

# CLINIQUES DU FÉTICHISME ET IDENTIFICATION PRIMAIRE

ANNE BRUN

*Par la présentation clinique de deux patients recourant à des solutions fétichiques, l'un présentant une sexualité addictive avec un fétichisme du pied, l'autre un travestissement fétichique, cet article interroge, à la suite d'auteurs contemporains, la métapsychologie freudienne de la perversion, dont le paradigme est le fétichisme. Ces nouvelles cliniques du fétichisme renvoient en effet bien moins à une problématique sexuelle qu'aux avatars du narcissisme primaire: la solution fétichique concerne principalement l'identité primitive, au-delà des identifications sexuelles et du mode de choix d'objet.*

*Il s'agira de montrer comment certains comportements sexuels réputés pervers mettent en scène une tentative de reconstruire les défaillances du lien à l'objet primaire. Le processus thérapeutique consiste alors, pour des patients non névrotiques, à faire advenir ce qui a manqué à l'organisation primitive de l'identité et à restaurer la dimension de l'affect, en écho à une absence de partage d'affect et de potentialité réflexive par l'environnement premier.*

*Mots clés: affect, backroom, fétichisme, identification, narcissisme primaire, néosexualité, perversion, sexualité addictive*

*In this paper, the author explores the clinical presentation of two patients who have recourse to fetishistic solutions. In one case, that of addictive sexuality, the patient is a foot fetishist; in the other, the fetishism takes the form of cross-dressing. In her discussion of the clinical material, the author develops issues raised by contemporary psychoanalysts concerning the Freudian metapsychology of perversion, the paradigm for which is fetishism. Contemporary ideas on fetishism have much less to do with sexual issues as*

*such and more to do with the vicissitudes of primary narcissism: the fetishistic solution involves, above all, a primitive sense of identity that goes beyond sexual identification and object choice.*

*The author then shows how some forms of so-called perverse sexual behaviour may in fact be an attempt to rebuild earlier deficiencies in the self's relationship with the primary object. With non-neurotic patients, the therapeutic process consists in bringing to the fore what was missed out in the primary organization of self-identity and in restoring the dimension of affect—failures that evoke the absence, in the primary environment, of any sharing of affect or mirroring potentiality.*

*Keywords: affect, backroom, fetishism, identification, primary narcissism, neo-sexuality, perversion, addictive sexuality*

Les cliniques actuelles des néosexualités, selon l'expression de Joyce McDougall (1996), renvoient-elles seulement à une problématique sexuelle, comme l'a montré Freud? Par la présentation clinique de deux patients recourant à des solutions fétichiques, l'un présentant une sexualité addictive avec un fétichisme du pied, l'autre un travestissement fétichique, cet article interroge, à la suite d'auteurs contemporains, la métapsychologie freudienne de la perversion, dont le paradigme est le fétichisme. Joyce McDougall (1996) propose de réserver le terme de perversion uniquement à des relations sexuelles qui sont imposées par un individu à un autre non consentant ou non responsable, et elle désigne comme solutions néosexuelles des comportements sexuels communément désignés comme pervers, qu'elle considère en fait comme des techniques de survie psychique, qui sauvegardent le sentiment d'identité subjective. Dans cette perspective, il s'agira d'explorer ces nouvelles cliniques du fétichisme, à partir notamment du rôle joué par l'affect dans ces solutions fétichiques concernent-elle principalement l'identité sexuelle ou ne mettent elles pas d'abord en jeu les processus d'identification primaire, au delà des identifications sexuelles et du mode de choix d'objet?

#### **APPORTS POSTFREUDIENS À LA THÉORIE DU FÉTICHISME**

Cette contribution s'inscrit dans le contexte des apports postfreudiens sur la question du fétichisme. Les auteurs contemporains ont en effet souvent exploité le modèle freudien prototypique du fétiche comme solution perverse face à une angoisse de castration provoquée par la différence des sexes et par l'absence de pénis chez la femme (Freud, 1927) mais la plupart des analystes postfreudiens ont aussi souligné l'importance de dommages narcissiques précoces, soit dans un registre oedipien, soit à un niveau plus

archaïque, dans le contexte des interactions précoces avec l'objet, favorisant le recours à une solution fétichique. Les psychanalystes contemporains ont en effet souvent conçu la genèse du fétichisme comme un trouble de la prégenitalité ou de la relation à l'objet maternel primaire.

Winnicott (1951) a ainsi défini le fétiche comme un des destins possibles de l'objet transitionnel chez l'enfant : « On peut décrire le fétichisme en termes de persistance d'un objet spécifique, ou d'un type d'objet qui remonte à l'expérience infantile dans le domaine transitionnel, lié à l'*hallucination* d'un phallus maternel ». L'objet transitionnel est une illusion du phallus maternel, alors que le fétiche relève de l'*hallucination* du phallus maternel. L'objet transitionnel peut donc devenir un objet fétiche, qui persistera sous cette forme dans la vie sexuelle adulte, si l'absence ou la souffrance infligées par la mère sont telles qu'elles doivent être déniées par l'enfant.

Phyllis Greenacre (1968) évoque aussi la transitionnalité en avançant que le fétiche se situerait en deçà des processus de transitionnalité, dans un registre plus narcissique, et renverrait à des difficultés d'individuation. Dès 1953, cet auteur avait décrit le fétiche comme un trouble des identifications sexuelles précoces, d'un point de vue narcissique et non pas à partir de la prégenitalité. Elle présente le fétiche comme une défense contre des altérations archaïques dans la constitution de l'image du corps, qui ont pour conséquence une identification bisexuelle, une instabilité permanente du « body-self » et un investissement important du registre visuel. Cet auteur articule ces troubles précoces se situant dans les dix huit premiers mois de la vie, à d'autres plus tardifs, survenant entre deux et quatre ans, au cours de la phase phallique. L'ensemble de ces distorsions provoque un complexe de castration exagéré et le fétiche revêtira alors une fonction narcissique de défense contre le registre de la castration.

E. Kestemberg a élargi ce concept de fétichisme par l'introduction de la notion de relation fétichique à l'objet (1978), comme une défense contre une menace d'anéantissement proche de la psychose. Comme E. Kestemberg, Racamier (1995) insiste sur la façon dont le fétiche suture les carences narcissiques face au manque de l'objet ou à l'hémorragie narcissique. Cet auteur évoque « un colmatage perversif des agonies psychotiques » et décrit l'objet incestuel comme un objet fétiche.

Les travaux très connus de J. Chasseguet-Smirgel (1984, 1991) situent le fétiche dans l'économie anale, plus particulièrement dans le registre de la régression sadique-anale. Le fétichisme correspond au déni de la genitalicité et à l'idéalisation de l'analité, en deçà de la différence des sexes et des générations. Quant à Stoller (1993), il abordera la question du fétiche sous l'angle du conflit oedipien précoce. Un mouvement de déshumanisation

caractérise la constitution du fétiche, liée à un acte de cruauté, mais c'est précisément la trace du lien humain originel qui rend le fétiche excitant. Stoller écrit que « le fétiche est une histoire qui se fait passer pour un objet » (1993, p. 122). La fétichisation à la fois déshumanise l'objet, à la fois dote le fétiche d'une qualité humaine.

Enfin, les avancées théoriques récentes de R. Roussillon (2004a) renouvellent l'éclairage des cliniques du fétichisme conçues comme des « solutions secondaires », « post-traumatiques », à certains « traumatismes primaires ». Cet auteur souligne, « au delà de l'exploration freudienne, comment la perversion puise l'une de ses sources premières dans les difficultés de mise en place du narcissisme primaire, comment la perversion ne concerne pas seulement "l'identité sexuelle" du sujet, mais concerne aussi son identité primaire, narcissique » (2004a, p. 150).

Cette dernière théorisation sera reprise et développée au fil de la présentation de deux patients, tous deux homosexuels<sup>1</sup> et séropositifs. Le cadre est celui d'une psychothérapie psychanalytique hebdomadaire, avec deux séances par semaine en face à face. Le choix de ce dispositif est lié, comme on le verra pour chacun des patients, à l'investissement très fort du regard dans ces deux thérapies, qui relève effectivement d'une véritable survie psychique : ces deux patients avaient en effet besoin d'une régulation perceptive visuelle sur le visage de leur analyste, pour vérifier l'impact de leurs paroles sur ma personne et notamment ma résistance à leur destructivité, du fait de leur angoisse extrême de retrait de l'objet primaire. L'étagage sur la présence visuelle de l'analyste a en effet beaucoup mobilisé et relancé en quelque sorte les modalités primaires de la relation à l'objet.

#### UN CAS DE FÉTICHISME DU PIED

Il sera d'abord question d'un patient présentant une sexualité addictive, Mr X, âgé d'une trentaine d'années, qui consulte pour son mal être imputé au sida. Les figures d'un fétichisme du pied se déploieront au fil de sa psychothérapie psychanalytique, en face à face.

Lors de la première séance, je suis d'abord captivée par cet homme, qui se présente de façon théâtrale et haute en couleur. Sa voix est tonitruante et son débit rapide. Il se dit issu d'une famille « de la haute société » et associe rapidement sur ses souvenirs d'enfant de la cuisine maternelle, la description est très sensuelle, je sens les odeurs, vois les couleurs, goûte les plats, entends le bruit des magnifiques casseroles en cuivre . . . C'est une grande famille, avec une très bonne éducation. Il décrit ensuite dans un

1. La question de savoir si l'homosexualité peut être ou non considérée comme une perversion, qui a suscité de nombreux débats, ne relève pas de mon propos dans cet article.

flot rebondissant de paroles les multiples lieux de séjour de la famille, dont il évoque les différents membres de façon très confuse et rapide . . . Je me sens noyée dans une accumulation de détails, géographiques, culinaires, politiques, familiaux et suis traversée par l'idée étrange d'un « baroque flamboyant » . . . Cinq minutes avant la fin, tout de même assez désorientée, je fais simplement remarquer au patient qu'il n'a pas encore parlé de lui. Il s'effondre, tout retombe. Il a tout raté dans ses études, il ne supporte pas que son ami l'ait laissé tomber, il va dans les « trucs de sexe », il accumule les partenaires, il a le sida, il est mal, il demande de l'aide.

L'effondrement, derrière la défense maniaque. La thérapie s'engage et elle sera très rapidement émaillée par les récits sexuels du patient, qui m'ont d'abord sidérée.

Il évoque sans retenue aucune, dans un langage très cru et très visuel, ses rencontres sexuelles, nombreuses, toujours changeantes . . . Il multiplie les partenaires dans des clubs de sexe, dans des backrooms<sup>2</sup>, en plein air, « il peut se faire dix types en une heure, il ne sait plus, il ne compte plus », il évoque des grappes d'hommes, les uns dans les autres, en couronne . . . parfois aussi des rencontres fugitives dans les pissotières.

Il décrit tout et se mélangent bouche, anus, salive, sperme, crachats, anulingus, pénétration dans le noir, jouissance et tout d'un coup découverte d'une plaie pas vue dans la bouche, ou d'une tache noire, de cloques, de signes de maladies, et alors c'est la terreur.

Je suis souvent saisie par de violentes nausées, par un écoërement radical. C'est d'ailleurs un patient qui m'envahit de façon très sensorielle : il me regarde et m'interpelle, sans arrêt, il est tout en gestes, non seulement il parle très fort mais il dégage une forte odeur, qui m'écoëure, m'obnubile parfois au point de m'empêcher de penser. C'est un kaléidoscope en perpétuel mouvement, sans arrêt sur image, j'éprouve une très grande difficulté à rassembler mes idées en sa présence. Mes tentatives d'intervention sont aussitôt recouvertes par un flot de paroles. Je me sens devenir inexistante, emportée dans un tourbillon. Toute manifestation de ma présence semble vécue comme une effraction par le patient, emmuré dans son discours et je saisis peu à peu que ces éclats de voix et de mots servent à protéger Mr X de cette potentialité effractive de mes interventions.

Au fil de la thérapie, voici comment se présente l'imaginaire maternelle, actualisée dans le transfert il me fait remarquer ma mine sérieuse, il a

---

2. Une backroom ou salle arrière, est une salle présente dans certains bars ou boîtes de nuit gays, où les consommateurs peuvent se rencontrer dans la pénombre ou l'obscurité pour des relations sexuelles avec un ou plusieurs partenaires, le plus souvent anonymes. Certains saunas gay sont également équipés d'une backroom.

peur de ma froideur, de ma distance, de mon impassibilité; il a aussi peur de me décevoir. En même temps, il tente d'établir un lien de très grande proximité chaleureuse et complice, j'ai l'impression de faire en quelque sorte partie de lui. L'imaginaire maternelle apparaît tantôt comme trop froide, tantôt comme trop chaude.

Quand il évoque sa peur de me décevoir, ses associations concernent sa mère, il pouvait la rendre très malheureuse, elle lui disait toujours « Tu vas me rendre folle ». Dans mon vécu contre transférentiel, j'éprouvais effectivement souvent l'impression de devenir folle avec ce patient et je me sentais alternativement tantôt pleine de sympathie pour lui, tantôt très froide, lointaine. En ce qui me concerne, je le vivais tantôt comme un enfant attachant et drôle, tantôt comme cet adolescent dégoûtant, qui puait. J'éprouvais surtout un sentiment de débordement et d'envahissement sensoriel, par l'odeur, par la gestualité, par la voix. Il m'épuisait et il pouvait aussi me déprimer et m'écœurer.

Il présente sa mère comme très pieuse, elle pouvait être sévère, avec des fessées, mais elle était très aimante, elle l'adorait. Plus tard, affirme-t-il, sa mère n'a pas supporté qu'il devienne un adolescent, avec des « pieds qui puaient, des poils qui poussaient » . . . Elle n'arrêtait pas de faire irruption dans la salle de bains pour voir s'il se masturbait.

Quant à son père, Mr X le décrit comme absent, « toujours parti » : sa mère lui a dit qu'il le réclamait beaucoup, quand il était enfant. À l'adolescence, il est rentré dans un violent conflit avec son père, il n'a jamais réussi à se faire reconnaître par celui-là, très déçu par son fils. Enfant, il était « adoré », adolescent, il est devenu « le dernier des derniers ». Il a fait de longues études, mais n'a aucun diplôme, ce qui a aussi été un motif de conflit avec son père, comme son homosexualité.

Il se souvient que quand il a douze ans, son père et lui sont nus ensemble dans la douche, son sexe se dresse, son père le voit, il sort de la douche sans rien dire. Au fil de la thérapie, voici le scénario récurrent qui est apparu : « Il regarde fasciné les pieds de son père ». Les pieds nus, c'est ce qu'il préfère, ça le déchaîne sexuellement, il passe du temps sur internet sur des sites pornos où il regarde en gros plan des pieds et encore des pieds . . . Il se souvient aussi de sa mère qui massait les pieds de son père.

Mr X a vécu plusieurs années avec un jeune homme, dont il s'est occupé tendrement et le début de la thérapie coïncide avec la rupture avec cet ami. Cette période de la vie de Mr X apparaît dans son récit assez heureuse et tout semble basculer dans le chaos avec la fin de cette relation.

Au début de la thérapie, l'essentiel se passe dans l'agir en on est encore loin d'un transfert sur la parole, comme en témoigne la séquence transfé-

rentielle suivante, au cours de la seconde année de son travail analytique : un jour, je le trouve, après la fin de sa séance, dans la salle d'attente en train de noter le numéro de téléphone du patient suivant, un homme qui vient pour la première fois. Mr X me décrit, à la séance suivante, un coup de foudre instantané pour cet homme qui serait le portrait « tout craché » de son père. Il lui a téléphoné puis l'a rencontré mais est très déçu qu'il soit hétérosexuel. Autrement dit, il s'agit ici de prendre le père à la mère que j'incarne, d'échapper à la représentation insupportable d'un autre patient avec moi, sans lui, et, aussi, de séduire le frère potentiel, au lieu d'avoir envie de le détruire.

#### **DES BACKROOMS À LA THÉRAPIE COMME BATHROOM : LA QUESTION DE LA COMPOSITION DE L'AFFECT**

Je vais reprendre quelques aspects de cette thérapie, en centrant le questionnement autour des liens entre les processus d'identification à l'œuvre chez ce patient et sa fréquentation des backrooms. Voici un extrait de séance, après un an de thérapie.

Il parle de son nouveau travail, il est inquiet parce que le patron ne le regarde pas, pourquoi a-t-il besoin comme ça d'être aimé ? Il parle des clubs de sexe et des backrooms : ce qu'il aime, quand il arrive, c'est que tout le monde le regarde, il rayonne, il parle haut, il fait rire, il séduit, les regards convergent sur lui, il ressent une sorte d'ivresse, il ne sait plus qui choisir, il a peur de se tromper, de ne pas choisir le bon, il se sent un lion, très fort, et ensuite le sexe, débridé, souvent après il est mal . . . Comme hier au backroom, il a fait l'amour, mais il n'a pas eu ce qu'il voulait, qu'on le regarde pour lui, pas pour son corps. Dès que c'est fini, il ne compte plus, il cherchait des « câlins » et il n'a rien eu, c'est « mécanique », « on l'a pris comme une chose », et on l'a jeté etc.

Il associe sur sa mère, qui ne lui faisait pas de câlins. Elle était obsédée par la propreté, elle avait horreur de la saleté, la maison était « hyper bien tenue », ça brillait. Il évoque les carrelages de la salle de bains quand il était petit . . . Il décrit alors longuement ce qu'il appelle son meuble, dans la salle de bains, avec des tiroirs, du savon, du talc, du coton, du mercurochrome. Je suggère alors : « le talc des bébés et le coton, le mercurochrome pour les bobos des petits, avec une maman qui soigne ». Il continue sa longue description de la maison, de la pièce où il jouait, tout était toujours très propre, répète-t-il.

Je lui fais remarquer qu'il parlait du backroom et que cela lui avait fait penser à la salle de bains, quand il était petit . . . Il reprend : « Ce que je cherche, c'est être enveloppé, approuvé ». Je lui propose l'idée qu'il cherche

peut être au backroom quelque chose qui lui rappelle les soins de sa mère, quand il était petit . . . Il reparle de sa mère, qui ne lui faisait pas de câlins . . . J'ajoute: « Alors, c'est comme au backroom où vous cherchez des câlins et n'en trouvez pas, vous cherchez un regard qui vous voit, et vous ne le trouvez pas ». Il semble frappé par mes paroles, et dit: « Je cherche dans le sexe, quelque chose au delà du sexe: Dans le sexe, ce que j'aime bien, c'est que je me sens exister ».

Pour Mr X, ce qui paraît central dans l'expérience des backrooms, c'est le retournement des affects du registre de l'élation en effondrement. Dans son récit, ceux qui le regardent semblent d'abord répondre à ses élans, puis le sexe, et, très rapidement, le rejet, le détournement des regards, la perte des visages . . . Le patient associe cette expérience à l'absence de câlins de sa mère. Mais, si l'on s'attache à ce double mouvement d'élation et d'effondrement, et à la séquence associative relative aux soins corporels maternels, on peut avancer qu'il ne s'agit pas seulement d'une absence de câlins, mais bien plutôt d'un changement brutal dans l'attitude de la mère, qui tantôt accueille les mouvements de son enfant de façon rayonnante – elle rayonne et il rayonne de tous ses feux, comme lors de son entrée au backroom – tantôt au contraire elle le rejette, ferme son visage, détourne le regard.

Voici l'hypothèse que je propose: l'univers du backroom dupliquerait le chaos originnaire des réponses de l'objet. Dans cette perspective, l'expérience des backrooms correspondrait à une tentative de « composition de l'affect » (R. Roussillon, 2004b)<sup>3</sup> qui aboutit paradoxalement à une dégradation, à un démantèlement des affects qui dégénèrent, à une décomposition de l'affect au moment même où il tentait de s'organiser: entre les deux mouvements, le corps à corps . . . Autrement dit, face à l'échec d'un processus de représentance d'un plaisir partagé, on en reste aux manifestations somatiques de l'affect. D'ailleurs, contre-transférentiellement, ces évocations me provoquaient de violentes nausées, me plongeant moi aussi dans l'incapacité de ressentir la situation dans un registre émotionnel, mais je ne pouvais aussi la ressentir qu'à un niveau corporel . . . tout se passe comme si le pôle somatique de l'affect se donnait à voir, sans accès à la représentabilité psychique.

---

3. R. Roussillon (2004b) montre en effet que si le plaisir réverbéré par l'environnement primaire n'est pas suffisant, l'affect de plaisir de l'enfant peut ne pas se composer et donc ne peut pas être éprouvé. Ainsi le plaisir trouvé dans la rencontre avec l'objet conditionne la représentance psychique du plaisir de décharge trouvé dans le soma si les formes de plaisir liées à l'autoconservation et/ou à la zone érogène ne parviennent pas à trouver de représentants psychiques, elles peuvent rester inconscientes, ne pas être éprouvées comme telles, rester à l'état potentiel.

Comment la thérapie a-t-elle pu favoriser une relance des identifications premières, passant par un processus de composition de l'affect ? En devenant le lieu du backroom, de la salle de bains : ainsi, la séance que j'ai évoquée s'est-elle inscrite dans ma mémoire car c'était la première fois que j'ai senti le patient envahi par une émotion intense à l'évocation des lieux de son passé, et que je me suis sentie moi-même émue de me sentir devenir avec lui la mère dans la salle de bains, qui s'occupait de ses « bobos ». Il m'avait en quelque sorte permis d'entrer dans ses salles de bain, pour le voir et le sentir, non plus comme une mère surprenant son enfant en train de se masturber dans la salle de bains, d'exhiber sa sexualité dégoûtante, mais comme une mère soignant et baignant son petit enfant.

L'investissement du regard de la thérapeute dans le transfert, vécue comme médusante, froide, indifférente ou comme conquise, semble avoir joué un rôle majeur. Je n'ai cessé au début de la prise en charge d'éprouver l'angoisse d'être assignée à la place du spectateur anonyme, au rôle joué par un regard tiers dans le scénario pervers, bien décrit par Joyce McDougall (1978) par ma sidération, par mon malaise, voire par ma fascination, je portais l'affect absent dans les paroles de Mr X. Je réagissais aussi avec violence face au sentiment de n'être pas identifiée dans mon altérité, chez ce patient pour lequel la distinction entre intérieur et extérieur n'était pas effective.

#### **PRIMAUTÉ DU REGARD DANS LA SOLUTION FÉTICHIQUE**

Dans ce contexte, voici un second extrait de séance après quatre ans de thérapie, à un moment de reprise et de multiplication des rapports, après une période d'atténuation. J'ai été absente la séance précédente.

Mr X me dit : « J'ai rencontré beaucoup d'hommes ce week end dans un sex club, vendredi, samedi, dimanche, 9 vendredi, 8 samedi, 7 dimanche, cela fait 24. Pourquoi je fais ça ? »

Suit une description en langage très cru les pieds, les odeurs, odeur formidable d'un pied, devant, derrière, la bouche, l'anus, les odeurs dégoûtantes. Il décrit les hommes, par terre, sur des lits, dans des cabines. Il évoque en particulier un homme, « avec un pied extraordinairement beau, le pied, le mollet, sculpté comme un Michel Ange : sur le sol je lui ai léché les pieds, après il a fait pareil pour moi, une odeur irrésistible. Moi les odeurs, c'est très important ». Je lui rappelle la scène des pieds de son père dans la douche.

Il poursuit : « Les pieds de mon père, oui, mais en même temps y'avait que ça qu'était pas beau chez mon père, il avait un corps magnifique, un corps d'Apollon mais mon père avait des champignons, affreux, ça s'émiettait, il y avait aussi des crevasses derrière . . . Il fallait lui mettre des pommades,

ma mère lui mettait des pommades, comme je vous ai déjà dit, moi j'étais fasciné, je participais à leur truc . . . j'adore les pieds, l'odeur du pied, je déteste ce qui sent mauvais».

Il évoque un homme qui lui a proposé un anulingus, il dit qu'il a refusé «de lui lécher le cul», qu'il l'a éloigné, il n'aime pas ça, ça ne l'intéresse pas. «Moi, j'aime pas la merde, je vous le jure par le pied du Christ. J'adore aussi les pieds du Christ avec un clou dedans et l'histoire . . . comment . . . de Marie Madeleine qui vient lui laver les pieds. Y'a plein de tableaux que j'adore. Ce que j'aime, c'est son regard d'adoration, un regard de dévouement, d'un amour total, regard qui vient du bas vers le haut». Je lui rappelle, le regard de sa mère quand elle s'occupait des pieds de son père. Il rit; «Ah, je n'y avais pas pensé. Moi, ce que j'aime, c'est justement ce regard d'adoration totale sur moi, tu es tout pour moi, je me donne absolument à toi, c'était le regard de celui dont je vous parlais, avec le pied de Michel Ange».

Dans une séance des Minutes de la Société psychanalytique de Vienne, consacrée au fétichisme, Freud évoque les pervers fétichistes du pied qui «préfèrent se choisir une jeune prostituée dont ils lèchent les pieds sales. Là la pulsion de dégout (Ekeltrieb) réprimée est patente». Stekel fait ensuite mention d'un fétichiste du pied en analyse avec lui «qui a une préférence marquée pour les pieds d'hommes», «surtout s'ils se montrent pieds nus dans la rue et que leurs pieds sont sales» (Minutes, 430-431). Mr X lèche lui aussi les pieds qu'on présume sales et d'ailleurs son fétichisme du pied s'origine dans le dégoût mêlé de fascination pour les pieds «affreux» de son père. Il décrit d'ailleurs parfois l'intensité de son excitation l'été, quand son regard s'attache à tous ces pieds d'hommes en sandales dans la rue, pieds offerts au regard.

Au-delà de l'analyse classique du fétichisme, comme déni de la perception de l'absence de pénis chez la femme, avec utilisation du fétiche comme substitut de l'organe manquant, cette clinique met au premier plan la question du regard. Cette dimension du regard constitue un ingrédient central du fétichisme, qu'il est possible d'éclairer, comme le fait R. Roussillon (2004a), à partir du commentaire de Freud sur le fétiche élu par L'homme aux loups (1918), un certain «brillant sur le nez». Freud interprète ce fétiche comme une confusion entre la zone sexuelle et le visage, le nez qui se voit au milieu de la figure «compense» le pénis absent, il cache son absence. R. Roussillon insiste sur le fait que le lieu du fétiche est en fait le regard, le brillant du nez, selon lui, renvoie au brillant des yeux. Dans le fétichisme, la catastrophe narcissique serait donc antérieure à la catastrophe de la découverte du sexe féminin, ce serait la perte d'investissement reflété par le visage de la mère.

Le recours à une solution fétichique s'avère donc pour ce patient la seule solution pour tenter de faire advenir par son comportement sexuel des modalités d'échanges affectifs absentes de la relation première avec l'environnement : mais il retrouve inmanquablement l'absence de partage affectif, la froideur et l'imprévisibilité de l'objet, associés à des éprouvés originaires de détresse. Ce cas témoigne du fait que les solutions fétichiques concernent l'identité primitive et pas seulement l'identité sexuelle. Cet aspect central de la problématique du patient s'intrique au fantasme de scène primitive.

Tout se passe comme si Mr X dans les backrooms ne cessait de participer à une gigantesque scène primitive en deçà de la différence des sexes, sur le mode de l'autosensorialité triomphante, comme il dit « il participe à leur truc », mais en même temps il éprouve répétitivement l'échec de sa quête d'un regard comblant : il revit chaque fois l'échec à obtenir le regard d'une mère qui idolâtre les pieds du père. Les backrooms représenteraient l'évitement et la mise en scène de la catastrophe psychique primitive de l'exclusion de la scène primitive, en même temps que la perpétuation d'une scène de mêlée des corps et des pieds, à laquelle il participe. Par ailleurs, l'importance extrême accordée aux odeurs dans les backrooms par Mr X témoigne de la prépondérance du registre de l'analité. Freud, dans une note ajoutée en 1910 dans *Les trois essais* (1905) souligne « le plaisir olfactif coprophilique » présidant à l'élection d'un fétiche dégageant une forte odeur comme le pied.

Freud, dans « Le fétichisme » avance en 1927 l'hypothèse que le fétiche est constitué à partir de la dernière perception visuelle, qui précède le traumatisme. L'élection du fétiche constitue donc une tentative pour éviter l'effondrement, en même temps qu'il rappelle par sa présence perceptive ce traumatisme. Dans le cas du patient, si on en revient au souvenir écran central du massage des pieds du père par la mère, son érection du pied comme fétiche pourrait représenter la vision catastrophique d'un équivalent de scène primitive, mais simultanément le protégerait de cette vision traumatique car l'élection du pied est coupée du reste de la vision, coupé surtout de la perception de la différence des sexes. Reste l'odeur où la scène se diffuse, se dissout, et la fascination du regard de complétude. Mr X évite ainsi la représentation de son exclusion de la scène primitive et de la castration.

#### **DES FAILLES IDENTITAIRES PRIMITIVES À LA DÉSUBJECTALISATION**

Cet échec de l'élaboration du fantasme de scène primitive renvoie à l'absence du regard de la mère sur son enfant : il s'agit moins d'un regard maternel qui s'intéresserait de façon privilégiée au père en négligeant l'enfant, que d'un désinvestissement total de la présence de l'enfant par la mère. L'absence de figuration possible du fantasme de scène primitive renverrait à ce désinvestissement

premier de la mère. Dans cette perspective, l'échec répété de sa tentative de rencontre avec d'autres hommes au backroom duplique de façon quasi hallucinatoire l'échec répété de la rencontre avec l'objet primaire. Pour éviter le retour de traces perceptives traumatiques en lien avec l'absence de l'objet – plus précisément avec son absence de regard, Mr X investit activement la déliaison, le désinvestissement, la destructivité pour ne pas risquer une liaison pulsionnelle, une psychisation avec figurabilité, qui pourrait le confronter à l'absence ou au désinvestissement de l'objet premier.

Dans les backrooms, la rencontre avec un autre identifiant semble vouée à un échec perpétuel. Selon les dires de Mr X, on le prend pour une chose, on le jette, on ne le regarde pas pour lui mais pour son corps autrement dit, on lui dénie son statut de sujet, le corps apparaît déconnecté de la vie psychique, tout processus de subjectivation semble impossible dans un tel contexte. Le patient insiste sur l'aspect mécanique du backroom, il est pris dans un mécanisme d'emballage pulsionnel irrésistible : la déliaison et la destructivité accompagnent cette excitation folle, corrélative d'une véritable implosion du sujet et de l'objet. La destructivité de Mr X consiste alors à investir activement ce processus de désinvestissement, qui le menace : selon une expression du patient, « plus il se sent en danger, plus il se met en danger ». Il est d'ailleurs arrivé plusieurs fois à Mr X de s'exclamer : « Au secours, aidez moi, je suis encore parti en vrille dimanche, je suis allé au backroom, je ne sais même plus combien de types je me suis fait, ça s'arrêtait pas, je suis sorti mal ». Il témoigne bien là de son aspiration dans le gouffre d'un emballage pulsionnel, où se perdent conjointement sujet et objet, objet d'ailleurs réduit à des parties de corps, objet parcellisé et concassé comme le sujet lui-même. Dans cette configuration, le patient investit sa thérapeute dans le transfert, avant qu'il ne soit aspiré par le trou car il perd son autoreprésentation quand elle est absente, et, pour se sauver de cette perte, il est alors aspiré dans l'engrenage du backroom ou de la démultiplication soudaine des rapports.

J'ai été frappée par la diminution importante de la crudité des récits sexuels du patient au fil de la thérapie, sans que je n'intervienne sur ce sujet ni par un interdit, ni par une quelconque mention de ma gêne extrême à écouter ces récits : je fais donc l'hypothèse qu'une des fonctions de ces récits adressés à une femme était de provoquer le rejet, par ailleurs tellement craint, de réactiver le dégoût de la mère pour la sexualité de son fils adolescent.

#### **DES IDENTIFICATIONS PRIMAIRES AU CHOIX D'OBJET HOMOSEXUEL**

Le niveau archaïque des failles identitaires de l'organisation psychique de ce patient a conditionné, dans une dimension d'après coup, l'organisation

de l'Œdipe et son choix d'objet homosexuel. L'homosexualité de Mr X semble relever de plusieurs aspects. La relation tendre qu'il a entretenue pendant plusieurs années avec un jeune homme pourrait évoquer le type d'homosexualité décrit par Freud à propos de Léonard de Vinci (1910) où le sujet s'identifie de façon narcissique à sa mère puisqu'il recherche comme objet d'amour des jeunes gens dans lesquels il puisse se retrouver et les aimer comme l'a aimé sa mère. Mais les processus d'identification à la source de son choix d'objet homosexuel apparaissent en fait beaucoup plus complexes que dans cette simple configuration. Mr X proclame qu'il aime «les hommes virils, pleins de poils, surtout pas les efféminés», il adore séduire des hommes mariés et affirme par exemple: «Une famille, des enfants, c'est encore mieux, c'est du très viril». Il semble ainsi chercher à incorporer un peu du paternel. Il s'agit d'effacer toute trace de féminin en lui et il semble que, dès l'adolescence, l'homosexualité l'ait protégé d'un rapprochement incestueux avec sa mère. Green dans *Les chaînes d'Eros* (1997) cite parmi les principales formes d'homosexualité qu'il a pu observer, l'homosexualité du sujet qui met toute son énergie à expulser en dehors de lui toute trace de féminité: il lutte contre un envahissement maternel dans l'enfance et contre un ressentiment à l'égard de la mère, dont la nécessaire absence fait les conditions de la jouissance, dans une rencontre avec le père exclu.

Cette dynamique d'investissement d'hommes virils, «poilus» comme son père alors que lui souffre d'être quasi imberbe, renvoie évidemment à son père comme choix d'objet. Selon Freud, dans *L'homme aux loups* (1918), le choix du père comme objet remplace l'identification première avec lui. Freud évoque en effet l'amour inspiré par le père pour le petit garçon et l'angoisse qui le pousse à renoncer à la rivalité avec lui. Le renoncement à la femme consiste à renoncer à être en concurrence ou en conflit avec le père. Le père de l'Homme aux loups redevient l'objet d'amour du petit garçon mais l'identification première est alors remplacée par le choix d'objet, le choix du père comme objet d'amour, et non plus comme pôle identificatoire.

#### **LA DYNAMIQUE THÉRAPEUTIQUE: ENGAGEMENT DE PROCESSUS IDENTIFICATOIRES ET D'UNE POTENTIALITÉ RÉFLEXIVE**

L'évolution thérapeutique de la problématique fétichique de ce patient a été marquée par l'apparition progressive de rêves, alors que Mr X ne rapportait pas de rêve au début du travail thérapeutique. Le premier rêve apparaît un an environ après le début de la thérapie et condense alors les grandes lignes de son évolution:

« Je suis dans une cour d'école. Tous les garçons reçoivent un costume. J'enfile le mien mais la fermeture éclair du pantalon ne marche pas, les, comment on dit, les trucs étaient cassés . . . ces trucs étaient très brillants. J'avais pas de chaussures non plus, j'étais pieds nus. J'enlevais mon habit, tout le monde allait voir que j'étais tout nu, j'avais affreusement honte, mais je m'apercevais que finalement j'avais un caleçon jusqu'aux genoux. Ouf, personne n'a rien vu et le, comment, responsable, directeur, est venu me donner un nouveau costume, j'allais être comme les autres ».

Rêve très riche, évocateur, entre autres, de processus de l'ordre du refoulement, d'un éprouvé enfin possible de honte, de la reconnaissance par une imago paternelle et, corrélativement, de la loi du père . . . Mr X fait un rêve typique selon l'expression de Freud, ce qui fait écho à la fin du rêve où il va être comme les autres ! Alors qu'au début du rêve, « Personne n'a rien vu » de lui et de sa détresse, le rêve rétablit la situation par une intervention du directeur qui le sort de sa détresse et lui donne un attribut comme aux autres. Cette fois, l'imago paternelle n'est plus excitante mais pare-excitante.

Dans le rêve de nudité, Freud remarque le contraste fréquent entre la honte éprouvée par le rêveur et l'indifférence des spectateurs. Commentant l'analyse de Freud, Ciccone et Ferrant (2009) dans leur ouvrage sur la honte, avancent que cette indifférence des spectateurs constituerait la trace actualisée d'une expérience traumatique, soit une défaillance du rôle miroir de l'environnement : « L'enfant nu et excité ne rencontre aucun écho, aucun traitement psychique de son excitation. Ce qu'il éprouve au dedans n'est pas reflété au dehors ; il ne trouve pas trace de lui-même, de son excitation dans l'environnement qui ne reflète rien au sujet. La honte surgit à partir d'une défaillance de la fonction miroir de l'environnement ».

Le processus d'identification paternelle est activé, dans le transfert, avec une identification à une imago paternelle qui le prend en compte et l'adoube en quelque sorte, et, du coup, il peut ressembler à l'ensemble des autres garçons. Il troque sa nudité excitante contre un costume qui lui garantit son entrée dans la société des hommes.

Voici un second rêve :

« Je rencontre un homme plus vieux que moi, je ne le connais pas. Je parle avec lui. Il se met nu sans rien dire. Je suis sidéré. Il lève le pied et il le fait bouger vers moi. C'est un très beau pied ».

Je propose : « Le pied de Michel Ange ». Il acquiesce et poursuit « Là c'est encore le pied et le sexe. Vous savez comme le pied c'est important pour moi. Moi dans la séduction, le plus important, c'est le regard. Je peux pas

toujours regarder le sexe. Ce que j'aimerais, c'est un regard perpétuel; c'est le regard le plus sexuel pour moi».

Ici, il s'agit de l'imago du père séducteur, et, en filigrane, se dessine le souvenir du père dans la douche, qui « ne dit rien ». Gros plan sur le pied levé qui bouge, qui occupe toute la scène: arrêt sur image. Le patient associe alors le pied et le sexe; cette association renvoie à une possible métaphorisation du sexe comme pied, en tout cas instaure un écart entre la chose et le symbole, ce qui était alors nouveau dans son fétichisme du pied.

Mais au delà du pied, apparaît toujours la nostalgie d'un regard perpétuel, sans coupure. Regard du père ou de la mère, regard en tout cas constitutif du narcissisme et des identifications premières. Mr X dans ses associations indique que son regard obligé sur le sexe renvoie au manque d'un regard premier à fonction identifiante.

Après sept ans de thérapie, Mr X, avait considérablement diminué sa fréquentation des backrooms, où il retournait à de rares occasions, en lien avec parfois la recrudescence d'angoisses massives. Le registre de la parole était désormais investi, il parlait moins fort, prenait le temps de reprendre son souffle et de réfléchir: il tentait notamment de garder le fil d'une séance à l'autre, de se souvenir de ce qui avait été dit pour continuer et il était entré dans le registre de l'associativité. Il avait acquis une potentialité d'autoréflexivité et il pouvait désormais ressentir et exprimer des émotions comme la tristesse, sans en être submergé. Les allers et venues du patient au backroom étaient ainsi liés à des moments où il aurait pu être débordé par des émotions, positives ou négatives, de tristesse ou de jubilation. Il partait alors en vrille, disait-il . . . On sait que la sexualité addictive, comme les autres addictions, renvoie à un débordement pulsionnel qui s'exprime sur le versant quantitatif, faute de qualification de l'affect. Cette perspective met l'accent sur une absence de représentation possible de l'affect. La problématique de composition de l'affect apparaît donc au centre du travail thérapeutique avec des cliniques fétichiques.

#### **CLINIQUES DU FÉTICHISME ET « INDISCRIMINATION ENTRE L'FFECT ET LA REPRÉSENTATION »**

A propos de certains tableaux cliniques différents des situations analytiques ordinaires, A. Green (1999) propose l'idée d'une indiscrimination entre l'affect et la représentation; il montre que Freud postule un état où représentation et affect ne sont pas encore distincts, c'est le représentant psychique de la pulsion, qui précède la discrimination de l'affect et de la représentation, des deux composantes de ce représentant psychique, l'une idéique, le représentant-représentation, l'autre affective, le représentant

affect de la pulsion. Ce représentant psychique de la pulsion, précise Green, ressemble beaucoup aux motions pulsionnelles du ca, où on aurait affaire à un état en deçà de la distinction entre affect et représentation. Cette non discrimination entre affect et représentation s'accompagne d'états de non séparation entre sujet et objet. L'affect prend alors une forme torrentielle et passionnelle, caractéristique des formes de l'affect non réfléchi, non partagé. Cette dimension passionnelle de l'affect serait précisément, selon Roussillon (2004a), ce qui permet de mieux saisir la nature de ce représentant psychique de la pulsion.

Par ailleurs, dans cette forme de sexualité addictive présentée par Mr X, l'objet du désir est remplacé par l'objet de la pulsion, qui se différencie du précédent par sa quasi infigurabilité : au soubassement de ces conduites au backroom, l'impossible deuil de l'objet primaire, l'impossible représentation de l'absence de l'objet, qui renvoie le patient à l'aspiration dans un trou sans fond.

« La confusion menaçante entre l'objet et la pulsion a pour conséquence que l'assouvissement de la pulsion, donne moins lieu à une introjection qu'à une excorporation violente qui s'en prend au moi englouti par la pulsion en même temps qu'à l'objet avalé et craché simultanément » (Green, 1993, p. 173).

Autrement dit, la confusion entre l'objet et la pulsion ne peut pas donner lieu à un processus d'introjection qui enrichirait les identifications du sujet, mais elle aboutit à la destruction simultanée du sujet et de l'objet.

#### **UN CAS DE TRAVESTISSEMENT FÉTICHIQUE**

Une brève référence à la cure d'un second patient, présentant une autre forme de solution fétichique, permettra de préciser davantage les hypothèses précédentes. Il s'agit d'un patient homosexuel et travesti d'une trentaine d'années, qui m'est adressé dans le contexte d'un état somatique très grave, dû au sida. Au premier entretien, Mr Y m'apparaît très maigre, le visage émacié, avec la lipodystrophie caractéristique des patients atteints du sida traités par trithérapie. Il est glacial, avec un visage très dur et il me fait peur, j'imagine sa mort prochaine. Il dit ne pas supporter d'avoir été récemment rejeté par sa mère, en lien avec son homosexualité et son sida. Il décrit par ailleurs un lien impossible à son père. Il me dira encore qu'il a peur de mon regard mais il ajoute qu'il faut que je le regarde. À la fin de l'entretien, je ne me sens aucunement touchée par ce qu'il raconte sur ses parents ou sur sa maladie, je n'éprouve pas d'empathie. Je ressens un peu d'effroi, pense à la mort proche et n'ai guère envie d'engager un travail avec lui. C'est au second entretien seulement que je me sentirais mobilisée par

son histoire : il parle tout de suite de sa mère, il s'est rappelé qu'il lui faisait toujours des bisous quand il était petit. Il voudrait une thérapie, et il me demande en quoi ça consiste ; je me rappelle lui avoir dit : « Le travail qu'on peut faire, c'est de vous regarder ensemble ». Je me sentais désormais dans l'impossibilité de l'abandonner, comme sa mère.

Une psychothérapie psychanalytique s'engage, en face à face, dans le contexte d'un effondrement somatique majeur, à une époque où la courbe des T4 est proche de zéro, alors qu'il est contaminé depuis une dizaine d'années. C'est à la suite du rejet de sa mère qu'il a été hospitalisé et que son état s'est dégradé de façon importante, en quelques mois. Avant cet abandon par sa mère, jamais le patient n'avait connu un tel effondrement tant sur le plan psychique que sur le plan somatique. Comme l'écrit Freud à propos de la mélancolie, « l'ombre de l'objet est tombée sur le Moi ». Ce deuil obligé de la mère active un noyau mélancolique chez ce patient, qui évoque parfois sa passion pour les cimetières, lors de son adolescence.

Les premiers mois de thérapie ont été éprouvants. Les séances s'organisent autour d'un leitmotiv, entrecoupé d'immenses silences, interminables. Le leitmotiv est le rejet de sa mère, impensable, il a toujours été correct avec sa mère. « C'est incompréhensible, ce n'est pas humain de rejeter son enfant. Aucune mère ne peut le faire ». Il se tait souvent. Si je demande ce qui lui vient, il me dit « rien, je pense à rien, c'est le blanc ». Il associe très peu, mes interventions de relance n'ont guère d'efficacité, je me tais aussi. Je lutte avec acharnement pour rester vigilante, je me sens la tête vide, je parviens difficilement à faire des liens, je me sens complètement envahie par le blanc. On est là tous les deux, on ne pense à rien, on ne désire rien, on est emporté dans un blanc vertigineux. J'associe enfin un peu ne rien désirer, ne rien penser, dormir, se retirer de sa tête pour ne plus souffrir, c'est survivre par le rien. Je pense à Winnicott : ne s'agirait-il pas d'éviter les pensées et de neutraliser les affects pour se protéger d'une souffrance insupportable et d'un sentiment d'impuissance, voire d'effondrement ? Être dans le blanc pour survivre.

Mr Y n'a presque pas parlé dans les commencements de sa thérapie de son ancienne activité de transformiste, qu'il évoquera seulement après plusieurs mois de thérapie. Dans une boîte de nuit gay, il se transformait, le plus souvent en femme, se donnait en spectacle, il était rétribué pour ce travail. Il insiste sur le fait que ce n'est pas lui, Mr Y, c'est son personnage de la nuit.

Après huit mois de thérapie, il m'apporte un jour des photos de ce personnage en femme, je ne m'attendais pas à ces photos, je regarde ce qu'il me montre, entre fascination et malaise intense, me sentant confusément

assignée à une place de voyeuse, mais il ne me vient pas alors à l'idée de faire autre chose que de regarder ces photos qu'il commente. Je suis à vrai dire sidérée par les images du patient que je ne reconnais pas, ainsi que par la qualité esthétique indéniable de ces mises en scène. Je découvre par exemple une femme blonde supersexy, avec une jambe nue qui sort de la robe, une autre photo de femme en pantalon, la veste ouverte avec un soutien gorge à dentelles noir. On le voit aussi en « créature », comme il dit, tout en hauteur, avec une robe immense à volants, au milieu d'une foule d'hommes qu'il domine largement par la taille, femme à crinoline énorme, montée sur des cothurnes, avec un masque blanc.

Il insiste beaucoup, après m'avoir montré les photos, sur le fait qu'il n'a pas de plaisir à se transformer en femme, c'est un métier en quelque sorte, il essaie d'être professionnel. Un transformiste n'est pas un travesti, la preuve, c'est qu'il n'a jamais caché qu'il était un homme, certains se scotchent le sexe à l'arrière pour qu'on ne le voie pas, lui, au contraire, il tient à ce qu'on voit son sexe d'homme et aussi ses poils d'homme, il ne se rase pas. Je souligne « Être habillé en femme et garder les attributs masculins ? » Il remarque alors « Si j'avais voulu être femme, je me serais coupé, comme des hommes que je connais, qui ont été opérés. Il ne faut pas faire les choses à moitié. Moi, je me sens bien comme homme ».

Je lui ai formulé plus tard que le problème pour lui n'était pas de devenir femme mais de jouer de l'ambiguïté, homme et femme à la fois, de montrer qu'il « avait tout ». C'est essentiellement pour lui la différence des sexes qu'il s'agit de dénier par son travestissement, ainsi que la castration, la possible absence du pénis. En ce qui concerne mon vécu contre-transférentiel, à l'absence d'affect du patient répondaient mes propres affects de sidération. Mr Y avait guetté mes réactions et, quant à lui, il se présentait comme impassible, soulignant son absence de plaisir à se travestir en femme et le côté exclusivement professionnel. Ici encore, comme avec Mr X, je portais l'affect absent des scénarios montrés par Mr Y et occupai la place du spectateur anonyme décrite par Joyce McDougall (1978).

#### **DE LA PÉTRIFICATION PAR LA MÉDUSE À LA SOLUTION FÉTICHIQUE**

Ce patient avait convoqué mon regard en me sidérant et me fascinant, de façon analogue à ce qu'il provoquait selon ses dires chez les spectateurs de ses activités de transformiste. Il insistait fréquemment sur son extrême froideur à l'égard du public, tous le regardent fascinés et lui il ne regarde personne, il se montre d'une impassibilité et d'une distance absolue, ce qu'il aime, c'est sidérer les spectateurs. Une fois, je risque une image, « Vous médusez le public, c'est comme l'histoire de Méduse », il connaît cette his-

toire de Méduse, avec sa tête de serpents qui pétrifie ceux qui la regardent, c'est vrai que c'est un peu pareil. Mr Y explique alors qu'il devient une « femme surdimensionnée » et, que, quand il est en scène, il est intouchable. Il insiste alors sur le fait que, dans ces exhibitions, le regard des autres, « il s'en fout », que pour lui c'est comme avoir une armure, une carapace, qui le protège, sinon il risquerait d' « implorer ».

En quoi le transformisme relève-t-il ici d'une problématique fétichique ? Il ne s'agit pas là d'élire un objet extérieur comme fétiche, mais Mr Y se fétichise lui-même, en érigeant son corps transformé en femme en fétiche, objet de tous les regards fascinés. Ce n'est plus lui Mr Y, c'est une créature dévitalisée, intouchable, au regard glacial et pétrifiant. Il utilisait alors le transformisme sur un mode fétichique, en limitant exclusivement ses transformations à des déguisements en femme.

Dans son article sur le *Fétichisme* de 1927, Freud considère le fétichisme comme un déni de la perception de l'absence de pénis chez la femme, avec utilisation du fétiche comme substitut de l'organe manquant. Le fétichisme s'accompagne aussi du clivage, manifeste chez Mr Y. par son dédoublement entre deux personnages, un fondamentalement masculin, l'autre travesti en femme, personnage de scène. Le clivage du Moi évoqué par Freud consiste en une affirmation consciente selon laquelle la femme n'a pas de pénis et l'affirmation inconsciente que la femme a un pénis, c'est le fétiche. Pour Mr Y, le fétiche se matérialise lors de sa transformation en femme, le patient exhiberait le pénis de la mère phallique en s'érigeant lui-même en fétiche, en créature, pour détruire la preuve de la castration et échapper à l'angoisse qu'elle provoque.

Au delà de cette analyse classique, qui met l'accent sur la castration et sur le déni de la différence des sexes, cette clinique met au premier plan l'identification à l'imgo maternelle, froide et indifférente, la transformation en « femme surdimensionnée », au regard pétrifiant. Il a un regard qui méduse, qui glace, qui sidère, il incarne et fait vivre par retournement aux spectateurs l'indifférence du regard de la mère sur lui, le gel ou encore la pétrification liée à la dureté de son regard. On se situe là bien en deçà de la question d'avoir ou pas un pénis, bien en deçà d'un effondrement lié à l'angoisse de castration, selon la théorisation freudienne.

Mr Y a trouvé comment échapper à cette catastrophe primitive d'absence de regard et de toucher maternel, en se travestissant en femme et en retournant aux spectateurs la glaciation primitive dans le lien à l'objet. La thérapie au demeurant s'était engagée sous le signe de la terreur : il m'a terrifiée et je l'ai terrifié avec mon regard. Dès la première séance en effet, le patient avait évoqué la persécution de mon regard, en même temps que

la nécessité que je le regarde, en écho sans doute avec un regard maternel qui n'avait pas été identifiant; ce regard pétrifiant, c'est lui qui l'inflige désormais aux spectateurs, il devient la Méduse et réactualise à chacune de ses exhibitions la pétrification maternelle.

Selon Francis Pasche (1971), la pétrification par Méduse apparaît comme la « parfaite métaphore de la constitution d'un fétiche, la victime garde sa forme et pour toujours ». Cet auteur a montré que tous les fétiches étaient des surfaces enveloppantes, des peaux qu'il associe au bouclier protecteur de Persée face à la Méduse; dès lors, « le fétiche n'est qu'un bouclier, ce n'est pas un miroir »: c'est « une peau sans regard ». C'est bien ce que renvoie l'armure, la carapace de Mr Y qui s'exhibe en femme: l'absence du reflet regard de la mère, et, corrélativement, l'affect de terreur, bien moins lié à la vision d'une mère terrifiante parce que privée de phallus, qu'à l'absence de regard. Ce second cas témoigne encore, selon d'autres modalités, de l'importance centrale de la dimension du regard dans le fétichisme.

Enfin, quelle fonction revêt pour Mr Y cette identification à une imago maternelle surdimensionnée, froide, cruelle et fascinante? Mr Y garderait-il ainsi un lien fusionnel à l'imago maternelle à laquelle il est identifié, ou plutôt la mère ne serait-elle pas en quelque sorte encryptée en lui? N'oublions pas que Mr Y est devenu un « zombie » quand il a perdu simultanément le lien à la mère et son travail d'exhibition, autre modalité du lien à la mère. Cette thérapie a évolué de façon étonnante sur le plan psychosomatique. Au bout de quelques mois le patient me signale que ses défenses immunitaires T4 ont remonté. À chaque contrôle, la courbe ne cesse de remonter. Parallèlement, le patient grossit assez rapidement et retrouve une bonne mine. Mr Y dit que ses médecins ne comprennent rien, qu'ils sont très étonnés. Au bout d'un an de thérapie, il m'apporte triomphant un graphique que lui a donné son médecin sur l'évolution de ses T4, depuis le début de sa maladie. Au début de la thérapie, la courbe est proche de zéro et elle ne cesse de remonter régulièrement, jusqu'à la normale, comme lui a dit le médecin. Mr Y a expliqué au médecin qui « n'en revient pas » que c'était grâce à la thérapie. Je montre ce graphique à des médecins spécialistes qui me confirment qu'au début de la thérapie, Mr Y était bien dans un état de mourant. Cette amélioration de son état de santé, s'est d'ailleurs maintenue de façon très stable dans les années suivantes.

Mr Y n'avait jamais cessé de prendre son traitement mais ses prises sont devenues beaucoup plus régulières au fil de l'évolution de sa thérapie. Par ailleurs, le patient a pu intérioriser la capacité de devenir pour lui-même une bonne mère soignante en s'occupant de son traitement et en effectuant les visites médicales nécessaires. Dans le contexte de ces thérapies,

j'ai pour principe de ne jamais intervenir avec ces patients sur l'observance des traitements: l'expérience montre que le travail thérapeutique a des effets sur le soin que le patient prend de lui-même. Dans le cas de Mr Y, c'est l'association entre la psychothérapie et la prise de son traitement qui a contribué à la régulation de son équilibre immunitaire. Je ne développerai pas en détails la suite de cette thérapie, achevée après cinq ans de travail. En quelques mots, cette thérapie est devenue vivante, il y a eu de plus en plus de partage d'affect, je ne ressentais plus le sentiment « de blanc », au contraire. Mr Y est progressivement devenu capable d'entrer dans un processus associatif. Ce patient a aussi pu nouer des liens nouveaux, amicaux et amoureux, avoir des amis avec lesquels il n'était plus aussi intouchable.

Il a repris après un an de thérapie son activité de mise en scène dans des lieux variés, en France et parfois à l'étranger, mais quelque chose avait changé; le jeu et l'humour sont apparus, de plus en plus au fil du temps. Il s'est associé à différents collègues selon les lieux de ses interventions et il a eu beaucoup de plaisir à préparer en collaboration des spectacles toujours renouvelés. Ces spectacles élaborés en commun se composaient de parodies, et de métamorphoses en personnages humains ou animaux, avec de l'émotion et du rire aussi. Il ne s'agissait plus seulement de transvestisme même s'il pouvait encore incarner des femmes.

Pour conclure sur ces cliniques du fétichisme, au-delà des identifications sexuelles et du mode de choix d'objet, il est ici question des avatars du narcissisme primaire. Pour les deux patients en effet, le recours à des solutions fétichiques est sous tendu par la tentative de créer, grâce au comportement sexuel, des modalités d'échanges affectifs absentes de la relation première avec l'environnement. Mais les patients retrouvent immanquablement l'absence de partage affectif, la froideur ou l'imprévisibilité extrême de l'objet, associés à des éprouvés originaires de détresse. Il s'agit d'un échec de l'accordage primitif, qui s'accompagne notamment de la perte du reflet de l'investissement du visage de la mère. Pour ce type de patients, le processus thérapeutique consiste à tenter de faire advenir ce qui a manqué à l'organisation primitive de son identité, en lien notamment avec une perte de l'investissement du regard maternel, ainsi qu'avec une absence de partage d'affect et de potentialité réflexive par l'environnement premier, autant d'ingrédients nécessaires à la mise en place des processus d'identification.

### RÉFÉRENCES

Chasseguet-Smirgel, J. (1984). *Éthique et esthétique de la perversion*. Seyssel, Champ Vallon.

- Chasseguet-Smirgel, J. (1991). Les religions du diable: quelques réflexions sur les significations historiques et sociales des perversions. Dans A. Fine, A. Le Guen, A. Oppenheimer (sous la dir. de), *Les troubles de la sexualité*. Paris, PUF, coll. *Monographies de la revue française de psychanalyse*, p. 103-118.
- Ciccone A., & Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris, Dunod.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, G. W., vol. 5, p. 27-146, trad. fr., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1962.
- Freud, S. (1910). Eine Kindheitserinnerung des Leonardo Da Vinci, G. W., vol 8, p. 128-211, trad. fr., Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Paris, Gallimard, 1927.
- Freud, S. (1918). Aus der Geschichte einer infantilen Neurose, trad. fr., Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups), *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1954, p. 325-420.
- Freud, S. (1927). Fétichisme, Le fétichisme. Dans *La vie sexuelle*. trad. fr., Paris, PUF, 1969, p. 133-138.
- Green, A. (1997). *Les chaînes d'Eros*. Paris, Gallimard.
- Green, A. (1999). Sur la discrimination entre affect et représentation. *Revue française de psychanalyse*, 63(1), 217-272.
- Greenacre, P. (1953). Certain relationships between fetishism and faulty development of the body image. *Psychoanalytic Study of the Child*, 8.
- Greenacre, P. (1968). L'identification à la mère. Dans *Les Perversions : les chemins de traverse*. Paris, 1980. Trad. fr. de : Perversions : general considerations regarding their genetic and dynamic background. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 47-62.
- Kestemberg, E. (1978). La relation fétichique à l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 42(2), 195-214.
- McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, Gallimard.
- McDougall, J. (1996). *Eros aux mille et un visages*. Paris, Gallimard.
- Pasche, F. (1971). Le bouclier de Persée ou psychose et réalité. Dans *Le sens de la psychanalyse*. Paris, PUF, p. 27-41.
- Racamier, P. C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris, Éd. Du Collège.
- Roussillon, R. (2004a). Narcissisme et « logiques » de la perversion. Dans N. Jeammet, F. Neau, R. Roussillon, *Narcissisme et perversion*. Paris, Dunod, p. 115-166.
- Roussillon, R. (2004b). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue française de psychanalyse*, 68, 421-439.
- Stoller, R. J. (1993). Dynamiques des troubles érotiques. Dans A. Fine, A. Le Guen, & A. Oppenheimer (sous la dir. de), *Les troubles de la sexualité*. Paris, PUF, coll. *Monographies de la revue française de psychanalyse*, p. 119-138.
- Winnicott, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969, p. 169-186.

Anne Brun  
43 Rue de Brest  
69002, Lyon, France  
annebrun@orange.fr