

Dossier masochisme : 50 nuances de masochisme

Masochism Thematic File: 50 Shades of Masochism

V. Barfety-Servignat · B. Lionet

© Lavoisier SAS 2017

C'est au psychiatre sexologue, von Krafft-Ebing (1840–1902) que l'on doit la première utilisation du terme « masochisme » dans son ouvrage intitulé *Psychopathia sexualis* [1], étude portant sur les perversions sexuelles. Construit à partir du nom de l'auteur von Sacher-Masoch (1836–1895), son roman *La vénus à la fourrure* [2] déploie ses fantasmes de femmes opulentes soumettant leur partenaire à la morsure du fouet. Un siècle plus tard, le succès du livre *50 nuances de Grey* [3] réactualise la notion de masochisme auprès du grand public.

Sous un apparent langage commun à s'y laisser prendre, la notion de masochisme repose sur une théorisation psychanalytique complexe qu'il est pertinent d'éclairer en clinique de la douleur. En effet, le masochisme peut paraître obscur lorsqu'il est conçu sur la base d'un simple plaisir à souffrir, se présentant alors à contre-courant de la vie psychique.

Ce serait aussi une erreur de limiter le masochisme aux habituelles difficultés de soulagement rencontrées en structure douleur chronique, car comme l'a écrit Radat [4] « *Si la question du masochisme doit être abordée à la consultation de la douleur chronique, elle ne saurait l'être qu'avec une extrême prudence. Il est bien facile d'accuser les patients d'être masochistes quand on ne sait pas les soigner !* »

En redéfinissant les contours de ce concept sous le titre « 50 nuances de masochisme », dans les suites de l'atelier thématique du congrès de la SFETD 2016, on en rappelle la richesse de la dimension transnosographique.

Le masochisme érogène est conscient, activement recherché, tandis que toutes les autres formes de masochisme sont inconscientes et agissent sur le sujet comme une forme de résistance aux traitements. Dans sa forme primaire, il permet de temporiser les phénomènes négatifs et désagréables de l'expérience du sujet : la douleur bien sûr, mais aussi la frustration et la castration. Mobilisé par une douleur ou une souffrance préexistante ou trop intense, sous l'effet de facteurs sociaux et individuels, le masochisme peut devenir un point d'équilibre participant à la chronicisation de la douleur autant qu'il en est une forme d'adaptation. L'objectif est alors de relancer le travail du masochisme comme gardien de vie, tel que le décrit Rosenberg [5]. La douleur donne du concret au sujet comme au corps propre, elle en dessine les contours et les limites. La douleur fait office de liaison, elle apporte une topographie corporelle au sujet en manque de représentation de son moi corporel. Plus que le plaisir, la douleur pourrait être investie masochiquement pour devenir un moyen privilégié par lequel le moi-corps peut acquérir une conscience de soi et de ses limites.

L'article de Sylvie Tiberghien et Claire Latterade permet de reprendre les théories freudiennes et leur évolution, leur application dans les structures de douleur chronique. Celui de Claire Latterade et de Bertrand Lionet s'attache à reprendre les dimensions sociales, tant sur le plan des représentations que sur le plan de l'inscription culturelle et générationnelle. Par la suite, dans un nouvel article, Bertrand Lionet et Sylvie Tiberghien développent les fonctions du masochisme, en particulier dans des organisations où le masochisme s'active plus spécifiquement, repérage essentiel et incontournable pour une prise en charge efficiente en clinique de la douleur. Deux cas cliniques viennent illustrer les développements théoriques et pratiques. La première présentation clinique pose la question du devenir des enfants douloureux chroniques, sont-ils enclins à se construire sur un mode masochiste ? La seconde étude de cas vient éclairer la notion particulière de masochisme moral et les sentiments de faute qui s'associent et s'entretiennent mutuellement. Enfin, c'est la question du masochisme dans la relation soignant-soigné qui est abordée dans le dernier article. Le masochisme nous

V. Barfety-Servignat (✉)
Consultation douleur et rhumatologie,
CHU de Lille, boulevard Laine,
F-59000 Lille, France
e-mail : vbarfety@gmail.com

B. Lionet
Structure douleur chronique du Dunkerquois,
130, avenue Louis-Herbeaux,
F-59385 Dunkerque, France

Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie,
université Paris-VIII, 2 rue de la Liberté, F-93526 Saint-Denis
cedex, France

amène à nous intéresser à la manière dont les patients douloureux chroniques intègrent la douleur au quotidien et comment se décline la relation soignant-soigné entre douleur subie et douleur consentie.

Ce dossier nous permet de revenir sur une notion incontournable en consultation douleur où il s'agit d'identifier et d'analyser les conduites masochistes lorsqu'elles sont présentes, ainsi que leurs enjeux psychodynamiques. C'est bien à partir de la compréhension de ces mouvements psychopathologiques et en construisant progressivement un lien transférentiel tolérable que les interventions thérapeutiques ne menaceront plus le compromis sur lequel le patient s'est organisé et seront rendues possibles.

Références

1. Von Krafft-Ebing R (1886) *Psychopathia sexualis*. In: Les formes du masochisme, vol. 1. Psychopathologie de la vie sexuelle. Payot 2010
2. Von Sacher-Masoch L (1870) *La vénus à la fourrure*. Broché 2014
3. James EL (2012) *Cinquante nuances de Grey*. Jean-Claude-Lattes Éditions
4. Radat F (2003) Douleur et plaisir ou la question du masochisme à la consultation de la douleur chronique. *Le courrier de l'algologie* n° 3, pp 106–7
5. Rosenberg B (2015) *Masochisme mortifère, masochisme gardien de vie*. Monographies de la revue française psychanalytique. Puf, Paris