, dénonce au moins implicitement une forme de perversion antérieure du rapport de Jérôme à l'autre. Est-ce par ailleurs toujours ainsi? Doit-on toujours trouver appui sur une telle complémentarité?

### **Martin ou la vengeance du narcissisme**

Par ses interventions économiques et politiques, Martin a certainement contribué, depuis plusieurs années, à assainir les affaires du pays. Ses idées valent des millions. Traduites en projets de société, elles épargnent des sommes fastueuses. Elles génèrent des revenus considérables. Martin est fier de ces réalisations. Il les exhibe comme des trophées. En aucune circonstance, il ne se départit de leur gloire. Ces réalisations sont désormais associées à son identité elle-même. Elles imposent le respect. En leur nom, Martin se présente comme un intouchable.

De son enfance, il déclare volontiers qu'il est un enfant de la « cour à scrap ». Un père alcoolique, une famille de six enfants. Martin était le plus vieux. Des souvenirs de honte, partout, toujours : un père que Martin va cueillir à la sortie des bars, un couple parental qu'il raccommode, une mère en pleurs, des sœurs terrorisées. Contre ce paysage de honte, il a inventé un paysage de gloire. Complets de chez Uomo, Versacce, St-Laurent. Cravates de soie.

À la consultation, il parle de sa cocaïne. Le scénario se répète : pour consommer, il se rend dans les plus grands hôtels, il appelle des filles, les plus belles, celles des agences de mannequins. Il commande : Champagne et caviar. Il leur demande de se dévêtir, s'éblouit de leur beauté. Ne leur fait pas l'amour, jamais : il se satisfait de les admirer, de les contempler.

Au bureau, Martin gère des dossiers importants, rencontre des gens importants, des penseurs, des financiers, des politiciens. Dès que survient une frustration, le scénario se déclenche. Il quitte le bureau à l'improviste, se retrouve à l'hôtel. Le même protocole, toujours le même, compulsif, inaltérable, inaliénable.

À la maison, une femme et deux enfants. Madame est asservie : elle sait mais elle tolère. Quand Martin commet ses excès, il craint pour les enfants : il ne veut pas que ses deux filles, douze et quinze ans, le voient dans cet état.

Mais il décrit le scénario comme inéluctable. « C'est plus fort que moi. » À première vue, ses propos donnent raison à la théorie de l'addiction. Les phénomènes s'enchaînent comme une sorte de compulsion. Les doses de sexe s'accroissent : à chaque nouvel épisode, il faut rechercher des filles de plus en plus belles, ou de

plus en plus chères, ce qui, dans l'esprit de Martin, revient quelquefois au même. Il faut inventer des situations de plus en plus étriquées. Les risques sont de plus en plus grands. Il sait que si on le dénonçait, il perdrait d'importants contrats; il sait encore que la cocaïne menace ses fonctions cognitives; il sait qu'il a raté d'importants rendez-vous d'affaires à cause de sa compulsion, qu'il a failli perdre la place qu'il occupe sur la place publique. Mais il joue à la cocaïne comme d'autres jouent à la roulette russe, le seul jeu véritable, peut-être! ...

Pourtant, le volet addictif n'explique pas tout. Le narcissisme de Martin est également à l'œuvre dans ces scénarios grandioses. Et la compulsion que l'on constate en est certainement une à consommer, mais elle en est une aussi à restaurer un narcissisme sans cesse menacé d'effondrement.

Des filles qu'il rencontre, il ignore le nom véritable. Il les déguste du regard admiratif mais ne les honore pas de ses caresses, encore moins de sa pénétration. L'on ne peut pas nier, à plus d'un titre, qu'il les fétichise, ce qui rend bien comode, pour rendre compte de la situation, le paradigme de la perversion ou son cousin édulcoré qu'est la paraphilie. L'arrogance hautaine et cavalière avec laquelle il considère son épouse légitime, forcée de jouer les madones attendries ou les mères dévouées mais privée d'être femme, confirme cette piste de réflexion.

En entretien, la fragilité qu'il oppose à toute incursion dans son monde intérieur, le barrage quasi systématique qu'il objecte à toute connaissance un peu approfondie de lui corroborent également une importante difficulté à se reconnaître comme personne souffrante mais désirante. En ce sens, il refuse l'intimité tout autant que Jérôme. Il tolère à peine mes discours de marchand de deuil. L'autre est nié tout autant que le soi, construit, de toute évidence comme un faux self exemplaire, mais un faux self que l'on hésite à déconstruire parce que ce faux self, d'un strict point de vue social, est des plus performants.

Comme chez Jérôme, on croit apercevoir une enfance en jachère, des traumatismes en abîmes. Des abus insupportables. Est-ce là la logique de fond? Où commencer le travail? La compulsion sexuelle est authentique. L'addiction à la cocaïne ne vient jamais seule chez Martin. Elle est toujours soutenue par la dépendance à un fétichisme qui paraît dominant. Mais, à son tour, cette compulsion fétichiste paraît obéir à un besoin de restaurer un narcissisme toujours brinquebalant.

La question est d'autant plus importante que ce type de personne adresse, la plupart du temps, sa demande d'aide à des instances où l'on a fait un choix prépondérant. En clinique de toxicomanie, par exemple, on proposera volontiers à Martin un programme de désintoxication puis de réadaptation orienté vers son problème de consommation de substances. Mais, ces programmes faisant silence sur les dimensions sexuelles de l'addiction, on risque clairement de ne pas l'aider véritablement. Au sein d'un programme orienté vers les dépendances sexuelles, on a des chances de l'aider davantage. Encore faudra-t-il, éventuellement, aborder le problème narcissique de la perversion de soi comme de l'objet.

Il n'est cependant pas vrai que la thérapie psychodynamique de ce soi fétiche puisse à elle seule amender la conduite. Martin, comme tant d'autres, doit bénéficier

d'un traitement conjoint au sein duquel on l'accompagnera dans l'amendement de son addiction. Ce qu'il nous enseigne avant tout, c'est que, avec l'évolution de nos paradigmes psychothérapeutiques, il devient de plus en plus impossible à chacun d'entre nous d'œuvrer seul. Chacun détient un fragment de compréhension du phénomène. Mais nous nous exposons aussi, au sein de ces pratiques, au risque de cliques toujours imminents.

### **Pascal ou l'enfant pervers polymorphe**

Au cours d'une nuit précédant notre première rencontre, Pascal a été appréhendé au sauna de son appartement. Il s'était enduit le corps et en particulier les organes génitaux de beurre d'arachide. En pénétrant dans le sauna, une résidente de la conciergerie l'a surpris qui se masturbait. Elle a porté plainte. Pascal n'est aucunement révolté. Au contraire, il déclarera sans ambages qu'il était temps que quelqu'un l'arrête.

Ainsi que dans la très vaste majorité des cas de compulsions sexuelles, chez Pascal, on relève une histoire positive de toxicomanie. La drogue consommée revêt une relative importance. L'alcool servira souvent de désinhibiteur, la cocaïne d'excitant. On signalera parfois une longue histoire de toxicomanie simple avant de passer à une étape de toxicomanie associée à une conduite sexuelle addictive. Parfois, le malade nous racontera que le motif sexuel était présent depuis le début des autres addictions, justifiant la prise de substance. Il arrivera enfin fréquemment que d'autres conduites addictives s'associent à ces deux autres manifestations toxiques et sexuelles; on notera alors des conduites de dépendance alimentaire, la présence de pari pathologique, des achats compulsifs ou autres<sup>3</sup>. Chez Pascal, la consommation associée aux conduites sexuelles addictives est classique : il s'agit du mélange alcool-cocaïne que l'on observe dans la très vaste majorité des cas.

Autre trait commun : l'histoire revêt, chez lui, un caractère dramatique. Pascal est le dernier d'une famille de trois enfants. Il était sourd, mais on n'a découvert ce handicap que vers l'âge de cinq ans; jusque là, on a cru qu'il était anormal, retiré, peut-être même autistique. Chez lui comme chez Jérôme, les abus sexuels infantiles sont également présents. Mais on est rapidement touché par autre chose. En effet, depuis qu'il est enfant, Pascal ne s'estime guère désirable. Il vit dans une relative réclusion et, au creux de cette solitude, il a développé une vie fantasmagorique importante. Dès l'enfance, commence un cycle de masturbations compulsives d'une grande intensité. Avec ceci de particulier que, pour se masturber, il enduit son corps de différentes substances. Moutarde, mayonnaise, marmelade. Du chaud, du froid, du sec ou de l'humide, de l'onctueux ou du râpeux, de l'amer, du sucré. Il souhaite que rien de ce qui touche au monde de la sensation ne lui échappe : il multiplie les expériences, espérant, nous apprendra-t-il, que cette variété des sensations finisse par lui donner un échantillon de la variété humaine.



Son contact avec la drogue va dans le même sens. Il est passé maître dans l'art de se concocter des mélanges astucieux, capricieux ou imprévus : de l'excitant et de l'apaisant, de l'hallucinant et de l'isolant.

La seule relation durable qu'on lui connaisse s'est étalée sur sept ou huit ans. Il s'agissait d'une femme quadraplégique. Elle l'a quitté, il y a de cela deux ans maintenant. Depuis cette date, il se dit déprimé, ce qui ne l'empêche pas d'éprouver une rage colossale. Il s'imagine la tuant avec un poignard. Puis s'enduisant le corps d'une nouvelle substance : son sang. En l'écoutant, les images qui nous viennent sont celles de la nécrophilie.

Quelques mois avant cette consultation, on l'a arrêté dans un grand magasin. Il avait quitté l'établissement emportant avec lui quantité de vêtements volés : des vêtements féminins; il les portait sur lui. C'est ainsi qu'on apprend que, dans sa quête absolue de sensations inédites, il recourt volontiers à ce stratagème du travestissement pour « savoir comment c'est d'être dans l'autre sexe ». Sous l'influence, une fois de plus, de l'alcool et d'une autre substance, ce second adjuvant variant d'une fois à l'autre selon l'effet dominant recherché.

Ce goût de la sensation inédite a donné lieu à des situations périlleuses. Se promener nu dans des parcs riverains; observer des couples en train de faire l'amour, se soumettre à des situations sadiques explicites. Il s'est piqué à l'héroïne. Il a accepté des pénétrations anales sans protection. Il ne sait toujours pas s'il est séropositif. Mais il refuse qu'on interroge son sang : il aime trop l'inquiétude de ne pas savoir, ça lui procure une sensation inédite. Quand on lui demande, par exemple, s'il a l'intention de devenir une femme, la réponse qu'il formule est du même registre. Il aime trop son ambiguïté pour trancher. Il aime cette frontière périlleuse, cet entre deux eaux de sa vie.

En face de Pascal, on n'a guère de mal à reconnaître l'enfant pervers polymorphe de Freud (1970, 1973) ou de Meltzer (1983). Et l'on est donc tenté de se rabattre, dans son cas, sur la perversion comme seul et unique recours théorique pour rendre compte de notre observation.

Pourtant, chez Pascal, on relève également certains éléments de la lignée addictive : l'usage de substances, la compulsion, l'accroissement de la dose, le risque progressif. À n'en pas douter, les activités sexuelles et toxiques sont devenues le centre d'intérêt autour duquel gravite la vie de Pascal. L'amour des sensations, la recherche de l'excès, de l'inédit constituent l'essentiel de son rapport au monde (Zuckerman, 1972; Cloninger, 1987, 1993, 1996; Adès, 1995).

Chez lui comme chez Martin, la faillite narcissique colore abondamment le tableau clinique. De façon manifeste, Pascal a besoin d'être réparé. Incertain de son identité, incertain de plaire, honteux en même temps que paradoxalement fier de cette honte, jouissant de l'horreur qu'il provoque, il imagine mal qu'un être disposant de tous ses membres puisse s'adresser à lui avec considération.

Où commencer? En abordant la situation sous l'angle de l'addiction, on centre son intervention sur la répétition compulsive des mêmes gestes, on vise essentiellement l'arrêt d'agir. Il s'agit, de façon habituelle, de la première phase de

l'entreprise thérapeutique en de telles circonstances. Cette phase est indispensable si l'on veut que le patient apprenne à tirer son plaisir d'un autre type d'expérience. Mais, pour que le traitement soit un peu cohérent, il faut ensuite que cette première phase se tourne vers l'abord de la perversion, avec tout ce qu'elle contient de vengeance narcissique, de plaisir détourné, d'abus en réponse à l'abus. Au cours de cette seconde phase, il faudra devenir vigilant, attentif à toutes les manœuvres d'esquive, forcer le repérage de l'autre dans toute sa différence.

En pratique, toutefois, ces deux phases ne sont pas toujours distinctes. Dès l'arrêt d'agir, la souffrance narcissique se manifeste. Dès l'installation du transfert, l'intervenant se trouve perverti, réduit et le silence sur cette perversion transférentielle ne peut qu'être déplorable. Or, dans un champ en pleine redéfinition, notre fascination exclusive par l'une ou l'autre de ces approches risque de nous faire oublier une part importante de la pathologie : un tel oubli conduit à un avortement de l'effort thérapeutique.

Dans ce double travail, l'alexithymie constitue un objectif de premier choix. Cette méconnaissance du vocabulaire émotionnel atteint, en effet, dans les diverses formes d'addiction, des sommets particuliers. L'on est autorisé à penser qu'elle est tributaire d'une histoire d'aveuglement et de silence. L'excès de l'expérience cocaïne, extasie, ou autre, vient ensuite conforter cette alexithymie, l'émotion n'étant reconnue qu'à compter d'une démesure.

Devant cette démesure, le thérapeute souhaite entendre. Mais l'équipe d'encadrement, qui pratique souvent dans des lieux distincts du thérapeute, est amenée à exercer un certain contrôle. Le terreau favorise, une fois de plus, le clivage. L'absence d'un paradigme unique s'éprouve ici à des niveaux tout autres que ceux de la seule théorie.

### **Caroline, sexualité et Extasie**

Caroline, 21 ans, est danseuse de son métier. Victime, au cours de son enfance, de nombreux abus sexuels, elle se déclare aujourd'hui homosexuelle. Dans son quotidien de danseuse, elle jouit du mépris qu'autorise sa situation dominante. « Qu'ils crachent le fric », déclare-t-elle simplement. De l'héroïne et de la cocaïne qu'elle consomme abondamment, elle dira qu'elles sont nécessaires à rendre son métier supportable. Un discours en un sens classique, sans nouveauté, hélas trop familier.

La vraie surprise, chez Caroline, il y a toujours des surprises dans ce type de situations cliniques, c'est la consommation, chez cette jeune fille, de métamphétamines, communément connues sous le nom d'Extasie.

La drogue porte bien son nom. Apparentée aux amphétamines, mais cent fois plus puissante que ces dernières, la substance induit, chez le consommateur, une hypervigilance. L'effet de la musique, l'impact de la lumière, la densité de la sensation sont toutes amplifiées parfois même jusqu'à l'hallucination. De sorte que le toucher, même l'effleurement, devient source d'une sensualité extraordinaire. Plus besoin de faire l'amour, comme le précise Caroline. L'effleurement produit

un tel effet : personne n'imagine aller jusqu'à la relation sexuelle dans un pareil contexte.

Les traditions offrent ici une métaphore de l'intimité. En secret, on échange des adresses clandestines. Ensemble, on partage l'expérience mystérieuse de ces sensations extrêmes. Sans avoir à connaître l'autre, sans passer par cette élaboration que les bien-pensants appellent l'intimité, laquelle, de toute manière, détruit tout, ajoute Caroline. À force de se concentrer sur la surface, celle du regard, celle de l'effleurement, celle de la peau, peut-on dire que Caroline soit devenue superficielle? Difficile à affirmer tant est intense la détresse sous-jacente. Bien sûr, elle vole les sensations à ces parties d'exaltation. Mais ils le font tous, tous ceux qui s'adonnent à de telles excentricités. Et sommes-nous si profonds, à force de ne pas vouloir être superficiels?

Parfois, il lui arrive même d'aller chercher ces sensations chez un homme un peu plus âgé. Rarement auprès des femmes. Sans que cet homme ne le sache, évidemment. Tout doit demeurer clandestin. Y compris pour ceux qui participent à l'aventure clandestine. La densité de l'excès, une fois de plus, se substitue au travail de l'élaboration. Chez Caroline comme chez Martin, Jérôme, ou Pascal, on repère la même alexithymie. Comme si le thermomètre à sensations était dérégulé. Comme si le candidat ne ressentait les choses qu'à compter d'un seuil excessif et ne pouvait en tolérer l'éprouvé que l'espace de quelques minutes.

Danseuse, Caroline est sadique. Elle triomphe du désir bafoué. En s'exhibant, elle impose au voyeur une admiration qu'elle le force à contenir, un désir qu'elle le contraint à renier. Ce sadisme semble intolérable; c'est pour le contourner, semble-t-il, qu'elle consomme la cocaïne pour s'exciter, l'héroïne pour s'isoler. Sous Extasie, elle devient une enfant en quête de sensations clandestines, de caresses volées, d'orgasmes subreptices. Homosexuelle, elle demande à ses partenaires, souvent des femmes plus âgées qu'elle, de lui procurer une tendresse dont on saisit qu'elle a grand besoin. Difficile en de telles circonstances de préciser le paradigme dont on pense qu'il pourra tout expliquer de la clinique.

Au cours d'une séance où je lui fais remarquer sa fuite devant l'intimité, Caroline me réplique qu'elle est déjà assez sexuelle comme cela. La nuance entre sexe et rencontre lui échappe. Elle m'exhibe sa vie, ses truculences, ses exploits, ses performances, mais, comme aux autres, elle me refuse la confiance, me méprise de désirer cette confiance. En même temps, le moindre signe de rapprochement est tout de suite érotisé puis interdit. La demande reste clandestine, y compris pour elle-même. Contemplée, elle demeure désaffectée<sup>4</sup>. Au-delà de l'effleurement intense, elle reste étrangement paralysée devant l'hypothèse d'une rencontre, y compris et surtout peut-être, d'une rencontre avec elle-même.

La sexualité qu'elle pratique s'ordonne comme une défense subtile mais une défense néanmoins efficace contre l'intimité. La gestion idéale du contre-transfert sollicité n'est pas toujours explicite. Si l'on souhaite trop ardemment la rencontre, on se bute à la part sadique d'un exhibitionnisme réducteur. Si, par inadvertance, une confiance a lieu, le risque d'un passage à l'acte s'accroît aussitôt, pour

désavouer l'intimité ainsi créée. Si l'interprétation porte, elle risque d'être consommée comme une drogue inédite. Si elle rate, on se retrouve en pleine anhédonie. L'espace pour respirer est parfois très étroit. Sans compter que, dans ce jeu des désirs sollicités, la compétition, parfois plus ou moins consciente au sein des équipes de soins, se joue des fois avec sauvagerie.

### **Bob, le contrôle de l'excès**

Bob est curé. Jusque l'année dernière, il enseignait dans un établissement pour jeunes adolescents de sexe masculin. Il était très apprécié. L'an dernier, on lui a confié une mission d'enseignement dans un établissement mixte. Une jeune fille s'est déclarée amoureuse de lui. Il a paniqué.

Entre temps, Bob se fait venir d'Europe des magazines et des vidéos considérés pornographiques. Rien de bien malin, dit-il. Si ce n'est que, dans le contexte de la délation courante à l'endroit des groupes religieux, la GRC a repéré ces envois. En pleine nuit, on est venu l'arrêter. Sa communauté a été prévenue. Branle-bas de combat. Bob est référé dans un centre spécialisé pour compulsions sexuelles. Puis on le renvoie au Québec où il est moins connu. C'est dans ce contexte que nous le rencontrons.

Quarante-cinq ans, un corps marqué par l'embonpoint, l'homme se présente comme un obsessionnel méticuleux. Le discours est truffé de rationalisations, d'intellectualisations. Contrit et pénitent face aux événements qui l'accablent, il s'empresse de jurer qu'il n'a surtout jamais pris une femme dans ses bras. Cette seule évocation l'angoisse. Les femmes de papier, comme il les nomme, sont nettement plus rassurantes. Elles ne font pas de cérémonie, sont dévêtues dès la deuxième image; avec elles, pas d'histoires, jusqu'à ce que la GRC s'en mêle.

Une fois de plus, on se retrouve devant la même proposition d'une intimité qui effarouche, qui terrorise. Le paradigme de l'addiction décrit la compulsion, les risques progressifs, la place toujours grandissante occupée par la pratique obsessionnelle. La perversion décrit le regard tronqué sur le monde de l'autre. L'alexithymie est une fois de plus au rendez-vous. Cette fois, l'abus de substances n'y est pas. La mère est décrite comme contrôlante et sévère, interdisant toute forme d'érotisme même indirecte. Le jeu était malvenu, la fantaisie était malséante, l'humour, les blagues, interdites.

On ne se retrouve donc pas en face d'une mise en scène ludique. En ce sens, son scénario ressemble à celui de plusieurs pervers. Tout est sous contrôle. Chaque étape de la scène est prévisible et prévue. À la limite, chacune de ces phases est minutée, chronométrée. Il dira, tressaillant, qu'il a, depuis un an, perdu en quelques circonstances, cette emprise sur son monde. Son regard est catastrophé.

Le tableau clinique présenté par Bob illustre quelques-unes des difficultés pratiques associées aux compulsions sexuelles. L'absence de ludisme n'est pas ici qu'une anecdote : il s'agit, dans le cas de cet homme, d'un trait fondamental de son

rapport au monde. Le traitement doit donc prendre en compte cette dimension obsessionnelle de son être.

La plupart des instances de traitement qui abordent la compulsion sexuelle depuis le point de vue addictif centrent leurs interventions sur le contrôle et l'arrêt d'agir. Paradoxalement, ici, un tel contrôle est anti-thérapeutique. Bob se contrôle déjà trop. Il lui faut au contraire apprendre à se laisser aller.

Bon nombre de programmes de réadaptation articulés autour du concept de compulsion visent également une remise à niveau du narcissisme du sujet; on postule, en principe, que la consommation de substances émane d'un délire d'élection au nom duquel le sujet se croit invulnérable aux conséquences néfastes de la drogue. Chez Jérôme ou Martin, Pascal ou Caroline, on peut aisément repérer ce délire d'élection. Chez Bob, l'effondrement narcissique emprunte un tout autre détour. Il a du mal à s'investir et la plupart des interventions classiques, visant, selon les termes en vigueur, à « casser le narcissisme » du sujet auront, chez lui, un effet délétère. Essentiellement, Bob s'éprouve comme un adolescent à la veille d'une éventuelle vie sexuelle. Dans son attitude générale, il rappelle la pauvreté de représentations que souligne Julia Kristeva (1993). Ajouter des mesures de contrôle au contrôle qu'il s'impose lui-même, encadrer un narcissisme déjà pris en otage ne feront, dans ce cas-ci, que cristalliser une symptomatologie et une souffrance déjà accablantes. Ces nuances recouvrent une préoccupation courante dans ce domaine de pratique : celle de l'ajustement du traitement au problème spécifique du sujet : le sur-mesure de la thérapie.

### **Sylvie : l'hypothèse d'une dissociation induite**

Au-delà d'une apparente uniformité, le champ des compulsions sexuelles se présente comme un domaine d'une profonde diversité. Le besoin d'un dispositif théorique cohérent est ici d'autant plus manifeste que ces situations cliniques sont complexes et parfois éprouvantes. Or, de la déviance à l'addiction en passant par la perversion ou la paraphilie, il est loin d'être clair, à ce moment-ci de notre histoire, que nous ayons établi un paradigme définitif apte à soutenir complètement l'exploration clinique de ces circonstances difficiles. Entre l'évitement de Jérôme et la perversion polymorphe de Pascal, la recherche de sensations inédites de Caroline et l'organisation obsessionnelle de Bob, il y a certes un certain nombre de points communs, mais on est également forcé de constater un univers de différences. L'histoire de Sylvie nous entraîne dans une direction, elle aussi, en partie inédite.

La première image que je retiens d'elle est celle d'un profond délabrement. Sous des vêtements loqueteux, elle offre au regard un corps à l'abandon, comme ruiné. Elle n'a pas quarante ans; elle en paraît cinquante. Dès les premières paroles, elle se décrit d'ailleurs comme une sorte de lieu public mal défendu. « Je ne sais plus combien de partenaires j'ai croisés, déclare-t-elle d'entrée de jeu, si c'est ce que vous voulez savoir. Certains soirs, c'était plus de cinq, deux à la fois, trois ou même plus. L'anus, la bouche, le sexe : chez moi, on entre de partout. Plus de

mille fois, je me suis réveillée le matin en me demandant ce que faisait dans mon lit la personne qui y sommeillait. Des fois, des hommes, c'est-à-dire, la plupart du temps. Des fois, des femmes aussi; c'est selon, dépendant de la cueillette à trois heures du matin, quand il ne reste plus rien au fond des bars ».

« Ma fille est sous la protection de la DPJ. Ils ont raison : c'est moi qui le leur ai demandé. Je ne me fie plus à moi.  
Je viens vous voir parce que je suis devenue une poubelle »

Côté toxiques, Sylvie s'imbibe d'alcool et de cocaïne, en abondance. Côté inceste : un tableau éloquent : le père, d'abord, deux frères, deux oncles, ensuite, puis l'amant de sa mère.

Pendant quelques années, Sylvie a tenté une relation avec un homme : le père de sa fille, une relation insoutenable. Au sein de cette relation, elle a développé une dépendance pathologique; pour être aimée, elle acceptait tout : sadisme, violence verbale, mépris.

De guingois dans son fauteuil, elle raconte que deux thérapeutes antérieurs ont couché avec elle. Elle ne les accuse pas; elle m'explique qu'elle les a presque forcés. Pour mettre fin, dit-elle, à la démarche. Elle en est très consciente. Elle explique que ça faisait trop mal en dedans. Elle précise d'entrée de jeu qu'elle craint que la même chose ne se reproduise une fois de plus.

Des risques, elle en a pris un peu partout : dans les parcs, les endroits publics, des relations sans protection. Elle est séropositive, incidemment.

Elle pleure abondamment : une sorte de désespérance et, paradoxalement, malgré l'apparente déchéance, une sorte de fierté, aussi. Elle a fait de la prostitution, à ses heures. Elle a dansé, à l'époque. Mais elle a maintenant trente-huit ans. Elle sent le vent tourner.

Ce qui l'inquiète surtout, c'est que, depuis quelques mois, elle pose des actes dont elle n'a pas le souvenir. Ce qui l'amène à consulter, c'est que l'autre jour, en prenant un taxi, le chauffeur lui a demandé si elle paierait sa course de la même façon que la dernière fois. Elle a d'abord regardé l'homme de manière incrédule. Puis elle s'est souvenue : elle s'était prostituée; elle s'est même rappelé que cela arrivait souvent, sans trop qu'elle sache comment.

Même chose pour les bars : elle sait qu'elle y va, qu'elle drague, qu'elle consent par avance à toute proposition. Quand à se rappeler ce qu'elle y fait précisément, c'est une tout autre histoire. L'alcool imbibe la mémoire, évidemment. Mais il y a plus. Depuis des mois, Sylvie oublie, efface, refoule de façon systématique, bref, se dissocie. En termes économiques, cette amnésie dissociative fait sens. Depuis un certain temps, toutefois, cet oubli la tracasse, l'inquiète : trop de sa vie lui échappe désormais.

Chez Sylvie, la compulsion atteint un maximum. Autrefois, on l'aurait appelée nymphomane, ce qui n'est pas sans évoquer le terme toxicomane. Le choix d'objet n'existe plus : elle évoque ces animaux de laboratoire qui, pour s'injecter de la

cocaine, sont prêts à prendre tous les risques, même celui de mourir. Mais on retrace aussi chez elle l'aliénation familiale de certaines conditions perverses (Khan, 1979; McDougall, 1972, 1986). L'insupportable, raconte-t-elle, c'est la séparation, la fin. Or, ça finit toujours, trop tôt ou trop mal. L'absence, le manque sont insupportables. Chaque fin de séance s'en ressent d'ailleurs de façon palpable.

\* \* \*

Au début du xxe siècle, un petit groupe de physiciens se passionnaient pour une question théorique apparemment subsidiaire : l'on voulait trancher une fois pour toutes, la question de savoir si la lumière était un phénomène particulaire ou ondulatoire. La réponse, ultérieure, en a surpris plus d'un : la lumière était en effet à la fois particulaire et ondulatoire.

Le domaine de l'exploration psychique traverse présentement une crise d'identité comparable, par divers aspects, à cette crise de la physique moderne. La psychiatrie moléculaire souhaiterait expliquer le phénomène psychique par les seules neurosciences; les théories expérientielles, psychodynamiques, existentielles ou interpersonnelles, espéreraient tout expliquer par le seul jeu de la métaphore. Prise isolément, chacune de ces avenues débouche sur une impasse. Le cas de la compulsion sexuelle illustre entre autres l'urgente nécessité d'appontages généreux entre les perspectives.

Au plan neurophysiologique, nous savons que de telles conduites compulsives impliquent le centre du plaisir et se répercutent sur certains réseaux de neurotransmetteurs, en particulier, les endorphines, la sérotonine, la dopamine et le glutamate. Dans le cas des compulsions sexuelles, on suppose également une implication des hormones hypophysaires et génitales. Cette connaissance nous permet d'espérer une pharmacologie qui soulagera éventuellement une partie des symptômes engendrés et facilitera d'autant le travail réadaptatif.

Cette connaissance moléculaire n'épuise toutefois pas le phénomène. L'être humain est un être de culture, de mémoire et de relation. Or la biologie, aussi bien que les théories strictement comportementales ne pourront jamais, de ce point de vue, se substituer aux théories de la parole. L'expérience du transfert, aussi bien que l'exploration des complexités de la représentation constituent, à ce propos, des expertises irremplaçables.

À ce titre, certaines constatations nous intéressent. On peut penser que les phénomènes dissociatifs que rapporte Sylvie, y inclus l'amnésie qui l'irrite, sont des manifestations marginales. De très nombreux indices nous permettent de croire, au contraire, qu'il s'agit peut-être là, d'un phénomène central, d'une clé à une théorie d'ensemble.

Dans la théorie addictive, il importe en effet de repérer à quoi s'accroche le sujet. La réponse la plus simple voudrait que ce soit à l'effet de la substance ou aux conséquences physiologiques de la conduite. Mais l'on peut également soutenir que ce soit l'état altéré de conscience que le sujet recherche en tant que tel. Chez Sylvie, la

recherche d'un effet amnésique peut se comprendre : elle veut vivre/oublier sa décadence. À des degrés divers, cette même amnésie se justifie chez les autres malades évoqués ici. L'expérience sexuelle ou l'expérience secondaire à la prise de substance psychoactive aurait ainsi un double effet : de distraction par rapport au souvenir pénible et de renforçateur par rapport au symptôme lui-même. En d'autres termes, l'oubli, le refoulement ou la distraction seraient surdéterminés par une sensation forte compensatoire, un peu comme le schizophrène qui essaie d'étourdir ses hallucinations à l'aide de son baladeur. Il nous faudrait alors parler d'états dissociatifs induits. Et ce seraient ces états altérés de conscience qui seraient, en tant que tel, l'objet addictif, aussi bien dans la toxicomanie que dans la compulsion sexuelle ou la dépendance dogmatique, dans le jeu pathologique ou certaines compulsions alimentaires. Au vu des données disponibles tant du point de vue de la psychodynamique que de la neurophysiologie, il s'agit d'une hypothèse tout à fait intéressante.

Un certain nombre de travaux récents (Lewis *et al.*, 1997; van der Kolk *et al.*, 1996 par exemple) renforcent cette piste de recherche. Ils permettent non seulement d'établir empiriquement le lien pressenti par Freud entre le traumatisme infantile et les états adultes de dissociation mais invitent à considérer le cerveau post-traumatique comme une entité neurophysiologique particulière. Cette population correspond, par divers aspects, à la population des hystériques dont Freud s'occupait déjà en 1895. Il semble bien, toutefois, qu'au lieu de rechercher le symptôme dans la seule excentricité histrionique, une partie de cette population trouve désormais l'état altéré de conscience souhaité dans l'addiction à des substances ou des conduites capables de moduler la conscience, utilisant la sensation forte de ces expériences comme un rempart supplémentaire contre le souvenir.

En ne traitant que la seule dimension physiologique de l'addiction, on omet donc ici d'aborder l'histoire traumatique originaire. En toute logique, les conduites, dans de telles circonstances, risquent de se répéter.

Dans la même veine, il se peut fort bien que l'expérience traumatique originaire n'ait pas permis au narcissisme de se constituer normalement, comme l'illustrent les exemples rapportés ci-haut. Ce narcissisme tirera alors profit d'une organisation économique voisine de la perversion où le déni de l'autre avoisinera avec une sensation de jouissance extrême propre à renforcer la conduite tout en reconduisant l'oubli.

Si le soutien physiologique aux phases de sevrage représente une véritable nécessité, si l'encadrement des conduites en période de réadaptation représente un incontournable, le rôle de l'intervention psychodynamique n'en est pas pour autant négligeable. C'est souvent, au contraire, sur la patiente reconstruction de ce narcissisme balafre — entre autres par la honte fort différente de la culpabilité — que repose l'un des maigres espoirs de la démarche thérapeutique. Mais, à son tour, cette intervention doit s'inscrire dans un dispositif qui, lui, sera relativement complexe où il est périlleux que l'un ou l'autre cherche à déterminer seul l'issue de la situation.

Tout d'abord, en effet, pour des raisons éthiques évidentes, bon nombre de conduites sexuelles excentriques appellent l'arrêt d'agir et le contrôle subséquent. Confronté au parent abuseur, au pédophile compulsif, au violeur d'habitude, par



exemple, le clinicien ne peut nier la nécessité d'un encadrement. Bon nombre de ces situations sont partiellement prises en charge par le réseau justice. Pour un grand nombre de thérapeutes, cet univers n'est ni familier ni réconfortant.

Cette dimension de l'arrêt d'agir s'aborde différemment selon que l'on s'affilie au paradigme de l'addiction ou à celui de la perversion. Et il faut reconnaître que le paradigme de la perversion, avec tout ce qu'il charrie de préjugés conduit souvent, à cet égard, à des excès de rigidité quelquefois déplorables. Le paradigme de l'addiction appelle un autre type d'intervention : arrêt d'agir, certes, mais aussi : fraternités de support, thérapies cognitives, séjours institutionnels, le tout dans un modèle qui a l'avantage de suggérer une explication cohérente, parfois même acceptante des conduites.

Cette dualité des attitudes ne s'applique toutefois pas que dans le monde extérieur du dispositif de soins. En chacun et à chaque instant, la tentation de contraindre tout comme la délinquance par procuration peuvent venir brouiller les enjeux contre-transférentiels. Or, dans un cadre où l'on cherche à induire le respect de soi pour suggérer la relation à autrui, la vigilance à ces aspects contre-transférentiels est primordiale. Cette neutralité bienveillante est parfois difficile à maintenir.

L'histoire que nous rapportent ces sujets est souvent souffrante et touchante. Elle s'offre souvent comme un monceau de plaies qu'il urge de débrider. Des violences qui interpellent l'empathie. Au nom de cette empathie, il est dangereux de minimiser les conduites de destruction engendrées par cette volonté de détruire le souvenir. Plusieurs de ces conduites suscitent par ailleurs l'horreur. Et, au nom de cette horreur, cette fois, il est dangereux de condamner sans entendre, de contraindre sans explorer le sens. Cette surenchère de positions opposées constitue le sol idéal des clivages inmanquablement suscités.

L'urgence d'un discours théorique cohérent se manifeste ici avec une pression quelquefois vive. Or, faute d'explorations systématiques, ce discours demeure encore lacunaire. Les quatre paradigmes évoqués ici, la déviance, la perversion, la paraphilie ou l'addiction ont ceci en commun que chacun d'eux est incomplet, n'explique qu'un fragment de la réalité.

Le risque, en face de cette situation lacunaire, c'est de s'acharner à ses propres dogmes, à ses convictions obstinées. Pourtant, en face de situations aussi complexes, il devient évident que chacun doit abandonner un peu du château-fort de ses certitudes pour laisser place à un effort de dialogue. On peut entendre ces propos comme des visions pieuses. La pratique quotidienne d'un tel effort n'a pourtant rien d'angélique.

Peut-être alors, au prix de ce dialogue, inventerons-nous un énième paradigme lequel, cette fois, rendra compte de l'ensemble d'une situation clinique qui, pour l'instant, déborde nos connaissances théoriques encore balbutiantes.

**jean-yves roy**

1497, boul. saint-joseph, e.  
montréal, qc h2j 1m6

---

**Notes**

1. Jean-Yves Roy a développé, depuis quelques années, une pratique à la frontière de la santé mentale et de la maladie addictive. Le registre de ces conduites addictives inclut les compulsions sexuelles, le jeu pathologique, les dépendances alimentaires et la dépendance dogmatique. Le présent article porte sur un sous-groupe de ces malades atteints de compulsions sexuelles..
2. C'est à Zuckerman que l'on doit d'avoir d'abord développé ce concept de recherche de sensations extrêmes suite à une série d'études sur la privation sensorielle dont les premières remontent à 1965. Cloninger a par la suite intégré ces découvertes à ses travaux sur la personnalité tridimensionnelle.
3. L'idée d'un paradigme unique pour l'ensemble des conduites addictives est en pleine élaboration. En langue française, Bailly, D et Venisse, JL (1995) fournissent un excellent aperçu de la problématique actuelle. En langue anglaise, on s'en remettra entre autres aux travaux de Goodman (1990 et 1995).
4. Le terme est évidemment emprunté à Joyce McDougall.

---

**Bibliographie**

- Adès, J., 1995, Conduites de dépendance et recherche de sensations. In : *Dépendances et conduites de dépendance*, J. Bailly et JL Venisse, Masson, Paris : p. 147-166.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>e</sup> édition, révisée. Washington, Amer. Psychiatric Assn Press, 1980 pour le DSM III; 1987 pour le DSM III-R; 1994 pour le DSM IV
- Bailly, D., Venisse, J.L., 1995, *Dépendances et conduites de dépendances*, Masson, Paris (Médecine et Psychothérapie)
- Cames, P., 1983, *Out of the Shadows. Understanding Sexual Addiction*, Minneapolis : CompCare Publications.
- Carnes, P., 1991, *Don't Call it Love. Recovery front Sexual Addiction*, New York : Bantam Books.
- Cloninger, C. R., 1987, A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A Proposai. *Arch Gen Psychiatry*, Jun, 44 : 6, 573-88.
- Cloninger, C. R., Svrakic D. M.; Whitehead, C, Przybeck, T. R., 1993, Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, Dec, 50 :12, 991-9.
- Cloninger, C. R.; Mulder, R. T.; Joyce, P. R.; Sellman, J. D.; Sullivan, P.F., 1996, Towards an Understanding of Defense Style in Terms of Temperament and Character. *Acta Psychiatr Scand*, 93 :2, 99-104.
- Courtois, C, 1988, *Healing the Incest Wound. Adult Survivors in Therapy*, New York : WW Norton.
- Freud, S., 1969, *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F., 1970.
- Freud, S., 1905, Dora, fragment d'une analyse d'hystérie, in : *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1973.
- Goldberg A., 1995, *The Problem of Perversion : The View front Self Psychology*, New Haven CT, Yale University Press.
- Goodman, A., 1990, Addiction : Definitions and Implications. *Br. J. Psychiatry*, 85 : 1403-1408.
- Goodman, A, 1995, Addictive Disorders, an Integrated Approach. Part One : An Integrated Understanding, *J. Min. Addict Recovery*, 2 : 33-76.
- Goodman, A., 1993, Diagnosis and Treatment of Sexual Addiction, *J. Sex Marital Ther.*, 19 (3) 225-251.
- Goodman, A., 1997, Sexual Addiction in : Lowinson *et al.* : *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*, New York, Williams and Wilkins, p. 340-354.
- Halepin, D. A., 1983, *Psychodynamic Perspectives on Religion, Sect and Cult*. Littleton M. A. : James Wright-PSG.
- Halepin, D. A., 1997, Sects and Cults in : *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*, J. H. Lowinson *et al.* (ed) 3<sup>e</sup> édition Baltimore : Williams and Wilkins, p. 337-340.

- Irons, R. R.; Schneider, J. P., 1997, Addictive Sexual Disorders in : Miller N. S. : *The Principles and Practice of Addictions in Psychiatry*, New York, Saunders, p. 441-457.
- Kristeva, J., 1993, *Les nouvelles maladies de l'âme*, Paris, Fayard.
- Kahn, M.M.R., 1979, *Alienation in Perversions*, London, Hogarth Press.
- Kluft, RP, 1992, *Incest Related Syndromes of Adult Psychopathology*, American Psychiatric Press.
- Lewis, D. O.; Yeager, C. A.; Swica, Y.; Pincus, J. H.; Lewis, M., 1997, Objective Documentation of Child Abuse and Dissociation in 12 Murderers with Dissociative Identity Disorders, *Amer. J. Psychiatry*, 154 (12) 1703-1710.
- Maltz, W., Holman, B., 1987, *Incest and Sexuality*, Lexington MA, Lexington Books.
- McDougall, J, 1972, Primal Scene and Sexual Perversion, *Int. J. Psycho-Anal.*, 53 : 371-384.
- McDougall, J, 1986, Identifications, Neoneeds and Neosexualities, *Int. J. Psycho-Anal.*, 67 : 19-33.
- Meltzer, D., 1983, *Les structures sexuelles de la vie psychique*, trad. franç. Paris : Payot.
- Milkman, H., Sunderwirth, S., 1987, *Craving for Extasy*, Lexington MA, Lexington Books.
- Roy, J.-Y, 1998, *Le syndrome du berger*, Montréal, Boréal.
- Schwartz, M.F., 1992, Sexual Compulsivity as Post-Traumatic Stress Disorder : Treatment Perspectives, *Psychiatr. Ann.*, 22 (6) : 333-338.
- Van der Kolk, B., 1996, Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation : The Complexity of Adaptation to Trauma, *Am J. Psychiatry*, 151 :7, Supplément Festschrift p. 83-92.
- Zucherman, M., Bone, R., Neary, R. *et al.*, 1972, What is the Sensation Seeker? Personality and Trait Experience Cor-relates of the Sensation Seeking Scales, *J Consult Clin Psychology*, 39 : 308-321.