

Perversion, obsession, paraphilie, ou l'histoire d'un oubli : repenser la clinique des troubles psycho-sexuels

Julie Mazaleigue-Labaste

► **To cite this version:**

Julie Mazaleigue-Labaste. Perversion, obsession, paraphilie, ou l'histoire d'un oubli : repenser la clinique des troubles psycho-sexuels. Le Cercle herméneutique : herméneutique générale, anthropologie phénoménologique, phénoménologique psychiatrique, Daseinsanalyse, Le Cercle herméneutique, 2016. halshs-01989426

HAL Id: halshs-01989426

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01989426>

Submitted on 22 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

*Perversion, obsession, paraphilie, ou l'histoire d'un oubli :
repenser la clinique des "troubles psychosexuels"*

Version auteur avant corrections de Mazaleigue-Labaste, 2016. « Perversion, obsession, paraphilie, ou l'histoire d'un oubli : repenser la clinique des troubles psycho- sexuels », *Le Cercle Herméneutique*, 26-27 (2016), novembre 2016.

Introduction

A partir d'une analyse historique et philosophique de la nosographie des perversions et des paraphilies, cet essai met en évidence la manière dont le travail de catégorisation psychopathologique modèle la clinique et les diagnostics et propose des pistes pour un renouvellement de l'appréhension des « troubles psychosexuels ». Comment les transformations nosographiques conduisent-elles à voir ce qui n'était pas auparavant perçu, et comment peuvent-elle en contrepartie introduire des biais dans la perception clinique ? Quels sont les traits saillants qui apparaissent grâce à l'application des catégories psychopathologiques, quels sont ceux qui sont masqués ? Cet essai s'inscrit ainsi dans la démarche d'une « philosophie psychopathologique » (Faucher, 2006, p. 3-17) : mettre à contribution la réflexion sur la psychopathologie comme domaine de savoir pour un travail sur les états psychopathologiques eux-mêmes, élaborer une philosophie qui possède une pertinence critique pour la psychopathologie dans ses aspects théoriques comme cliniques – une philosophie qui s'adresse au psychiatre et au psychologue clinicien, voire au psychanalyste.

L'hypothèse forte que je soutiens est la suivante : les critères présidant au regroupement et au diagnostic des troubles paraphiliques dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* – le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) - présentent des incohérences, qui s'expliquent par la persistance d'une démarche comportementale et sexologique implicite qui fait obstacle à l'ambition proprement psychopathologique. En particulier, la clinique des troubles paraphiliques laisse entrevoir un certain nombre de phénomènes qui relèvent davantage de la sphère des troubles obsessionnels que des « troubles psychosexuels ». Il est dès lors possible que cette catégorie de troubles paraphiliques mérite d'être démembrée.

1. Les troubles paraphiliques aujourd'hui : le DSM 5

Commençons par un état des lieux de la nosographie et des critères cliniques, et des difficultés qu'ils soulèvent. Les espèces de troubles paraphiliques du DSM-5 reprennent en grande partie les anciennes espèces de perversions sexuelles forgées durant les trois dernières décennies du 19^e siècle. La classification actuelle des troubles paraphiliques correspond ainsi à celle des paraphilies du DSM-III (APA, 1980) (avec l'introduction d'un critère clinique essentiel sur lequel je vais revenir), qui était l'héritière de celle des déviations sexuelles du DSM-I (APA, 1952) et du DSM-II (APA, 1968), ces dernières s'inscrivant elles-mêmes en droite ligne des classifications de la psychopathologie sexuelle du 19^e siècle. Les transformations majeures de leur champ nosographique et clinique furent l'éviction de l'homosexualité¹ et l'autonomisation des troubles de l'identité de genre – les troubles psychosexuels se subdivisant alors en troubles de l'identité de genre et paraphilies. Pour le reste, ce tableau permet de juger de la constance du champ nosographique et clinique depuis les années 1870.

Perversions sexuelles Psychopathologie de la sexualité (1880-1900)	Troubles paraphiliques DSM-5 (2013)
Inversion sexuelle incluant : Homosexualité Transvestisme Conditions trans	<i>Catégorie démembrée</i> - Trouble transvestiste -
Voyeurisme (« Mixoscopie »)	Trouble voyeuriste
Exhibitionnisme	Trouble exhibitionniste
Frotteurisme	Trouble du frotteurisme
Sadisme	Trouble du sadisme sexuel
Masochisme	Trouble du masochisme sexuel
Fétichisme	Trouble fétichiste
Pédophilie	Trouble pédophile
Nécrophilie Zoophilie	Trouble paraphilique non spécifié

Il ne faut donc pas se laisser prendre aux transformations historiques de la terminologie. Lorsque la psychiatrie américaine introduisit dans le DSM-III le terme de « paraphilie » en lieu et place de « déviation sexuelle » (APA, 1980, p. 266-267), il n'est pas dit qu'elle ait fait davantage que Richard von Krafft-Ebing (1886) lorsqu'il renomma les « perversions de l'instinct sexuel » en « paresthésies du sens sexuel ».

1. L'homosexualité a bénéficié d'une sortie en trois étapes du DSM entre 1974 et 1987. « Homosexuality » fut remplacé par « sexuel orientation disturbance » dans la septième réimpression du DSM-II (APA, 1974). Seule la catégorie « d'homosexualité égo-dystonique » subsista dans la troisième édition (APA, 1980) et disparut dans la révision (DSM-III-R) de 1987 (APA, 1987) Voir Bayer, 1981.

Cette stabilité nosographique explique pourquoi la classification des troubles paraphiliques reste traversée par le problème inhérent aux anciennes perversions sexuelles : l'hésitation entre le projet d'une clinique psychologique fine du sujet et l'ambition de décrire l'ensemble des anomalies du comportement sexuel - qui animait les savants des trois dernières décennies du 19^e siècle et sous-tendit les théories sexuelles de la psychanalyse freudienne et la première sexologie institutionnelle au début du 20^e siècle. Cette ambition sexologique fonde toujours la nosographie des paraphilies : ce sont bien les types de comportement sexuel, et par extension les types de fantasmes de comportements sexuels, qui définissent des espèces psychopathologiques. Ce critère comportemental implicite rend aussi compte des variations diachroniques internes à la classification : c'est le caractère problématique de certains comportements sexuels à l'échelle d'une société à un moment donné, c'est-à-dire leur identification comme comportements déviants devant être gérés et administrés, qui a déterminé et détermine la présence ou l'absence des perversions qui leur sont associés. En d'autres termes, la dimension sexologique de la nosographie est directement associée à une dimension criminologique, liée aux applications médico-légales de la psychopathologie sexuelle, qui traverse l'histoire des perversions de ses débuts durant le premier 19^e siècle à aujourd'hui. C'est évident dans le DSM-5. La sélection des espèces de troubles paraphiliques qui subsistent sous leur terminologie propre est guidée par deux critères principaux : la fréquence (prévalence) des comportements déviants (au moins en Amérique du Nord et Europe de l'Ouest) – et leur nocivité (*noxiousness*) (APA, 2013, p. 685), en d'autres termes l'écart qu'ils représentent par rapport aux valeurs et aux normes cardinales régissant les interactions sexuelles et non-sexuelles des individus contemporains (l'intersubjectivité des relations, le consentement mutuel, l'égalité des partenaires, l'intégrité et la dignité de la personne). L'homosexualité a ainsi disparu des classifications pour des raisons sociales et politiques et grâce à l'activité militante à l'encontre de sa pathologisation. Et si la zoophilie et la nécrophilie attiraient l'attention des psychiatres du 19^e siècle, ils préoccupent très peu la psychopathologie actuelle (ce sont des troubles paraphiliques non spécifiés) ; à l'inverse, la pédophilie, nommée en 1896 par Krafft-Ebing, n'est devenue une perversion cardinale qu'au 20^e siècle (Vigarello, 1998).

La persistance d'un critère de classification comportemental implicite à la nosographie des troubles paraphiliques rend ainsi compte de sa dimension sexologique et criminologique et de sa forte dépendance au contexte normatif total des sociétés euro-américaines. Ce qui devrait d'emblée nous inciter à la prudence quant à sa pertinence dans un contexte psychopathologique. Certes, la distinction cardinale introduite dans le DSM-5 entre

paraphilies et troubles paraphiliques (APA, 2013, p. 685-686) est censée départager ce qui relève des domaines respectifs de la sexologie et de la psychopathologie : les paraphilies nomment les simples variétés du comportement sexuel qui enrichissent la vie sexuelle des individus (fantasmes et pratiques fétichistes et BDSM en particulier), tandis que les troubles paraphiliques pointent vers un désordre mental qui serait, lui, irréductible aux variations comportementales. Mais une analyse plus précise brouille ces frontières. A l'instar de la substitution terminologique qui a transformé les anciennes déviations sexuelles en paraphilies, la distinction conceptuelle nouvelle masque mal une certaine incohérence clinique.

L'analyse des critères diagnostiques des troubles paraphiliques du DSM-5 révèle en effet une tension entre l'ambition d'une clinique psychologique du sujet et l'identification des comportements sexuels déviants, qui s'exprime dans une double hésitation entre le psychologique et le comportemental, et entre le dispositionnel et l'actuel. En voici une synthèse :

A. Critère qualitatif positif : désir sexuel récurrent et intense lié à l'objet de la paraphilie, qui peut se manifester sous la forme de fantasmes, d'impulsions *ou* de comportements sur une période d'au moins 6 mois.

B. Critère négatif : les fantasmes, impulsions ou comportements sexuels engendrent une détresse psychique cliniquement significative *ou* une altération du fonctionnement social, professionnel, ou d'autres domaines de fonctionnement importants ; *ou* les actions réalisant la pulsion impliquent une personne non consentante *ou* causent des dommages à autrui.

L'usage répété de la disjonction indique les difficultés conceptuelles sous-tendant le diagnostic d'un trouble paraphilique. Les critères oscillent, pour le critère A, entre le psychologique-sujetif (désirs et fantasmes) et le comportemental (les actes), et pour le critère B, entre le psychologique-sujetif (la détresse psychique, ou *distress*), l'adaptation sociale (dysfonctionnement social du monde professionnel à l'intimité conjugale) et la défaillance de l'intersubjectivité (court-circuit du consentement et dommages causés à autrui). Ce à quoi il faut ajouter une hésitation entre le dispositionnel et l'actuel. Le trouble paraphilique est en effet censé qualifier une disposition (mentale, psychique) chez l'individu. Or, par définition, une disposition est irréductible aux comportements : elle peut ne pas s'actualiser, et ne s'actualise que dans certaines conditions bien précises (Castel, 2014, p. 19-27). Mais les critères de la classification et de la clinique sont en grande partie actuels : ils concernent des comportements et des actes.

Mais surtout, la fonction de la détresse psychologique engendrée par les désirs, fantasmes et/ou comportements (*distress*), critère censément cardinal pour le diagnostic différentiel et

même la conceptualisation des troubles paraphiliques, n'a rien d'univoque. D'une espèce à l'autre, on oscille entre dystonie et syntonie, entre la souffrance du sujet et le plaisir pris dans des actes non mutuellement consentis voire causant des dommages au partenaire – bref, le plaisir pris dans des actes qui font, d'une manière ou d'une autre, du mal à autrui (APA, 2013, p. 685-686). Tandis que pour le masochisme, le fétichisme et le transvestisme, le *distress* (la dystonie) apparaît comme un critère diagnostique nécessaire pour distinguer le trouble mental de la simple variété du comportement sexuel, sa présence est tout à fait contingente pour diagnostiquer un trouble sadique ou pédophile – le pédophile heureux reste un individu troublé.

Alain Giami (2015) a récemment souligné dans quelle mesure cette distinction entre paraphilie et trouble paraphilique, dont le *distress* est un des opérateurs centraux, relève d'une adaptation de la psychopathologie à la relative libéralité dont nos sociétés font preuve face aux mœurs sexuelles : à l'instar de l'éviction définitive et complète de l'homosexualité de la liste des paraphilies, la psychiatrie a répondu à la démocratisation de certaines conduites sexuelles auparavant considérées comme déviantes (BDSM, fétichismes, etc.) par la distinction entre paraphilie et trouble paraphilique. Il est évident que dans les cas de comportements sexuels et de fantasmes non seulement acceptés mais même encouragés culturellement et socialement, le *distress* apparaît comme une nécessité clinique – au risque sinon de ne plus avoir que de paraphilies sans aucun trouble. Si la distinction entre paraphilies et trouble paraphilique relève d'une adaptation à des dynamiques sociales et politiques, et non d'une innovation proprement psychopathologique fondée sur une clinique fine, il n'est pas surprenant qu'elle présente des incohérences.

On peut toutefois proposer une lecture complémentaire à la précédente, qui permet de dégager des implications essentielles pour la psychopathologie au présent : une critique fondée sur l'histoire longue des catégories de troubles psychosexuels éclairant leur fragilité et ouvrant des pistes pour une reclassification possible. Car le concept même de perversion sexuelle (quel qu'en soit la terminologie) a été construit par l'exigence d'une clinique fine de l'acte et du rapport du sujet à ses actes ; ce qui permet réenvisager le rapport entre troubles psychosexuels et phénomènes obsessionnels - dont la détresse psychique, sous la figure bien précise de l'angoisse, est un marqueur cardinal.

2. L'angoisse sans l'extase : le sujet et ses actes pervers, le sujet pervers et ses actes

L'histoire critique de la perversion sexuelle depuis les années 1970 s'est focalisée, dans une perspective politique, sur les dimensions sexologiques (avec l'ambition d'une généalogie de la sexologie et de la psychanalyse) et sur l'histoire de l'homosexualité, en d'autres termes, sur les questions liées à la diversité des sexualités, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre – ce dont les travaux de Michel Foucault (1976) sont exemplaires. Mais si l'on reprend rigoureusement le fil de l'histoire de la perversion sexuelle, qui est essentiellement psychiatrique, on découvre que c'est une toute autre problématique qui a guidé la construction de cette catégorie (Mazaleigue-Labaste, 2014) : la nécessité d'une clinique fine du sujet dans son rapport aux actes déviants qu'il a commis. Car cette clinique est seule à même de déceler les motifs et/ou les causes qui, chez le sujet, ont présidé à l'accomplissement de cet acte, et par là de déterminer à la fois le type de l'acte (pathologique ou non, « fou » ou « pervers », etc.), le type de relation entre le sujet et son acte, et ce qui vient troubler le sujet au point de le faire agir.

« La perversion de l'instinct sexuel [...] ne doit pas être confondue avec la perversité des actes sexuels. Celle-ci peut se produire sans être provoquée par des causes psychopathologiques. L'acte pervers concret, quelque monstrueux qu'il soit, n'est pas une preuve. Pour distinguer entre maladie (perversion) et vice (perversité), il faut remonter à l'examen complet de l'individu et du mobile de ses actes pervers. Voilà la clef du diagnostic². » (Krafft-Ebing, 1893/1895, p. 78).

L'identification d'un trouble psychosexuel ne peut se tisser que dans une clinique élaborant le rapport du sujet à son acte déviant. Problème dont on perçoit alors qu'il déborde largement la sphère de la sexualité. C'est que le concept de perversion sexuelle n'a pas surgi tout armé d'un coup et de manière autonome. Pour retracer rapidement son histoire, il est le résultat historique de l'application à des comportements érotiques considérés comme déviants (donc à un sous-domaine clinique) d'un concept plus général de « perversion de l'instinct », qui fut inventé en France dans la clinique médico-légale des passages à l'acte criminel durant les années 1825-1835 – clinique qui a signé la naissance de la psychiatrie criminelle française (Foucault, 1974-1975 ; Renneville, 2003, p. 123-131). Il fallait en effet répondre à un problème judiciaire devenu urgent, en raison des exigences juridiques de l'article 64 du Code Pénal de 1810 qui fixait un rapport exclusif entre responsabilité et folie : imputer la

2. Cette phrase est présente dès la première édition de la *Psychopathia Sexualis* de Richard von Krafft-Ebing (1886).

responsabilité pénale à des auteurs d'actes violents qui ne présentaient pas de mobiles apparents, sans pour autant manifester de symptômes de folie qui aurait permis, dans le cadre légal de l'époque, de les considérer comme pénalement irresponsables. Dans ce contexte connu de la « querelle des monomanies » opposant médecins et juristes parisiens, les grands aliénistes français (Etienne Georget, Jean-Etienne Esquirol, François Leuret, Charles Chrétien Marc) mobilisèrent le concept médical de perversion (qui qualifiait pour la psychiatrie l'altération d'une fonction de l'esprit, et non un défaut moral) pour définir des « maladies de l'instinct » (qu'Esquirol nomma en 1838 « monomanies instinctives ») catégorisant et expliquant les passages à l'acte criminels étranges. Ce terme d'« instinct » nommait très précisément un type spécifique de rapport entre un sujet et son acte : le passage à l'acte impulsif, irrésistible, dit « instinctif ». La « perversion pathologique de l'instinct » nommait ainsi une disposition pathologique bien particulière : l'incapacité du sujet à contrôler ses intentions, intentions déterminées par des causalités pathologiques échappant à l'élaboration discursive et représentationnelle (alors référées par les psychiatres au « cerveau », ce lieu obscur), le menant fatalement à passer à l'acte (Mazaleigue-Labaste, 2014, p. 65-84). Pour citer le cas le plus célèbre et le plus commenté, Etienne Georget invoqua ainsi ce type de folie pour expliquer *a posteriori* le célèbre cas d'Henriette Cornier qui décapita sans motif la fille d'une voisine. Par l'extension permise par le critère de l'acte impulsif et irrésistible, ces maladies de l'instinct s'appliquèrent aussi au domaine érotique, devenant perversions de l'instinct sexuel. C'est ainsi que Broussais fit des « folies érotiques » des « perversions du besoin instinctif de la génération » (Broussais, 1828, p. 365-366), et que la nymphomanie d'alors (Bayard, 1836) et les autres « monomanies érotiques » furent bien vite absorbées dans le spectre des maladies de l'instinct en raison des conduites déréglées et incontrôlables qui étaient censées en être les symptômes.

Une série clinique fut identifiée comme caractéristique de la plupart des perversions pathologiques de l'instinct. Elle apparaît de manière développée et explicite dans la médecine légale de l'époque, notamment dans deux récits cliniques de ce type de folie qui « porte le monomaniaque, par sa volonté malade, à des actes instinctifs automatiques qu'aucun raisonnement ne précède » (Marc, 1833, p. 378). Le premier, celui d'une jeune incendiaire, provient de Charles Chrétien Marc ; il fut le cas *princeps* qui lui servit à forger le concept de « pyromanie » en 1833. L'aliéniste décrit très précisément l'irrésistibilité de l'impulsion à l'acte, précédée d'une lutte douloureusement vécue par le sujet qui s'oppose à ses impulsions (auxquelles s'ajoutent parfois une série de symptômes somatiques), lesquelles sont donc accompagnées d'idées fixes dominantes et d'angoisse ; s'ajoute la satisfaction consécutive au

passage à l'acte, sous forme du soulagement ressenti par les individus qui cèdent à l'impulsion. Le second cas provient d'Edouard Taufflieb, deux ans plus tard, dans une analyse d'un autre cas de « folie instinctive ». On y retrouve un portrait clinique identique à celui dressé par Marc. Point essentiel : ces aspects du tableau clinique doivent servir de critère différentiel entre comportement « vicieux » - acte déviant commis intentionnellement par un individu en pleine possession de ses moyens - et acte résultant d'une perversion pathologique :

« Il arrive un moment où son état lui est devenu insupportable, et alors il faut qu'il se débarrasse, à quelque prix que ce soit, d'une sensation qui le poursuit sans relâche et qui fait son supplice [...]. À peine l'acte est-il consommé, que le calme succède à la violente agitation que nous venons de décrire. La terrible et cruelle lutte [...] a cessé en même temps que l'impulsion qui l'a provoquée et entretenue. Dans ce moment le malade se sent véritablement soulagé, il éprouve même un certain bien-être que ne connaissent pas les hommes qui ont agi librement et par des motifs criminels » (Taufflieb, 1835, p. 168).

Or, c'est cette structure clinique idée fixe-impulsion, angoisse, acte, soulagement, bien-être ou « joie extrême » (Marc, 1833, p. 435) mais retour rapide de l'angoisse qui a ordonné la perception des perversions sexuelles, au moins en France, jusqu'au début du 20^e siècle, pour deux raisons historiques. D'abord parce que la première classification moderne des perversions sexuelles, avec ses espèces qui furent la matrice de celles dont nous avons hérité, fut inventée en 1849, dans l'application de la catégorie de « perversion pathologique de l'instinct » à certains actes érotiques déviants. Les perversions sexuelles modernes naquirent en effet en 1849 en France, à la suite d'une affaire criminelle retentissante, celle du déterreur, démembreur et violeur de cadavres François Bertrand, sergent de son état, nommé « nécrophile » par l'aliéniste belge Joseph Guislain en 1852 (Guislain, 1852, vol. 1, p. 257). Bertrand était-il sain, vicieux et responsable, ou fou et irresponsable ? Et quelle espèce de folie, alors, qui n'existait pas dans la nosographie, pouvait pousser à des actes aussi étranges ? Bertrand fut condamné par le tribunal militaire pour profanation de sépulture. Mais le cas fut l'occasion d'une controverse psychiatrique. Tous ou presque des psychiatres qui y participèrent s'accordaient sur un point : Bertrand était atteint d'une monomanie instinctive. Pourquoi ? Parce que la symptomatologie qu'il décrivait au médecin-légiste, Marchal de Calvi, et devant le tribunal, correspondait parfaitement au portrait clinique du malade de l'instinct :

« D. : quel était votre motif ou votre but, pour violer ainsi des sépultures, et vous porter à des actes horribles ?

R. : Je n'avais aucun but ; j'éprouvais le besoin irrésistible de la destruction, et rien ne m'arrêtait pour me lancer dans les cimetières, afin d'y assouvir cette espèce de rage de mutiler des cadavres, mais sans m'occuper ni sans rechercher le sexe. Je ne puis encore aujourd'hui me rendre compte des sensations que j'éprouvais en éparpillant les lambeaux de ces cadavres [...].

D. : Que se passait-il en vous après avoir assouvi votre passion ?

R. : Je me retirais en proie à une fièvre qui me rendait tout tremblant ; puis j'éprouvais le besoin de prendre du repos. Je dormais plusieurs heures consécutives n'importe où, en n'importe quel lieu [...].

D. : Mais de semblables actes devaient vous faire horreur à vous-même ? Est-ce que vous n'éprouviez pas un sentiment qui vous fit comprendre toute l'énormité odieuse de vos actes ?

R. : Oui, certainement, et plus que tout autre j'éprouvais ce sentiment, mais je ne pouvais m'empêcher de recommencer au péril de ma vie [...].

D. : Est-ce que vous ne vous êtes demandé à quoi servait cette destruction de cadavres déjà anéantis ?

R. : Quand ma maladie se déclarait, j'éprouvais, sans m'en rendre compte, ce besoin de détruire.

D. Et cette maladie, vous prenait-elle souvent ?

R. Environ tous les quinze jours ; elle s'annonçait par des maux de tête³. » (Lunier, 1849, p. 354-356)

La controverse portait sur l'objet premier de la maladie de l'instinct : était-ce la destruction, comme le soutenait Ludger Lunier (1849), ou bien l'acte sexuel sur les cadavres, comme l'affirmaient Claude-François Michéa (1949) et Alexandre Brière de Boismont (1849) ? Ces derniers, pour étayer leur hypothèse d'une maladie de l'instinct portant spécifiquement aux actes sexuels déviants, forgèrent une liste de nouvelles pathologies dans laquelle ils inclurent celle de Bertrand. La perversion sexuelle moderne, maladie de l'instinct sexuel marquée par les idées fixes et portant irrésistiblement à des actes déviants, était née. Par la suite, la psychopathologie de la sexualité en France à partir des années 1870 reprit à son compte la série clinique des premières maladies instinctives pour faire des perversions sexuelles des formes d'obsessions-impulsions. Car qu'est-ce que cette clinique de l'instinct, sinon une clinique des troubles obsessionnels ?

Un problème est toutefois perceptible d'emblée dans cette série clinique, qui apparaît clairement chez Marc face à sa petite pyromane tout autant que dans le cas Bertrand : le passage à l'acte entraîne-t-il un simple soulagement de l'angoisse, ce qui le propulserait du côté d'un trouble obsessionnel, ou bien, de la volupté, c'est-à-dire de la jouissance, ce qui le ferait basculer du côté de la perversion comme plaisir dans le mal ? Historiquement, ces deux possibilités ont été traitées comme exclusives : entre 1870 et 1900 en France, les perversions ont été assimilées à des phénomènes obsessionnels ; dont elles ont été ensuite radicalement

³. Maux de tête, chaleurs dans le bas ventre, douleurs intestinales, sont les signes avant-coureurs souvent décrits des « accès de monomanie instinctive ».

disjoints. C'est que le critère présidant à leur regroupement n'a pas varié : le critère comportemental-sexologique, c'est à dire le type de l'acte lui-même (ou du fantasme de l'acte) oblige à appréhender les perversions « en bloc », comme des espèces distinctes d'un même trouble s'exprimant dans la déviance sexuelle ; seule la prise en compte du rapport spécifique tissé par le sujet à ses actes (et par extension aux fantasmes de certains actes) aurait été à même d'introduire une scission majeure dans l'univers des troubles psychosexuels.

Retraçons rapidement la suite de cette histoire jusque Freud. On y voit comment la dimension obsessionnelle a été *in fine* radicalement évincée des « perversions ». Entre 1860 et 1910, la psychiatrie européenne fut agitée par un débat sur les obsessions, touchant leur pathogénie (émotive ou idéative ?) et le rapport de l'obsession au passage à l'acte (Castel, 2011, p. 346-366 ; Mazaleigue-Labaste, 2013, p. 234-245). Sur ce dernier point, la thèse prévalente était celle de l'idéomotricité : il existe une tendance interne de toute idée à se réaliser en acte, qui repose sur la physiologie nerveuse. Cette tendance peut être pathologiquement inhibée, ce qui produit aboulie et phobie (idées fixes sans acte possible) ; ou pathologiquement augmentée, ce qui produit des obsessions-impulsions avec passage à l'acte irrésistible. Cette théorie neuropsychodynamique, appliquée à la série clinique des perversions de l'instinct héritée de la première moitié du 19^e siècle, conduisit à regrouper dans le même spectre clinique aboulie, phobies, obsessions et impulsions, et à faire des perversions des phénomènes obsessionnels appartenant à un groupe de maladies de l'action allant de l'inhibition à l'impulsion irrésistible. Le pervers était alors un obsédé sexuel, au sens fort du terme. Ceci est tout à fait contre-intuitif pour nous, post-freudiens : dans ce schéma théorique, nosographique et clinique, la perversion (passage à l'acte sous la pression de l'obsession) est l'image inversée de la phobie, sans que n'intervienne jamais aucune notion de refoulement.

Ce regroupement clinique s'imposait chez les psychiatres et les psychologues français. Chez le maître de Saint-Anne Valentin Magnan, plus grand psychiatre français des perversions sexuelles, se côtoyaient inversion sexuelle, fétichisme, phobies du toucher, agoraphobie, obsession des mots et des chiffres, coprolalie, kleptomanie, etc. Paul Garnier (1893) opposait quant à lui un fétichiste de la soie « amoureux du toucher » au phobique du toucher décrit par Legrand du Saulle (1875), et en 1900, lors du XIII^e congrès international de médecine à Paris, il assimila l'ensemble les troubles psychosexuels, y compris l'homosexualité, à ces formes « d'automatisme cérébral conscient » que sont les vécus obsessionnels (Garnier, 1900b, p.

849-851) – suivi en cela par Richard von Krafft-Ebing, l'indiscutable pape des perversions du temps⁴.

Cette assimilation de toute perversion à un phénomène obsessionnel était massive. Le schéma clinique de l'obsessionnalité était devenu une grille de lecture digérant tout vécu subjectif à l'aune de ses critères, car la théorie voulait que l'expérience du pervers doive être marquée par l'angoisse. Et il est évident que dans nombre de cas, la détresse psychique du sujet était assimilée de force à cette forme d'angoisse pathologique (notamment à la souffrance d'origine sociale dont faisaient état les homosexuels). Toutefois, ce schéma rendait les psychiatres sensibles aux dimensions obsessionnelles bien présentes dans certains cas cliniques. Garnier soulignait ainsi au sujet d'un « sadi-fétichiste » (un homme dont le fantasme principal était la molestation des fesses) qu'« il souffre de sa passion, plus qu'il n'en jouit » (Garnier, 1900a, p. 99-100).

Se dévoile ici la généalogie longue du critère du *distress*. Dans le contexte psychopathologique de la fin du 19^e siècle, la souffrance psychique du sujet « pervers », sous la figure de l'angoisse, s'insérait de manière tout à fait cohérente dans un ensemble clinique. Mais un renversement complet eut lieu au début du 20^e siècle, avec l'expulsion des éléments obsessionnels de la clinique des troubles psychosexuels. La « détresse psychique » ne put alors apparaître que comme un *item* diagnostique isolé, non intégré à une structure, d'où son statut fluctuant.

Au tournant du 20^e siècle, la clinique des obsessions se raffina - les bordelais Emmanuel Régis et Albert Pitres (1902), notamment, nuancèrent la clinique des obsessions-impulsions sexuelles - et le mouvement s'acheva par deux voies. La première fut la neuropsychiatrie française. Le neuropsychiatre Ernest Dupré démembra au tout début du siècle le groupe des pulsions/inhibitions et en particulier le binôme obsession-perversion. Il isola la « constitution émotive » comme une entité pathologique spécifique intégrant la symptomatologie phobo-obsessionnelle (Dupré, 1910/1925), et en distingua la « constitution perverse », maladie de la personnalité marquée par les « perversions instinctives » (Dupré, 1912/1925). La souffrance subjective du pervers disparut, avec l'idée que commettre le mal relevait chez lui aussi d'une forme d'accident (car faire de la perversion un phénomène obsessionnel, c'était dire que le pervers commettait des actes mauvais en étant le jouet d'une causalité qui le dépassait). Dupré est ainsi de ceux qui reconfigurèrent pour longtemps le concept de perversion, au delà de la sexualité : sous sa plume, la perversion devint jouissance de faire le mal.

4. Qui contesta cependant vivement l'application de ce schème à l'homosexualité, étant impliqué depuis deux décennies dans les luttes pour l'émancipation des homosexuels. Krafft-Ebing 1900.

« Le sujet non seulement est indifférent aux souffrances d'autrui, mais il en jouit, il cherche à les provoquer et se complaît dans l'idée qu'il en est l'auteur. » (Dupré, 1912/1925, p. 396)

La seconde voie fut la psychanalyse freudienne, par deux moyens. D'une part, dans les *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, Freud (1905/1987) fit de la névrose en général le négatif de la perversion. On n'est pas névrosé *et* pervers ; car la névrose n'est pas l'inversion ou l'absence de perversion, mais son refoulement et resurgissement déformé sous forme de symptômes qui ne sont qu'en apparence déssexualisés. De l'une à l'autre, ce n'est donc pas la simple différence de l'imaginaire à l'acte, mais celle du fantasme conscient au fantasme inconscient qui se joue. De l'autre, Freud inventa la « névrose obsessionnelle » (névrose de contrainte, *Zwangsneurose*) à partir de 1894 (Freud, 1894/1989) jusqu'au cas de Ernst Lanzer, l'homme aux Rats (Freud, 1909/1966) (Castel, 2011, p. 381-453). La clinique de la *Zwangsneurose* freudienne était bien plus fine que la constitution émotive de Dupré, puisqu'elle excluait les phobies. Mais elle excluait aussi la perversion : le fantasme « pervers » - ainsi celui de l'homme aux rats, qui renvoie en écho à un des supplices du *Jardin des supplices* d'Octave Mirbeau (1899) - c'est justement ce dont le resurgissement horrifie et terrifie le sujet. La névrose obsessionnelle exclut la perversion sexuelle, et la perversion sexuelle exclut l'obsession, puisqu'elle est justement du côté de la mise en acte jouissive du fantasme. Le raffinement de la clinique de l'obsessionnalité conduisit ainsi à bien distinguer cette dernière de la sphère des perversions sexuelles – mais de manière aussi massive qu'elles étaient auparavant confondues.

Que retenir de cette histoire qui puisse servir au clinicien ? D'abord, le rappel que la question de la perversion ne saurait être tranchée que dans la clinique fine du rapport du sujet à ses actes ; ce qui doit amener à reconsidérer tout regroupement et toute classification des troubles psychosexuels sur des critères de type comportemental et sexologique. Ensuite, la possibilité de réintroduire, via ce problème du rapport tissé entre le sujet et ses actes (ou le fantasme de ses actes), la possibilité d'une dimension obsessionnelle aujourd'hui obérée – ce qui contribuerait à remodeler de manière importante le paysage ancien des perversions. Possibilité que l'on peut étayer sur certains cas cliniques.

3. Des obsessions sexualisées

En 1877, Charles Lasègue, psychiatre à l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police de Paris, et par là confronté à des individus qui lui étaient envoyés en raison de leurs actes déviants voire délinquants, inventa la catégorie des « exhibitionnistes » (Lasègue, 1877/ 1881). Dans ce texte, Lasègue se montre très prudent : insistant sur la nécessité d'une clinique fine du sujet, il considère en effet que l'acte de s'exhiber peut exprimer des pathologies bien différentes, bien que le type qui l'intéresse relève des « impulsions par accès » précédées d'idées dominantes, héritières des monomanies instinctives du premier 19^e siècle (Lasègue, 1877/1881, p. 700). Il distingue ainsi, en guise de préambule, deux formes d'exhibition, dont seule la seconde reçoit le nom « d'exhibition génitale »⁵, en référence au type de l'acte - l'exhibition des organes génitaux, que Lasègue rattache au règne des « perversions génitales » (sexuelles). Le cas *princeps*, qui en est aussi le prototype, est celui d'un jeune homme « de bonne famille », sans antécédents pathologiques ni criminels, qui finit par être arrêté pour les faits suivants : de manière récurrente, à la tombée de la nuit, il se rendait à l'Eglise Saint-Roch, repérait une femme en prière, se présentait devant elle, exhibait ses organes génitaux en silence – sans érection, le point est essentiel – et disparaissait ensuite. Cas d'autant plus étrange que les passages à l'acte n'étaient accompagnés ni de désir, ni de fantasme sexuel.

Le Parquet, ne sachant trancher, requit une expertise médico-légale menée par Lasègue. Voici le tableau clinique que ce dernier dégagait à la suite d'une série de longs entretiens : « L'impulsion était invincible, elle se reproduisait périodiquement aux mêmes heures, jamais dans la matinée ; elle était précédée d'une anxiété qu'il attribuait à une sorte de résistance intérieure » (Lasègue, 1877/1881, p. 695).

Poursuivant son analyse en mobilisant d'autres cas au profil clinique similaire, Lasègue résume les traits de l'exhibition génitale pathologique : instantanéité de l'acte ; non-sens reconnu par le malade ; absence d'anormalités sexuelles autres ; reproduction de l'acte dans le même contexte - mêmes lieux, mêmes heures, voire mêmes gestes précédant l'exhibition, comme cet officier qui « dépose toujours sa canne au même endroit avant de se mettre en posture » (Lasègue, 1877/1881, p. 696) ; « indifférence aux conséquences qui en résulteront » (Lasègue, 1877/1881, p. 699). Mais surtout, l'exhibition n'est ni « une manœuvre lubrique »

5. La première, étayée sur un cas clinique, relève de ce que l'on appelait alors les « persécutés-persécuteurs », que Clérambault nommera érotomanie (Clérambault, 1921) : un homme qui ne cesse de suivre une femme dont il se croit aimé, pour se montrer à elle ; il y a alors exhibition de la personne toute entière.

et « jamais le point de départ de lubriques aventures » (Lasègue, 1877/1881, p. 698) : elle n'est ni l'effet, ni le déclencheur d'un désir sexuel ; et ne procure qu'une « demi-satisfaction » - dont on comprend qu'elle est en réalité le soulagement de l'anxiété. En 1890, voilà ce que dira Valentin Magnan des exhibitionnistes obsessifs-impulsifs :

« L'idée obsédante qui mène à l'impulsion s'accompagne d'une angoisse pathologique toujours pénible, quel que soit l'objet en cause, et si profondément douloureuse qu'elle finit par dominer la volonté. La satisfaction consécutive à l'acte est encore un caractère propre à tous ces syndromes. » (Magnan, 1890, p. 156)

Il faut donc bien prendre garde à l'usage du terme « génital » par Lasègue dans cette clinique des exhibitionnistes, car il reçoit une valeur toute particulière. Si l'expression « perversion génitale » était synonyme à l'époque de « perversion de l'instinct sexuel » - que Magnan (1885) simplifiera en « perversion sexuelle » - Lasègue l'utilise, lui, de manière totalement descriptive : « génital » ne désigne pas les motivations sexuelles du sujet, mais caractérise la partie du corps exhibée. Pourquoi insister sur ce point de langage ? Pour poser une distinction entre le *sexuel* et le *sexualisé*. Dans l'exhibitionnisme type Lasègue, on semble bien avoir affaire à une forme de trouble obsessionnel, au point même que l'exhibition prenne la forme d'un rituel dont la réalisation a pour effet de, et vise à, soulager l'angoisse du sujet. Certes, la forme prise par les actes est sexualisée : il s'agit bien d'une exhibition des organes génitaux ; mais on peut à fort bon droit douter qu'il s'agisse ici de *sexualité*, car il n'y a ni motivation sexuelle (pas de désir), ni effet de jouissance. Maintenir l'exhibitionnisme comme une sous-catégorie des « troubles psychosexuels » sur un critère purement comportemental sans en distinguer les formes pose donc un sérieux problème du point de vue psychopathologique, voire médico-légal et en conséquence pénal. On mesure ici l'ampleur des problèmes que soulèvent les multiples disjonctions opérant dans les critères diagnostiques des troubles paraphiliques, puisqu'en mêlant les désirs sexuels aux impulsions, elles mènent à confondre ce qui relève peut-être de phénomènes, et donc de prises en charge tout à fait distincts.

Je vais pousser plus loin l'interrogation critique avec un second cas qui, lui, met en jeu des fantasmes, désirs et de l'excitation sexuelle. Il permet de mettre à nouveau en évidence la manière dont les concepts et les théories déterminent la perception clinique, mais aussi comment on peut renvoyer dos à dos le DSM et la psychanalyse quant à la clinique des troubles paraphiliques ou des perversions. Ce cas est tiré de l'expérience et des écrits du psychiatre et psychanalyste italien Franco de Masi. Ce dernier, tout en distinguant radicalement la dynamique de la perversion *stricto sensu* (qu'il rattache à une forme de

sexualisation spécifique du mal) des troubles du comportement sexuel (tels que décrits par le DSM), obère lui aussi les dimensions possiblement obsessionnelles de certains cas cliniques. L'analyse que je propose de ce cas est issue de la lecture de Masi (Masi, 1999/2011) et d'un entretien mené avec lui⁶. Masi attribue à ce patient (qu'il a suivi quatre fois par semaine durant vingt ans en thérapie et considère comme un cas grave) une structure perverse, et en fait un cas paradigmatique de ce qu'il nomme la « perversion sadomasochiste », qu'il érige en modèle de toute perversion sexuelle. Le tableau clinique qu'il en a livré est le suivant : obésité avec troubles du comportements alimentaires très importants ; usage très important de la pornographie, en particulier de la pédopornographie ; fantasmes d'agression sadiques ; angoisse ; retrait social extrêmement marqué.

L'aspect saillant pour Masi est ici l'agressivité, car il assimile par principe l'usage de la pornographie et la dimension pédophile des fantasmes à un désir de destruction de l'altérité, ce qui renvoie ce patient du côté de la perversion comme jouissance dans le mal. Dans quelle mesure le philosophe peut-il amener des éléments pour interroger ce diagnostic de « structure perverse » ? En montrant comment les éléments théoriques déterminent la perception clinique et l'insistance sur tel et tel aspect du tableau clinique au détriment des autres. Car on pourrait tout aussi bien percevoir chez ce patient une dynamique de type obsessionnel, prenant une forme sexualisée.

Premièrement, Masi s'inscrit théoriquement dans une longue tradition psychanalytique qui pose la réversibilité du sadisme et du masochisme, ce qui est tout à fait contestable (Deleuze, 1967 ; Mazaleigue-Labaste, 2011). Il a ainsi forgé le concept fort de monade sado-masochiste « qui a pour siège son propre corps et n'a pas besoin de l'autre » (Masi, 1999/2011, p. 109), qu'il articule à une opposition conceptuelle entre perversion et relation : la perversion serait intrinsèquement anti-relationnelle, la dichotomie cardinale étant alors celle de la perversion et de l'amour. La scène perverse se jouerait toute entière dans et chez le sujet, la perversion étant intrinsèquement liée à l'activité masturbatoire. Cette conceptualisation conduit à fortement orienter la perception des faits cliniques : le retrait social du patient cité, que l'on pourrait parfaitement voir comme significatif d'un trouble obsessionnel grave, devient en effet un trait typique de perversion sexuelle à la lumière du concept de « monade sado-masochiste ». Ensuite, Franco de Masi fait du type compulsif de l'acte un trait de la structure perverse, en relation au schème de l'addiction et de la dépendance toxicomaniaque qu'il applique à la perversion sexuelle. Or, mettre l'accent sur le type et les caractères du comportement lui-

6. Entretien du Samedi 15 octobre 2011, Paris.

même soulève le même type de difficultés que le regroupement des troubles paraphiliques du DSM. Le caractère impératif des pensées lié à l'angoisse, entraînant la répétition des actes, ne pourrait-il pas être considéré comme un trait obsessionnel plutôt que d'être projeté du côté d'une toxicomanie d'abord appréhendée par Masi, en dépit de la dimension psychanalytique de sa théorie, sur des critères implicitement comportementaux ?

Conclusion

Les difficultés soulevées par les critères cliniques des troubles paraphiliques dans le DSM-5 de 2013 sont le produit d'une histoire longue, celle de la psychopathologie sexuelle, histoire qui met en tension deux ambitions antagonistes face aux conduites sexuelles déviantes : comprendre la place du sujet dans ses actes, catégoriser et gérer les multiples formes de comportement sexuel. De là la persistance d'un critère comportemental et sexologique qui organise la nosographie des troubles paraphiliques, de là les oscillations entre les différents types de critères diagnostiques. Je terminerai donc cet essai sur une proposition : envisager le démembrement de l'univers désormais ancien des perversions – ou troubles paraphiliques - en revenant à une clinique qui interrogerait en premier lieu la relation que le sujet entretient à ses actes, et prendrait donc acte de la possibilité que se manifestent, entre autres, des formes d'obsessionnalité dans des comportements déviants qui ne seraient pas tant intrinsèquement sexuels que des formes sexualisées de passage à l'acte obsessionnel. Il ne s'agit bien évidemment pas de revenir à la clinique de Magnan et Garnier, dont a vu qu'elle n'échappait pas à de lourds biais théoriques ; mais d'envisager que des figures cliniques du passé - les exhibitionnistes de Lasègue, les collectionneuses, ces voleuses des Grands Magasins parisiens si proches des fétichistes - puissent nous aider à nous défaire des évidences perceptives construites, à nous faire percevoir les sujets et leurs gestes autrement, et à modifier en conséquence nos pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM*. Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (second edition), DSM-II (first print)*. Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1974). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (second edition), DSM-II (seventh print)*. Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition), DSM-III*. Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (third edition, revised), DSM-III-R*. Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition), DSM-5*. Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- Bayard, H.-L. (1836). *Essai médico-légal sur l'utéromanie (nymphomanie)*. Paris : Didot.
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry : The politics of diagnosis*. New York : Basic Books.
- Brierre de Boismont, A. (1849). Remarques médico-légales sur la perversion de l'instinct génésique. *Gazette médicale de Paris*, série 3, 4, 555-564.
- Broussais, F.-J.-V. (1828). *De l'irritation et de la folie, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique*. Paris : Delaunay.
- Castel, P.-H. (2014). *Pervers, analyse d'un concept suivi de Sade à Rome*. Paris : Éditions d'Ithaque.
- Castel, P.-H., 2011. *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Vol. I : Obsessions et contrainte intérieure, de l'Antiquité à Freud*. Paris, Éditions d'Ithaque.
- Clérambault (de), G.-G., 1921. Les Délires passionnels. Érotomanie, Revendication, Jalousie (présentation de malade). *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, février 1921, p. 61.
- Deleuze, G. (1967). *Présentation de Sacher-Masoch. Le froid et le cruel*. Paris : Éditions de Minuit.
- Dupré, E. (1910/1925). La constitution émotive. In Dupré, E. (1925). *Pathologies de l'imagination et de l'émotivité*. (pp. 245-256). Paris : Payot.
- Dupré, E. (1912/1925). Les perversions instinctives. In Dupré, E. (1925). *Pathologies de l'imagination et de l'émotivité* (pp. 357-427). Paris : Payot.
- Esquirol, J.-E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (3 vol.). Paris : Baillière, Lyon : Savy.
- Faucher, L. (2006). Philosophie psychopathologique : un survol. *Philosophiques*, 33 (1), 3-17.
- Foucault, M. (1974-1975/1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France 1974-1975*. Paris : Seuil-Gallimard.
- Freud, S. (1894/1989). Les psychonévroses de défense : essai d'une théorie psychologique de l'hystérie acquise de nombreuses phobies et obsessions et de certaines psychoses hallucinatoires. In Freud, S. *Névrose, psychose et perversion* (trad. fr. J. Laplanche). Paris : Puf.
- Freud, S. (1905/1987). *Trois Essais sur la théorie sexuelle* (trad. fr. P. Koepfel). Paris : Gallimard.

- Freud, S. (1909/1966). Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (l'Homme aux rats). In Freud, S. *Cinq psychanalyses* (trad. fr. M. Bonaparte, R. M. Loewenstein). Paris : Puf.
- Garnier, P.-É. (1893). Un cas de perversion du sens génésique. Obsession appétitive et amoureuse du toucher de la soie avec phénomènes d'orgasme génital à ce contact. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, 29, 457-465.
- Garnier, P.-É. (1900b). Perversions sexuelles obsédantes et impulsives du point de vue médico-légal. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, série 3, 5, 849-851.
- Garnier, P.-É. Paul-Émile, 1900a. Le sadi-fétichisme. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3, 43, 97-121, 210-247.
- Georget, E (1826). *Discussion médico-légale sur la folie, suivie de l'examen du procès criminel d'Henriette Cornier et de plusieurs autres procès dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense*. Paris : Migneret.
- Giami, A. Between DSM and ICD : Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. *Archives of Sexual Behavior*, July 2015, 44 (5), 1127-1138.
- Krafft-Ebing (von), R. (1900). Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives du point de vue médico-légal. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, série 3, 5, 848-849.
- Krafft-Ebing (von), Richard (1886). *Psychopathia Sexualis. Eine klinisch-forensische Studie*. Stuttgart : Enke.
- Krafft-Ebing (von), Richard (1893/1895). KRAFFT-EBING (von) Richard, 1893/1895. *Psychopathia Sexualis, avec des recherches spéciales sur l'inversion sexuelle* (traduction de la 8^{ème} édition en allemand). Paris : Carré.
- Lasègue, C. (1877/1884). Les exhibitionnistes. In Lasègue, C. *Études médicales du professeur Lasègue* (2 vol.). (vol.1, pp. 692-700). Paris : Asselin.
- Legrand du Saulle, H. (1875). *La folie du doute avec délire du toucher*. Paris : Delahaye.
- Lunier, L. (1849). Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive. Affaire du sergent Bertrand. *Annales médico-psychologiques*, série 2, 1, 351-379.
- Magnan, V. (1885). Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles (communication faite le 13 janvier 1885 à l'Académie de Médecine et le 26 janvier 1885 à la Société médico-psychologique). *Annales médico-psychologiques*, série 7, 1, 447-472.
- Magnan, V. (1890). Des exhibitionnistes. *Annales d'hygiène publique et de médecine Légale*, série 3, 24, 152-168.
- Marc, C. C. H. (1833). Considérations médico-légales sur la monomanie et particulièrement sur la monomanie incendiaire. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 1, 10, 357-468.
- Masi (de), F. (1999/2011). *La perversion sadomasochiste*. Paris : Éditions d'Ithaque.
- Mazaleigue-Labaste, J. (2011). Le 'maudit problème du masochisme'. In Freud, S. *Du masochisme*. (pp. 7-45). Paris : Payot.
- Michéa, C.-F. (1849). Des déviations malades de l'appétit vénérien. *L'Union médicale*, 3 (85), 338-339.
- Mirbeau, O. (1899). *Le jardin des supplices*. Paris : Charpentier-Fasquelle.
- Régis, E., Pitres, A. (1902). *Les obsessions et les impulsions*. Paris : Doin.
- Taufflieb, H. M. E. (1835). Recherches sur l'état actuel, en Allemagne, des doctrines médico-légales relatives aux aliénations mentales. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 1, 14, 154-205.
- Vigarello, G. (1998). *Histoire du viol, XVI^e-XIX^e siècle*. Paris : Seuil.