

## La perversion sexuelle est-elle une maladie endémique à transmission inter-humaine ?

Les neurosciences actuelles s'intéressent essentiellement aux processus neuronaux qui sous-tendent le fonctionnement normal du cerveau, par exemple aux procédures qui traitent les informations sensorielles, ou au phénomène de la conscience. Elles s'intéressent peu aux processus psychopathologiques, aux anomalies de fonctionnement et aux phénomènes de dérèglements pulsionnels ou comportementaux. Or ce sont eux qu'il serait le plus utile et le plus urgent de comprendre. En effet, ce n'est jamais à partir du fonctionnement normal qu'on peut comprendre le fonctionnement pathologique (la panne, le dérèglement, la perversion) d'un système quel qu'il soit, qu'il s'agisse d'une machine ou d'un être vivant.

Le fait de savoir en détails comment fonctionne un moteur de voiture ne permet pas forcément de comprendre pourquoi un moment donné elle s'arrête ou elle ne démarre pas, par exemple si quelqu'un a commis un acte de malveillance comme verser du sucre dans le réservoir.

De même lorsqu'un organisme vivant se met à dépérir, ce n'est pas de connaître son métabolisme normal qui permet forcément de comprendre ce qui se passe, si par exemple il est intoxiqué par un produit chimique ou envahi par une bactérie pathogène.

Le phénomène de la perversion est un phénomène qui semble mystérieux et particulièrement inquiétant, au point qu'il fait fuir la plupart des scientifiques, qui laissent aux religions et aux bonimenteurs psychanalytiques le soin d'expliquer son apparition et son développement.

Les neuroscientifiques, eux non plus, ne sont pas à l'aise avec la folie et la perversion, car ils pressentent que les hypothèses biochimiques (neuromédiateurs), cognitives (théorie de l'information) ou génétiques, pas plus que l'étude des réseaux neuronaux, ne viendront jamais à bout du sujet.

En effet, ce n'est pas en scrutant le cerveau dans ses moindres détails qu'on pourra jamais comprendre un comportement anormal, mais en analysant *le comportement en question*, car il est chargé d'informations qu'il convient de décrypter et de décoder avec soin et précision. Le comportement pathologique est un message, écrit dans un langage étrange. Mais ce n'est pas un message de *désir caché* comme le prétend la psychanalyse : c'est un message d'alerte ou de détresse. Il a la signification globale : « voilà ce qui m'est arrivé ».

La perversion ou la déviation sexuelle est un comportement-message de ce type. C'est un phénomène des plus troublants pour celui qui ne comprend pas sa logique, sa signification cryptée. C'est pourquoi jusqu'ici a prévalu la thèse de la *génération spontanée* de la perversion sexuelle, soit que celle-ci soit inscrite dès le départ dans le patrimoine génétique de l'humanité (théorie judéo-chrétienne), soit qu'elle surgisse subitement comme un dérèglement naturel (dérapage ou ratée) des fonctions pulsionnelles, selon un mécanisme *frustration / défoulement* (théorie freudienne) dont on attribue la responsabilité à la répression sociale de la sexualité, alors que celle-ci n'est en réalité qu'une conséquence de l'existence de la perversion.

A partir de l'histoire infantile des patients et de l'analyse précise (logique) de leurs constructions pathologiques (symptômes, fantasmes, comportements, croyances...), il est possible aujourd'hui de retracer la genèse de leur formation à l'aide d'un modèle théorique précis et pertinent, dont la valeur explicative se révèle largement supérieure à tous les modèles jusqu'ici utilisés. Ce modèle s'apparente un peu à la théorie du chaos, puisqu'il décrit les conséquences à long terme d'une perturbation initiale relativement minimale (en apparence anodine) sur l'ensemble du système psychique, avec l'apparition de nouvelles « formes » comportementales non prévues par la nature. Cette « perversion » des comportements

naturels, et notamment des comportements pulsionnels innés, comporte de nombreux phénomènes d'inversion, qui sont difficiles à reconnaître et à décrire.

Nous allons voir qu'en réalité, bien qu'il existe un déni social très puissant de la gravité de ces épisodes infantiles, la perturbation initiale (qui est le plus souvent un abus sexuel) a pour effet d'endommager gravement le psychisme en altérant profondément son fonctionnement, et notamment son dispositif de régulation, ce qui produit nombre de dérèglements pulsionnels. Nous verrons que l'effet le plus spectaculaire de ces traumatismes infantiles, le plus souvent méconnus ou ignorés, est de binariser très fortement les options comportementales, c'est-à-dire de construire des couples d'inverses (disjonctions exclusives), ce qui a pour conséquence de réduire considérablement la liberté d'action et de pensée, ainsi que l'adaptabilité et la souplesse comportementales.

Au regard des données cliniques et épidémiologiques actuelles, on peut affirmer aujourd'hui qu'il n'existe pas de perversité sexuelle innée de l'être humain, et encore moins de perversion spontanée par défaut de fonctionnement, mais que la perversion sexuelle « s'attrape » par contagion ou par contamination inter-humaine (en l'occurrence par le *toucher sexuel* d'un adulte sur un enfant), comme de nombreuses maladies infectieuses organiques. Le « virus » en question ici n'est bien entendu pas un organisme biologique, il s'apparente plutôt à un virus informatique capable de perturber le programme pulsionnel inné. Mais il a le même comportement qu'un virus biologique, puisqu'il détruit son hôte (le système psychique) tout en cherchant à se reproduire pour survivre en contaminant d'autres humains. Ce processus de contamination psychique (transmission inter-humaine de la violence et de la perversion) est une réalité qui a été jusqu'ici déniée par la communauté scientifique. Il est pourtant possible aujourd'hui d'en apporter la preuve objective, comme il est possible de démontrer plus largement que l'ensemble des manifestations psychopathologiques a une origine traumatique.

Dans le cas des perversions et des déviations sexuelles (qui incluent l'homosexualité), l'agent « infectieux » s'apparente à un virus lent ou à récurrences (comme le *pox virus* à l'origine du zona) dont l'effet est retardé dans le temps, avec parfois un temps de latence très long entre la contamination et les premières manifestations pathologiques (passage à l'acte, dépression, perte de libido, stérilité...). L'inoculation du « virus » a lieu dans la petite enfance, le plus souvent entre 5 et 10 ans, sous la forme d'un abus sexuel ou d'un inceste. Selon les statistiques les plus fiables, environ 1/3 des filles en sont atteintes, et 1/6<sup>e</sup> des garçons.

Le « virus » est donc transmis de l'adulte à l'enfant. L'enfant constitue un terrain fragile, sans défense psychique. Il ne s'attend jamais à un tel acte de la part d'un adulte, et se trouve donc dans un désarroi total lorsqu'il a lieu. Cet état s'apparente à un état de déficit immunitaire. Il est donc une proie facile pour le prédateur sexuel, qui bénéficie toujours de l'effet de surprise, de la sidération et de la tétanisation qui empêche l'enfant de faire quoi que ce soit (fuir, crier, repousser).

Ce mode de contamination ressemble à celui des MST, où un porteur du virus inocule le germe à un sujet sain par l'intermédiaire d'un rapport sexuel. Contrairement à ce qui se passe par exemple dans l'inoculation du paludisme par le moustique appelé anophèle, la transmission est ici strictement inter-humaine (il n'y a pas d'hôte intermédiaire). Ce mécanisme de contagion de la perversion (théorie de la répétition) qui est dénié largement par la société, est pourtant décrit avec précision dans le mythe du *vampire* ou celui de l'*alien*, ou encore dans le mythe biblique du jardin d'Eden.

Pour trouver un virus, il faut le chercher. Pasteur et ses successeurs en savent quelque chose. Mais un virus informatique ne se détecte pas au microscope électronique, il se révèle par les effets de dérèglement qu'il produit dans le logiciel qu'il infecte, en l'occurrence dans le

programme des comportements instinctuels et des comportements intentionnels. Les épidémiologistes le savent bien, chaque virus possède son mode d'action spécifique sur l'organisme, son organe-cible.

Or, il semble que le « virus » mental n'impacte pas directement les dispositifs instinctuels, émotionnels, mnésiques ou sensitifs. Il le fait par l'intermédiaire de leur centre régulateur (le cortex préfrontal) qui semble constituer sa cible préférentielle. Plus exactement, il semble que cet impact se situe au niveau des boucles thalamo-corticales, c'est-à-dire des connexions neuronales entre le centre régulateur préfrontal et le domaine pulsionnel (sexuel, alimentaire, affectif, cognitif, etc...) où a eu lieu le trauma.

Si le virus impactait directement les dispositifs pulsionnels ou émotionnels, il en résulterait un chaos comportemental complet dans le domaine en question, ce qui n'est pas le cas : les conduites de folie ou de perversion sont au contraire des conduites qui, bien qu'inadaptées à la situation, sont hyper-rationnelles (dans leur logique propre), hyper-structurées, dont la logique est implacable. Ceci devrait nous servir de preuve à l'hypothèse que je soulève ici. Chaque comportement ou symptôme pathologique obéit à une logique froide et rigide, inflexible et figée. Tout un domaine pulsionnel se transforme en automate. Ce qui est perdu par rapport à la normalité, c'est d'une part la souplesse, l'adaptabilité à la situation, la connexion avec la réalité actuelle, avec les personnes présentes, et d'autre part la cohérence globale du comportement ou du raisonnement, c'est-à-dire la coordination entre les différents domaines pulsionnels, mais aussi la cohérence temporelle (la suite logique des comportements). Mais ce qui se passe à l'intérieur de chaque domaine pulsionnel impacté est par contre d'une logique rigoureuse et terrifiante, qui est comme nous venons de le dire une logique binaire.

Ceci est d'une importance capitale. Car si le point d'impact principal du « virus » de la perversion sur le cerveau humain est le cortex préfrontal, c'est-à-dire la tour de contrôle qui régule la vie pulsionnelle, qu'il a pour caractéristique d'abîmer ou de détruire, il n'est alors plus étonnant que les dérèglements produits dans le domaine pulsionnel atteint soient ou bien des *pertes totales de contrôle* de la pulsion (impulsions, compulsions, addictions...), ou bien des *sur-contrôles* extrêmement tenaces des fonctions pulsionnelles (inhibitions, blocages, phobies, obsessions...), ces deux comportements opposés obéissant tous deux à une logique extrême. Ce sont des « structures comportementales » qui n'ont rien à voir avec une personnalité ou un caractère, puisqu'elles sont réactionnelles au trauma infantile.

Comme tout bon agresseur, le virus s'attaque à la « tête », à la zone de commandement, qui est une fonction cybernétique. Les effets de cette attaque vont se traduire par des effets cybernétiques, ce qui veut dire qu'en l'occurrence on va passer d'un régulateur de type *oui / pas oui*, qui permet des comportements adaptés à la situation présente et au souhait de l'individu, à un automate de type *béant / verrouillé*, qui est totalement désadapté à la réalité.

Le virus peut impacter aussi les zones de la cognition, de l'émotion, de la sensation, de l'imagination, qu'il dérégule également en les déconnectant de leur régulateur préfrontal, et où il imprime là aussi sa marque sous forme d'alternatives binaires radicales et exclusives. Cette binarisation forcée des solutions cognitives (pensée binaire, manichéisme), sensitives (bascules plaisir / douleur), comportementales (ambivalence, ambiguïté) et émotionnelles (bipolarité, dissociation, clivage) est la marque spécifique qui signe la présence et l'action du virus, tout comme l'onde de choc du tsunami est la marque du séisme sous-marin, ou le cratère d'impact la trace du météorite.

En effet, l'impact traumatique réduit ou transforme le dispositif régulateur préfrontal (qui est analogue à un thermostat gradué de 0 à 100) en un simple commutateur ou inverseur, qui se

bloque de lui-même sur la position *on* (« libre cours ») ou sur la position *off* (« empêchement ») sans qu'on y puisse rien, ce qui transforme la personne en automate incohérent ou inconséquent, c'est-à-dire apparemment « fou ». Parfois, un seul domaine pulsionnel est atteint, parfois c'est l'ensemble des domaines qui l'est.

Le « virus » est malin et silencieux comme le serpent. Il agit « ni vu ni connu », en cachette ou en coulisse, puisqu'il donne l'impression d'un dérèglement spontané ou naturel. En fait il possède une capacité terrifiante de perturber et de parasiter le programme instinctuel inné (biologique), et tout d'abord celui des pulsions naturelles (manger, parler, agir, marcher, aimer, apprendre, dormir, faire l'amour, uriner, déféquer, etc...).

Par exemple, dans le domaine de la pulsion sexuelle, cette perturbation peut agir :

1. sur le *déroulement séquentiel de l'acte*, donnant alors des symptômes comme des blocages inopinés ou des fulgurations soudaines : blocages orgasmiques ou arrêt brusque de l'excitation chez la femme ; perte d'érection intempestive, éjaculation précoce ou éjaculation impossible chez l'homme.
2. sur la *conceptualisation* ou la vision globale de la sexualité (machisme, féminisme, sadomasochisme, chosification d'autrui, angélisme ou romantisme)
3. sur *l'amplitude de la pulsion ou de la sensation*, ce qui peut se faire dans deux sens contraires, celui du déchaînement (impulsivité, compulsivité ou addiction sexuelle en ce qui concerne le désir, polyorgasme insatiable ou masturbation compulsive en ce qui concerne le plaisir) ou celui de l'inhibition (impossibilités, répulsions, frigidité, anorgasme totale, dyspareunie)
4. ou encore sur *l'orientation sexuelle*, donnant alors les déviations sexuelles comme le fétichisme, la bestialité, l'homosexualité, la pédophilie, la nécrophilie, la transsexualité, etc . En règle générale, la sexualité sera dirigée vers un partenaire du même sexe que l'abuseur initial, au moins dans les fantasmes si ce n'est dans les actes, ou encore elle sera axée fortement (fixée) vers un acte ou un geste (fellation, sodomie, masturbation), un objet ou un animal, qui évoque les circonstances de l'abus infantile (phénomène d'*empreinte*).

Toutes ces manifestations pathologiques, qui sont mises le plus souvent sur le compte de « l'Inconscient », par méconnaissance de leur origine traumatique, constituent le quotidien du sexologue, qui se trouve face à elles aussi démuni et perdu que son propre patient s'il ne bénéficie pas d'un outil conceptuel adéquat.

Les comportements pathologiques, sexuels ou autres, réclament pour se modifier à la fois une *déprogrammation* du trauma initial (qui doit pour cela être reconnu, identifié, et ré-adressé à son auteur) et une *re-programmation* par apprentissage de la fonction biologique qui a été perturbée et dénaturée, en l'occurrence ici de la sexualité. Il s'agit de rétablir une fonction sexuelle telle qu'elle aurait eu lieu si elle n'avait pas été perturbée à son départ.

Ce traitement doit intervenir le plus tôt possible pour être efficace, car passé un certain délai, il n'est plus possible de déconstruire les vieux schèmes de comportement pour en construire de nouveaux. Seule une politique de détection et de traitement précoces de l'inceste et de l'abus sexuel pourront déboucher un jour sur une éradication définitive de la perversion sexuelle, fléau qui ravage les sociétés humaines depuis sans doute la nuit des temps, dans un déni généralisé, et qui remonte enfin aujourd'hui à la surface grâce à quelques-uns qui ont le courage de regarder la réalité en face et qui, de ce fait, sont menacés d'exclusion par la société.

## Implémentation du logiciel « viral » dans les dispositifs neuronaux

De la même façon qu'un virus biologique s'intègre au génome de son hôte pour prendre la commande de la synthèse protéique et faire fabriquer par la cellule des protéines anormales, de même le « virus » de la perversion ou de la folie, qui est introduit (inoculé) dans le logiciel cérébral à l'occasion du trauma infantile, va accomplir son œuvre de destruction en prenant les commandes (sur un mode binaire simplifié) de l'ensemble de la vie pulsionnelle, émotionnelle et comportementale, et en y impulsant ou en y prescrivant des comportements anormaux, incongrus, violents ou inhibés, totalement désadaptés, déconnectés de la réalité actuelle.

Mais ici, la destruction s'opère sur un mode beaucoup plus subtil que dans l'intrusion virale biologique, car le virus n'est pas reconnu par son hôte comme un intrus ou un agent pathogène. L'hôte va se débattre avec cet intrus, sans même le savoir et sans savoir pourquoi, et c'est de cette lutte intestinale (dans laquelle l'hôte semble se débattre avec lui-même, parce que l'agent agresseur n'est pas identifié) que va naître sa propre destruction.

Celle-ci se produit donc, non pas directement, mais via les réactions violentes de réparation et de compensation que le virus va déclencher en sourdine à l'insu de l'hôte au sein de son appareil psychique. Ces réactions de défense, maléfiques pour l'individu, s'apparentent à une réaction auto-immune, où c'est l'organisme qui ne reconnaît plus ses propres cellules comme siennes et tente de les éliminer. Ici, c'est l'intrus qui n'est pas reconnu comme corps étranger, et du coup le processus qui vise à le neutraliser ou à l'éliminer (en lui opposant une force contraire, antagoniste) se retourne contre l'hôte lui-même (auto-destruction) ou contre un congénère innocent (violence, perversion).

Le processus défensif, que tout le monde prend pour une « maladie mentale », est donc ce qui produit à la fois la destruction intrapsychique, la destruction des congénères, et la propagation de la violence. Comme dans le choléra où la diarrhée expulsive déshydrate le patient jusqu'à le tuer, ou bien dans le paludisme où c'est la réaction fébrile extrême qui tue l'individu, ici aussi c'est le mécanisme de défense chargé de chasser l'intrus ou de l'anéantir qui amène au final la destruction du porteur de virus.

Ce processus de défense et de sauvegarde psychique éminemment destructeur peut durer toute une vie, s'il n'est pas interrompu par une intervention thérapeutique efficace. Mais pour l'interrompre, il faut en comprendre le mécanisme.

Mais comment la souffrance psychique se transforme-t-elle en violence ? Ou plus exactement, comment un événement vécu et subi peut-il se métaboliser dans le cerveau et en ressortir sous la forme d'un comportement agi ? Comment concevoir la façon dont les impacts psychiques des trauma infantiles sont implémentés dans les circuits neuronaux ? Bien que la preuve soit difficile à établir, faute de possibilité d'expérimenter sur l'être humain, on peut cependant émettre des hypothèses plausibles et proposer un modèle théorique.

Il faut pour cela adopter en première approche le point de vue fonctionnel. Le postulat de base consiste à considérer qu'un dispositif pulsionnel inné (la nutrition, le sommeil, la sexualité, l'affectivité, l'agressivité, la communication, le jeu, etc...) *se comporte comme* un système dynamique non-linéaire, c'est-à-dire comme un dispositif séquentiel de comportements ou de gestes, régulé par des seuils de déclenchement qui sont sous la dépendance de facteurs internes (besoin physique) et externes (environnement, circonstances).

Tous les dispositifs pulsionnels sont sous la dépendance principale de deux paramètres de contrôle (qui sont corrélés ou co-dépendants) qui font office de déclencheurs ou de bloqueurs

du dispositif. Le premier est interne au système psychique, c'est le *désir* corporel ou pulsionnel, qui est lui-même régulé par un dispositif (préfrontal) de contrôle volontaire de l'action (libre-arbitre) et de contrôle du corps (self-control). Le second est externe, c'est la *pression* excitatrice-incitatrice ou inhibitrice-freinatrice exercée par les objets de désir, par l'environnement ou par l'entourage, qui est elle-même régulée (en principe) par les règles sociales de comportement appelées « savoir-vivre », qui disent ce qui se fait et ce qui ne se fait pas.

Chaque domaine pulsionnel a ses impératifs biologiques (ce sont les « besoins » primaires), mais il ne doit pas, en même temps, contrevvenir à la réalisation des autres besoins physiologiques. C'est pourquoi sont nécessaires à la fois une *régulation centrale* (procédures de décision plus ou moins volontaires et conscientes) qui est assurée par les boucles thalamo-corticales établies entre le thalamus, centre des émotions et des sensations, et le cortex préfrontal, centre de décision, et une *régulation externe ou sociale* (règles, habitudes, coutumes, usages, rites...) qui établissent une hiérarchie des priorités dans le programme pulsionnel. Si chaque domaine pulsionnel était livré à lui-même, ce serait l'anarchie, le désordre complet : on pourrait faire n'importe quoi à tout moment, sans suite logique, dans l'incohérence la plus complète. Or ce n'est pas le cas, sauf justement quand le régulateur interne ne fonctionne plus correctement parce qu'il a été abîmé ou détruit.

A l'état normal des choses, cette régulation des différents dispositifs pulsionnels instinctuels, qui permet la coordination, l'enchaînement, la synchronisation et la cohérence des actes et des comportements, se fait toute seule sans qu'on y pense. Elle est probablement implémentée au niveau neuronal par des processus de réentrée qui inhibent les autres domaines lorsqu'un domaine pulsionnel se met en route, ces processus n'étant que faiblement conscientisés et soumis à l'arbitrage volontaire.

Mais cette inhibition (suspension) de la réalisation pulsionnelle peut aussi être volontaire et consciente, lorsque les circonstances l'exigent, et c'est même ce qui caractérise les humains par rapport aux animaux et aux machines : homo sapiens a la capacité étonnante de décider de *ne pas faire ce qu'il a envie de faire*, c'est-à-dire de surseoir ou de retarder, voire de renoncer provisoirement, à la réalisation de son désir physique qui le pousse à agir. Réciproquement il a la capacité de *faire ce qu'il n'a pas envie de faire* (par ex. dans son travail ou pour faire plaisir aux autres). Aucun animal ni aucune machine n'a cette capacité : c'est cette « indécidabilité » des machines et cette « incalculabilité » des comportements humains qui torturait tant Alan Turing.

Les machines ne peuvent pas s'arrêter toutes seules parce qu'elles n'ont pas la capacité de décider d'aller contre leur programme (indécidabilité) et les humains sont imprévisibles (incalculables) parce qu'ils sont libres d'aller contre leur programme biologique inné, de l'interrompre, de l'accélérer ou de l'amplifier. Ce n'est hélas plus vrai chez certains humains, comme Alan Turing lui-même, dont l'appareil psychique a été transformé en machine ou en automate par un accident de parcours, un trauma infantile, et qui exécutent malgré eux des algorithmes de comportements, comme l'algorithme « faire l'amour avec quelqu'un du même sexe », sans être jamais capables d'arrêter la machine.

Quand le centre régulateur préfrontal est abîmé par un trauma, il se produit alors une « décohérence » du système psychique de l'individu, une perte de la coordination et de la régulation globale des pulsions. Il suffit pour cela qu'un seul des domaines pulsionnels - celui qui est touché ou atteint par l'épisode traumatique - échappe à la régulation adaptative et se mette à jouer en solo, à fonctionner pour lui-même, sans tenir compte de l'intérêt global. Il échappe à la régulation adaptative, et se met à fonctionner sur un mode simplifié (binaire). Comme dans un automate cellulaire, il suit sa logique propre qui ne tient compte que de ce

qui se passe dans son environnement immédiat, ce qui aboutit non pas à l'anarchie, mais à des configurations nouvelles, à des « structures » comportementales répétitives ou itératives, tandis que les autres domaines pulsionnels continuent à se soumettre au contrôle préfrontal et à produire des comportements adaptés au contexte.

Dans le domaine pulsionnel touché, les procédures volontaires (matrices de décision) cèdent la place à des procédures automatisées (algorithmes). Cette automatisation est en partie consciente pour le patient, mais ce qui ne l'est pas c'est le pourquoi des choses : il sait ce qu'il fait, mais il ne sait pas pourquoi il fait ça, « quelque chose en lui » lui enjoint de le faire, lui dicte sa conduite. Il exécute les ordres d'une machine en lui. Il a perdu la volonté libre de faire ce qu'il décide de faire ou de ne pas faire, du moins dans le domaine affecté par le trauma.

Ce n'est donc pas une prise de conscience de ce qu'il fait ou de ce qu'il dit qui peut l'aider à sortir de la folie ou de la perversion : c'est seulement la compréhension du lien logique entre *ce qu'il fait* (ou ce que fait la machine en lui) et *ce qu'on lui a fait* quand il était enfant. Il s'agit donc de construire une matrice logique de compréhension, qui confronte dans un même tableau le subi et l'agi. Tant que ce lien n'est pas établi, la machine continue à être aux commandes. Cette procédure thérapeutique, qui vise à *comprendre* plutôt qu'à conscientiser, équivaut à un déclic cognitif, analogue à une réinitialisation effectuée après un bug informatique.

### *Résumons-nous*

La distinction classique entre le normal et le pathologique, bien qu'étant une catégorisation binaire simpliste et artificielle qui n'a pas pour prétention de décrire une quelconque « vérité objective », est cependant fort utile pour comprendre grossièrement ce qui se passe dans un processus mental pathologique.

Schématiquement, on peut décrire deux types d'actes ou de comportements humains « normaux » parfaitement distincts :

1. les actes ou comportements instinctuels ou pulsionnels, comme manger, dormir, boire, faire l'amour, apprendre, jouer, se battre, uriner, déféquer, parler, etc...qui sont régis par des processus automatisés, génétiquement programmés (appelés par Konrad Lorenz *mécanismes innés de déclenchement*), comportant un déclencheur naturel qui est un objet ou un être, et un bloqueur ou stoppeur naturel qui est la satiété corporelle, la satisfaction mentale ou le soulagement psychique
2. les actes ou comportements non-pulsionnels (qui ne correspondent à aucun besoin physique), qu'on peut aussi qualifier de « volontaires », comme travailler, partir en vacances, s'inscrire à l'université, se marier, etc...qui sont régis par des procédures de décision (plus ou moins conscientisées) qui utilisent des matrices décisionnelles de dimension (2,2). Ces matrices sont elles-mêmes programmées génétiquement selon un principe d'optimisation fonctionnelle (simplification binaire des choix) et selon un principe d'égocentration et d'intérêt personnel, qui est régulé ou modulé par l'attention à autrui, via les affects et émotions. Ces matrices ne peuvent pas être modifiées, elles ne peuvent qu'être inversées ou transposées telles quelles.

Ces deux processus sont bien entendu fortement intriqués. Par exemple, dans le domaine de la sexualité, lorsqu'un objet de désir se présente (une jolie femme sexy), la libido se met en

route sur un mode automatique mais en même temps se met en route une procédure de décision qui pose la question « est-ce que j'y vais ou pas ? ». La première matrice qui va décider est la plus basique qui soit : elle me plaît – j'y vais ;; elle ne me plaît pas – je n'y vais pas. Mais ensuite les choses se compliquent, car je pense soudain à ma femme qui va savoir que je l'ai trompée et que je vais faire souffrir, ou je pense à mon collègue dont c'est la copine actuelle, ou encore je sens qu'elle n'est pas réceptive à mon désir et que je vais « me prendre une veste ». Toutes ces raisons me font prendre la décision de ne pas y aller.

On a donc en fin de compte une matrice qui s'inverse et qui devient : elle me plaît – mais je n'y vais pas. On voit ainsi que les circonstances ou les raisons supérieures (existentielles) ont la capacité d'inverser les connecteurs logiques (d'implication) au sein des matrices de décision en conditions « normales ». Comme je l'ai montré plus haut, cette liberté par rapport au déterminisme pulsionnel est un des attributs de l'être humain.

Eh bien, on peut dire que les réafférences traumatiques (souvenirs de traumatismes infantiles) possèdent cette même capacité et procèdent de la même façon, puisqu'elles produisent exactement le même effet d'inversion au sein des matrices décisionnelles que ces perturbations ou dérangements quotidiens qui nous font renoncer ou surseoir à un acte pulsionnel. Par exemple, ces réafférences traumatiques vont me pousser (sans raison apparente actuelle) à coucher avec une femme qui ne me plaît pas ou à me refuser à une femme qui me plaît, à m'empêcher de faire quelque chose que j'aime ou à me forcer à faire quelque chose que je n'aime pas.

Mais ce n'est pas leur seul effet. Elles ont aussi pour effet de perturber les mécanismes instinctuels innés en abaissant ou en relevant leurs seuils de déclenchement, ce qui a pour effet en situation soit de bloquer le déclenchement du processus pulsionnel (c'est le mécanisme de l'inhibition pulsionnelle comme l'anorexie, la frigidité, la timidité, etc...) soit d'inhiber le stoppeur du processus (c'est le mécanisme de la compulsion sexuelle ou alimentaire, de la ritualisation, de l'addiction, de la répétition incessante du même, etc...).

En résumé, et c'est là probablement une loi primordiale du psychisme humain, les deux zones d'impact préférentielles du trauma infantile sur le système neuropsychique sont donc :

1. les seuils de déclenchement ou d'arrêt au sein des dispositifs pulsionnels biologiques
2. les connecteurs logiques au sein des matrices décisionnelles

L'impact traumatique perturbe les dispositifs pulsionnels en augmentant ou en diminuant les seuils de déclenchement ou d'arrêt (processus *quantique* ou *non-linéaire*), en même temps qu'il perturbe les liens d'implication des systèmes matriciels en les inversant (processus *logique*). Tout ceci a probablement lieu à l'aide d'algorithmes d'*arrêt / déclenchement* et de *répétition / inversion*.

Les exemples concrets de ce double processus sont nombreux :

1. exemples de perturbation des seuils de déclenchement des dispositifs pulsionnels ou émotionnels : le seuil de déclenchement de la peur est fortement abaissé chez les phobiques, facilement terrifiés par des choses anodines ou inoffensives (araignées, souris, ascenseurs, etc...). Il est au contraire très élevé chez les intrépides qui jouent avec la mort, qui n'ont « peur de rien ». Le seuil de déclenchement de l'excitation sexuelle est fortement abaissé chez les obsédés sexuels qui « ne pensent qu'à ça », alors qu'il est très élevé chez les femmes frigides ou les hommes impuissants. Le seuil de déclenchement de l'appétit (chez les anorexiques / boulimiques), de l'agressivité (chez les violents-colériques / doux-trop gentils), de la curiosité

(chez les bons élèves / cancre), et de l'affectivité (chez les passionnés / indifférents) subissent les mêmes perturbations en hyper ou en hypo.

2. exemples de l'inversion des liens d'implication dans les matrices décisionnelles : dire le contraire de ce que l'on pense, faire l'inverse de ce qu'on a envie de faire, faire du mal à ceux qu'on aime, ou faire du bien à ceux qu'on n'aime pas, ou encore comme dit Gainsbourg « fuir le bonheur de peur qu'il se sauve », etc...

On voit que ces deux éléments fondamentaux sur lesquels le trauma impacte le psychisme ont en commun d'être des *bifurcations naturelles* du système psychique : bifurcation automatique et involontaire (*transition de phase du processus pulsionnel*) dans le premier cas ; bifurcation consciente et volontaire (*procédure de décision*) dans le second cas.

Dans le premier cas, la perturbation introduite par l'impact traumatique va produire des *symptômes* de dysfonctionnement pulsionnel (blocages, retardements, accélérations, déchaînements, fuites, rétentions, etc...), symptômes appelés « psychosomatiques » (via le système neurovégétatif), alors que dans le second cas, elle va produire des *comportements* et des *actes* pathologiques, paradoxaux, ambivalents, aberrants et désadaptés du contexte (via le système de la motricité volontaire), comportements ou actes qu'on appelle vulgairement « folie » ou « maladie mentale ».

Parfois, ce sont d'autres dispositifs dichotomiques naturels qui sont impactés par le « virus » :

- dispositifs anatomiques à double sens (tuyauteries) de type absorption / évacuation, (bronches, tube digestif, voies urinaires, voies génitales) dans lesquels le sens « normal » va être inversé ou perturbé (vomissements, asthme, énurésie, encoprésie, stérilité, etc...)
- organes à double fonction, comme par ex. les yeux (qui expriment / impriment), les seins (érotiques / maternels), le pénis (fonction génito / urinaire), la bouche (parole / ingestion).

Le logiciel infecté transforme tous ces dispositifs naturels en portes logiques *on / off*, c'est-à-dire *ou bien / ou bien* (disjonction exclusive), qui vont servir à exprimer des *oui / non* (à l'agresseur) en les somatisant au lieu de les verbaliser.

Au total, le trauma se comporte donc comme un virus introduit au sein d'un logiciel naturel (le programme pulsionnel) qui est supervisé par un régulateur naturel (le self). Le « virus » a pour effet de débrancher ce régulateur du dispositif, qui se met alors à « tourner fou ». C'est pourquoi l'effet du trauma prend l'aspect trompeur d'une perte de contrôle (impulsion, passage à l'acte) ou d'un excès de contrôle (névrose). En réalité, c'est le virus, c'est-à-dire les réafférences traumatiques (et non pas les désirs refoulés) qui prend le contrôle des choses pour diriger les opérations de représailles, comme le fait le virus biologique en s'intégrant au génome de son hôte pour prendre la commande des synthèses protéiques qui lui conviennent le mieux.

En prenant ainsi la direction des choses, le virus dérégule ou dérègle le dispositif de contrôle qui est chargé de gérer à la fois le passage des différentes phases du processus pulsionnel et le passage des bifurcations décisionnelles.

Cela lui permet en même temps de se reproduire, car, tout comme les virus biologiques, le « virus » de la perversion et de la violence a la capacité à la fois de se reproduire à l'intérieur de son hôte en se multipliant dans ses différents domaines pulsionnels (alimentaire, sexuel, cognitif, relationnel, etc...), et à la fois de se propager aux personnes de l'entourage et aux générations suivantes par l'intermédiaire des comportements aberrants ou violents qu'il déclenche (métaphore du vampire).

## Fixations, focalisations, obsessions, phobies, etc...

Une autre règle essentielle du logiciel pathologique (infecté) est qu'il produit des symptômes qui se manifestent en priorité à l'endroit du corps (ou de la maison, ou de la nature) où a eu lieu l'impact traumatique. C'est le phénomène appelé « faire une fixation », interprété à tort par la psychanalyse comme une fixation du désir refoulé, car il s'agit en réalité d'une sorte de « mémoire du corps ».

En effet, cette focalisation obsessionnelle sur un point précis du corps, sur une pièce de la maison ou un endroit de la nature, sur un objet (obsession, fétichisme, attirance ou évitement), sur un produit (addiction ou dégoût) ou sur un animal (phobie ou attachement pathologique), est un mécanisme de re-localisation du trauma infantile qui s'opère sous la commande du logiciel infecté. La plupart de ces fixations pathologiques se font sur un orifice naturel du corps (bouche, anus, organe génital), parce que c'est le point d'impact le plus fréquent des traumatismes infantiles. Il ne s'agit donc en aucun cas de « pulsions partielles » comme le prétend la psychanalyse, car cela n'a rien à voir avec le désir. Cette fixation sur un point précis est en quelque sorte la désignation du point d'impact traumatique. Les psychanalystes « n'y voient que du feu », tant ils sont fascinés par les « plaisirs » orificiels. Cet aveuglement stupide illustre l'adage célèbre : « lorsque le poète montre l'étoile du doigt, l'imbécile regarde le doigt »...

On peut citer d'innombrables exemples de ce mécanisme, observables en clinique. Par exemple, le déclencheur de l'exonération fécale dysfonctionne chez les constipés chroniques parce que c'est sur leur anus qu'a eu lieu le geste intrusif maternel ou paternel (doigt, suppo, thermomètre...). Le déclencheur de l'orgasme dysfonctionne chez les femmes qui ont subi des attouchements sexuels étant petites, soit qu'il ne se mette jamais en route, soit qu'il se « coupe » en cours de route, soit au contraire qu'il ne se coupe plus du tout, entraînant une insatiabilité orgasmique par inhibition du bloqueur sexuel naturel qu'est la satiété. Le déclencheur de la vidange vésicale est perturbé chez l'énurétique parce que quelqu'un a touché à son pénis, etc... Le déclencheur de l'appétit est bloqué chez les anorexiques, le stoppeur naturel de l'appétit est inhibé chez l'obèse, parce que quelqu'un a tenté de leur faire avaler de force quelque chose (du sperme par exemple, ou des mensonges « gros comme ça », ou de la nourriture chargée de haine...).

La vision d'une cave, d'un grenier, ou d'un vieillard mal rasé peut déclencher des réactions injustifiées de panique ou de frayeur, comme la vision d'une scène pornographique une excitation sexuelle intense (capable de produire une addiction), ou comme l'odeur ou le toucher du sperme un dégoût incoercible, chez les gens qui ont subi un abus sexuel. L'approche physique d'un homme peut déclencher une peur panique en même temps que des fantasmes homosexuels chez un homme qui a subi un abus sexuel masculin. Ce phénomène de dissociation-ambivalence est interprété par la psychanalyse comme une « homosexualité refoulée » par ignorance de sa cause traumatique.

Comment tous ces phénomènes peuvent-ils s'expliquer en termes neuroscientifiques?

Nous n'en savons encore strictement rien, mais il est possible d'imaginer un modèle à partir des données cliniques. Lorsqu'un réseau de neurones qui implémente une information dans un canal sensoriel (tactile, visuel, olfactif...) se trouve activé en même temps qu'un réseau neuronal implémentant une émotion négative (comme la peur, la colère, le dégoût ou la honte), comme c'est le cas lorsqu'un enfant subit un attouchement sexuel, il se produit, probablement par un mécanisme de renforcement synaptique de type *hebbien*, un couplage

entre le canal sensoriel en question et l'émotion négative, ce qui provoque un phénomène de conditionnement ou d'empreinte. Si bien que lorsque l'un des deux est désormais activé, l'autre se met en route immédiatement. Ce phénomène est susceptible de subir un mécanisme de déplacement, c'est-à-dire que l'émotion négative peut se reporter ou se transférer sur un objet (ou un être) autre que l'objet initial à l'origine de l'information sensorielle, par un mécanisme d'analogie ou de ressemblance sensorielle (évocation).

C'est ainsi qu'une sensation tactile comme une caresse (cas de l'attouchement) est capable de laisser comme trace définitive une phobie du toucher, ou son contraire, une manie de toucher ou de tripoter (compulsivité tactile, main balladeuse). Lorsque l'information sensorielle traumatisante passe par le canal visuel (film porno hard, exhibitionniste), elle sera susceptible de déclencher une phobie visuelle du genre phobie des araignées ou des serpents, ou au contraire une compulsion visuelle (voyeurisme). De même, le canal olfactif générera des phénomènes de dégoût physique ou d'attrance physique inexplicables et incoercibles, etc...

Le fait que le couplage puisse produire ainsi deux effets contraires est en quelque sorte la preuve qu'il reste régulé (sur un mode binaire, cybernétique) par le centre préfrontal, où l'information est traitée sur un mode binaire (matrice carrée à double sortie).

### Pathogénicité mystérieuse du « virus »

Si un forçage pulsionnel (le plus souvent sexuel) subi au cours de l'enfance possède une telle capacité destructrice sur le centre de régulation pulsionnelle, c'est précisément parce que ce dernier est l'organe de la liberté, l'équivalent d'une porte *oui / non* ou *ouverte / fermée*, qui implémente *l'acceptation / refus* psychologique. Ici, la porte est fracassée. La liberté de penser et d'agir est perdue. Désormais, c'est la machine intérieure, l'automate vengeur, qui est aux commandes. C'est ce phénomène qui donne l'illusion qu'un démon intérieur s'empare de l'individu (mythe religieux de la possession démoniaque, mythe psychiatrique de la double personnalité).

Mais si le comportement de maltraitance ou de violence subi au cours de l'enfance a une telle capacité d'impacter les processus psychiques naturels innés, c'est vraisemblablement parce qu'il existe au sein du psychisme une *attente innée de non-forçage*, comme il existe une attente passive « naturelle » de non-forçage des portes dans nos maisons, comme il existe une attente innée de non-enfermement ou de non-confinement chez les animaux sauvages, qui se mettent à être extrêmement agressifs ou à dépérir en captivité.

Incontestablement, parmi tous les facteurs ou les paramètres qui régissent les dispositifs pulsionnels, celui qui est le plus déterminant, bien plus déterminant que le désir lui-même, est la *non-pression* (non-stress). Une pression anormale imposée par autrui, sous forme d'emprise, de forçage, de violence, ou de viol, est capable de tout bloquer ou de tout déchaîner avec une force inouïe.

Contrairement à ce que prétend la psychanalyse, le désir physique naturel (libido, appétit, curiosité, besoin de tendresse, etc...) n'est jamais le déterminant primordial. En conditions normales, ce désir de 1<sup>e</sup> ordre (pulsion primaire) est en effet surdéterminé par des motivations existentielles (choix, priorités, préférences, goûts, dispositions du moment...) qui constituent des désirs de 2<sup>e</sup> ordre, c'est-à-dire des souhaits, tandis qu'en conditions pathologiques (post-

traumatiques), il est surdéterminé par des impératifs de vengeance et de réparation qui sont également des désirs de 2<sup>e</sup> ordre (désir de détruire ou de se détruire).

C'est ici qu'intervient la différence radicale entre *pulsion* naturelle (innée) et *impulsion* pathologique (d'origine traumatique), souvent confondues en une seule entité du fait de la croyance que l'impulsion est un trop-plein de pulsion accumulée. En réalité, c'est une différence de nature et non de degré : la pulsion est un dispositif progressif à seuils, qui passe par des transitions de phase, alors que l'impulsion obéit à un mécanisme *on / off* de tout ou rien (thermostat dérégulé). La pulsion laisse place à des espaces de liberté et d'inventivité personnelle. L'impulsion est subie passivement et s'impose de façon irréductible et invincible à celui qui en est le siège. La pulsion improvise et joue ; l'impulsion obéit à des ordres et à des instructions.

L'impact traumatique transforme chacune des portes logiques successives (et, ou, non, donc) qui émaillent ou jalonnent le dispositif pulsionnel en un commutateur binaire *on / off* qui par moments stoppe tout sans raison apparente, ou déchaîne tout sans raison apparente.

Pour qu'un dispositif pulsionnel puisse franchir sans à-coup (arrêt brusque ou accélération inopinée) les différentes étapes ou phases qui sont programmées génétiquement (par ex. l'excitation sexuelle et l'orgasme, ou l'endormissement et le réveil, ou l'appétit et la satiété), il est nécessaire que la pression ambiante (intérieure comme extérieure) se situe sous la barre de la pression limite au-delà de laquelle le dispositif de contrôle se dérèglera et perturbera le déroulement naturel des choses.

Un dispositif pulsionnel ne peut fonctionner sans problèmes que s'il est placé dans certaines conditions de *non-stress*, de non-menace, de non-danger, des conditions minimales de sécurité et de confiance, mais aussi des conditions de non-pression, de non-obligation, c'est-à-dire de liberté intérieure.

Ces conditions de non-danger et de non-pression sont nécessaires pour que l'individu laisse parler son corps, le laisse aller, « se lâche », s'autorise à, baisse la garde, mette en veilleuse le contrôle, c'est-à-dire lève l'inhibition neuronale physiologique qui désactive l'acte en permanence (*état d'alerte* permanent). Mais pour cela, il est nécessaire par ailleurs qu'il se sente libre, non seulement vis-à-vis de sa propre pression pulsionnelle, mais aussi et surtout vis-à-vis de l'influence et de la pression d'autrui, que celle-ci s'exerce sous forme de demande, d'exigence, de devoir, de forçage (viol), ou au contraire d'interdiction, de menace, de chantage, de culpabilisation, de jalousie, ou de tabou.

Si ces conditions de sérénité et de liberté intérieure et extérieure sont remplies, alors la dynamique pulsionnelle peut fonctionner sans entraves, selon son propre programme, en laissant faire et en laissant aller. Paradoxalement c'est donc l'état de relâchement et de détente (non-stress) qui crée le terrain (réceptivité, disposition) sur lequel va pouvoir venir l'excitation pulsionnelle naturelle, qui n'est donc en aucun cas un désir (la quête active d'un objet) mais un *état attracteur* du système psychique, une tendance naturelle du psychisme à aller vers un état qu'on peut décrire comme un « bien-être », un certain état de détente, de relâchement et de béatitude.

En théorie des systèmes dynamiques non-linéaires, on appelle *attracteurs* ces différents états par lesquels passe le processus pulsionnel au cours de son déroulement, et on appellera donc *attraction* le phénomène passif de la tendance à accomplir un acte pulsionnel. Le psychisme est « attiré » vers un acte, et non vers un objet. C'est l'acte lui-même qui est l'attracteur et non l'objet : celui-ci est parfaitement remplaçable ou substituable (d'où le mécanisme de déplacement ou de transfert), alors que l'acte ne l'est pas

La pédophilie n'est pas une attirance pour un enfant donné, mais une attirance pour l'acte de toucher sexuellement n'importe quel enfant accessible. Cela est déjà vrai de l'acte sexuel « normal », conforme au programme naturel inné, où la « tendance » ne s'adresse pas non plus à un objet en particulier, mais à l'acte lui-même, en l'occurrence à l'acte sexuel. L'objet de convoitise vers lequel tend cet acte est inclus implicitement dans l'acte lui-même, dans sa programmation génétique (ainsi les mâles cherchent des femelles en conditions normales). Il n'existe donc pas de désir d'objet à proprement parler, mais une *tendance vers un acte* sur tel ou tel objet. Cette distinction subtile est d'une importance capitale, comme nous le verrons par la suite quand nous étudierons les phénomènes impulsifs ou compulsifs, qui sont eux aussi des phénomènes d'attraction vers des actes, et non vers des objets ou vers des personnes. Chez l'être humain normal, le choix du partenaire sexuel n'est bien entendu pas indifférent. Il est simplement le fruit d'une procédure de choix et de décision, qui fait intervenir des critères (essentiellement binaires) physiques, psychologiques et affectifs.

En conditions normales, les « attracteurs » dans lesquels « tombent » successivement les dispositifs pulsionnels naturels sont constitués par des transitions de phase qui sont soit des états émotionnels (comme l'excitation sexuelle ou la curiosité), soit des états sensoriels ou sensitifs (comme l'orgasme ou le plaisir visuel de la découverte), soit des états représentationnels (comme la survenue de fantasmes ou de flashes), soit des comportements actifs (comme les mouvements copulatoires de va-et-vient, ou les comportements exploratoires). Toutes ces phases de l'acte pulsionnel sont des séquences innées, non choisies, instinctuelles, spontanées, génétiquement programmées, qui ont chacun leur déclencheur propre (c'est pourquoi K. Lorenz les appelle *mécanismes innés de déclenchement*). Elles sont entrecoupées de phases libres et actives, situées avant et après la transition de phase, au cours desquelles l'esprit humain peut donner libre cours à sa fantaisie et à sa créativité.

En conditions pathologiques, c'est-à-dire post-traumatiques, le programme inné est perturbé, voire bouleversé ou totalement dérégulé, non plus par des retardements ou complications volontairement mises, mais par des *mots d'ordre* parasites, indésirables mais irrépessibles, qui viennent interférer dans ce programme en y agissant comme des algorithmes ou des *injonctions de faire* ou de *ne pas faire* (auxquels l'individu assiste en lui-même sans en connaître l'origine ni le sens).

Ce sont donc, non pas des désirs cachés inavouables, mais des réafférences non-conscientes d'expériences traumatiques précoces (infantiles) qui génèrent ainsi au sein de chaque système pulsionnel des attracteurs dits pathologiques, qui apparaîtront à l'observation clinique sous forme d'impulsivité, de compulsivité, ou au contraire de blocages complets ou d'inhibitions totales, qui semblent relever de directives ou d'injonctions d'origine inconnue (étrange). La preuve principale à l'appui de cette hypothèse est que les symptômes pathologiques (les phobies, les blocages, les fantasmes, les compulsions) sont toujours en rapport logique avec les gestes et les actes subis lors de l'agression.

Mais pourquoi donc cette perturbation initiale génère-t-elle ainsi des comportements, des sensations ou des émotions contradictoires, c'est-à-dire des algorithmes binaires ? Et pourquoi binaires plutôt que ternaires ou quaternaires ?

Et si la binarité était précisément ce qui lie ensemble les différents niveaux de fonctionnement du cerveau et du système psychique, c'est-à-dire ce qui établissait la corrélation entre portes logiques du logiciel et bifurcations comportementales ?

De tels exemples de couplages multi-niveaux utilisant un isomorphisme binaire sont foison dans la nature. Par exemple, le rythme circadien qui est un système binaire jour / nuit est couplé dans l'espèce humaine avec le rythme veille / sommeil qui est également un système binaire.

Pour homo sapiens, la binarité est une chose difficile à repérer, y compris dans ses propres productions mentales, parce qu'il est « tombé dedans quand il était petit ». Il est tellement conditionné par sa pensée binaire qu'il croit que le monde est réellement peuplé de couples d'opposés. Le réveil est brutal quand il découvre que c'est son esprit qui découpe la réalité en systèmes binaires. Ce jour-là, la désillusion est profonde : tous ses systèmes de repérage culturels s'effondrent.

La catégorisation binaire du monde est-elle le mode majeur de fonctionnement du psychisme humain ?

La réponse à cette question est cruciale, et pourtant, elle n'a encore jamais été apportée, et ceci pour une raison qui n'est pas cognitive mais émotionnelle. En effet, cette réponse est parmi les plus difficiles à intégrer pour la communauté humaine (bien qu'elle soit très simple à comprendre d'un point de vue scientifique), parce qu'elle remet en question tout ce sur quoi nous avons construit notre image du monde et de la réalité, et en particulier un des axiomes fondamentaux (faux) sur lesquels repose notre civilisation judéo-chrétienne. Cet axiome, c'est celui de l'ambiguïté ou de l'ambivalence *constitutionnelle* de l'être humain qui aurait « un côté bon » et un « côté mauvais » (théorie morale du bien et du mal, théorie religieuse du péché originel et de la rédemption), ou encore une « face visible » et une « face cachée » comme la lune (théorie psychanalytique du complexe d'Œdipe et de l'Inconscient). Cet axiome est en réalité un mythe, comme je l'ai montré à maintes reprises.

En réalité, c'est la perturbation initiale, c'est-à-dire le trauma infantile, qui génère des systèmes binaires comportementaux *bonté / méchanceté*, et rien d'autre. A l'état naturel des choses, c'est-à-dire en dehors d'un contexte traumatique, il n'existe pas de porte logique (de choix binaire) *être bon / être méchant*. Il n'existe, comme je l'ai dit, que des programmes pulsionnels innés, au sein desquels existent des plages de liberté, d'inventivité et de créativité qui permettent une expressivité personnelle donnant lieu à des comportements improvisés, hors-programme ou hors-norme, qui ne peuvent être qualifiés ni de bons ni de mauvais.

C'est donc le trauma initial qui introduit des systèmes de choix binaires, des bifurcations, des dichotomies, des disjonctions exclusives, des incompatibilités logiques, des inversions, etc... (toutes choses qui n'existent pas à l'état normal), si bien que le dispositif pulsionnel finit par ressembler à un parcours fléché, à un rituel, à un système [interdictions / obligations, inhibitions / impulsions, tabous / rituels] au sein duquel toute liberté réelle a disparu (on est dans un système automatisé ou robotisé).

C'est sous l'effet d'impact du trauma infantile et de rien d'autre que le système pulsionnel « tombe » dans un attracteur binaire ou symétrique *interdiction / obligation*, qui se traduit en clinique par des systèmes oscillants ou à bascule *inhibition / impulsivité* ou *névrose / perversion*. Le trauma introduit de la pensée et du calcul logique là où il ne devrait pas y en avoir, dans un processus naturel guidé normalement par l'instinct et l'envie.

Un trauma est un événement destructeur qui met en route inopinément et malencontreusement dans le domaine pulsionnel où il a eu lieu (la sexualité le plus souvent) la machine à cogiter et à calculer, qui normalement n'intervient pas dans un programme pulsionnel (lequel exige précisément, pour se réaliser jusqu'au bout, qu'on ne pense à rien).

Or, penser un événement, c'est digitaliser une information, c'est-à-dire la transcrire sous forme de bit, de système binaire. Sous l'effet du trauma, l'individu perd sa spontanéité, il n'est plus capable de laisser parler son corps, de laisser se traduire dans un acte naturel son programme inné (animal) : il doit tout calculer, contrôler, maîtriser, pour ne plus se faire broyer par l'acte. Il met des feux de signalisation partout, des dispositifs binaires *feu vert / feu rouge, passer / stopper, on / off, etc...* Toutes les phases de l'acte pulsionnel, au lieu d'être de simples transitions d'un état à un autre, se transforment en une suite de portes logiques binaires, tantôt béantes (incapacité à dire non), tantôt verrouillées (incapacité à dire oui). La rivière mouvante et fluide devient un canal avec de multiples écluses à franchir successivement. Le choix est somatisé dans des symptômes corporels, faute de pouvoir être verbalisé sous forme de question oui / non.

Il n'y a derrière tout cela aucun désir de qui que ce soit, ni conscient, ni inconscient, puisqu'il s'agit encore une fois d'attracteurs d'un système perturbé. Dans l'acte impulsif ou compulsif, l'ordre d'agir (ou l'ordre de ne pas agir dans le cas de l'inhibition, qui en est le symétrique équivalent) n'émane jamais du moi pulsionnel, mais de l'Ego blessé, qui cherche réparation et vengeance.

Il est donc absurde de prétendre qu'un abuseur d'enfant commet son acte parce qu'il est « attiré par les enfants ». La tendance à commettre un tel acte n'a rien à voir avec une attirance sexuelle pour les enfants, puisqu'elle est comme nous l'avons vu un attracteur dans un système qui a été lui-même perturbé par un viol précoce. L'impulsion est comme une « passion » irrésistible et invincible sur laquelle la volonté n'a pas de prise, qui n'est jamais motivée par l'attirance ou l'appétit sexuel. Ce n'est pas la libido qui pousse le prédateur vers les enfants, mais son désir de vengeance et de réparation de son Ego abusé. La libido est simplement utilisée comme arme de destruction, détournée de son but amoureux naturel.

Le violeur d'enfants se fait justice en rendant à un innocent ce qu'on lui a fait à lui-même.

Et il n'y a pas d'autre explication à chercher, ni dans les circuits neuronaux, ni dans les hormones, ni dans les neuromédiateurs.

## Conclusion

Le logiciel pathologique est une machine à produire, à partir des vécus traumatiques, des *symptômes* anormaux, des *croyances* aberrantes, et des *comportements* pathologiques.

Ce logiciel défensif, qui est une sorte de machine à compenser la réalité vécue, mais qui se présente comme une machine à perturber le psychisme, semble être implémenté dans les réseaux neuronaux sous forme d'une sorte de virus informatique qui vient parasiter ou dérégler les dispositifs naturels que sont les dispositifs pulsionnels, les dispositifs cognitifs, et les dispositifs décisionnels comportementaux. L'hypothèse que l'on peut faire sur ce processus est la suivante :

1. les symptômes fonctionnels (dysfonctionnements pulsionnels) sont implémentés par l'élévation ou l'abaissement anormaux des seuils de déclenchement des dispositifs pulsionnels naturels, ce qui produit des effets on / off (déclenchement / coupure automatiques) au lieu de produire des effets de progression (montée-descente) et de transition (excitation faible-forte) modulés par la volonté
2. les symptômes somatiques (organiques) sont implémentés grâce à une cartographie mentale du corps physique (schéma corporel), qui permet la re-localisation corporelle (« fixation ») des souffrances psychiques dans un endroit donné du corps, le plus

souvent là où a eu lieu l'impact traumatique, mais pas seulement (grâce à des mécanismes de transposition ou de déplacement)

3. les systèmes de pensée ou de croyance sont implémentés par une cartographie conceptuelle ou représentationnelle, une sorte d'imagerie mentale du monde (image inversée de la réalité destructrice) qui permet la re-localisation narrative (dans des situations ou des personnages fictifs ou imaginaires) des vécus traumatiques
4. les comportements hyper-rationnels ritualisés (aberrants et désadaptés du contexte réel), qu'ils soient pervers ou inhibés, phobiques ou obsessionnels, compulsifs ou addictifs, sont implémentés par l'inversion des connecteurs logiques d'implication au sein des matrices de décision (cortex préfrontal)

On voit donc que le logiciel pathologique utilise soit les liens de connexion logique, soit les transitions de phase, pour somatiser la souffrance quand il ne peut pas la narrativiser. La souffrance psychique est relocalisée dans le corps au lieu d'être re-localisée dans un récit ou une histoire. C'est alors en modifiant le déroulement des programmes de sortie (*output*) de manière tout à fait incongrue ou incompréhensible qu'il raconte l'histoire traumatique à sa façon (codée ou cryptée).

Tout ceci est bien entendu schématique et simplifié. Le mécanisme est bien plus complexe que cela en réalité. Par exemple, de nombreux systèmes de croyance qui se présentent comme pratiques thérapeutiques (acupuncture, mésothérapie, ostéopathie, massages, thalassothérapie, kinésiologie, etc...) sont à la fois des systèmes culturels de re-localisation corporelle de la souffrance psychique (qui comme les somatisations individuelles utilisent une cartographie imaginaire du corps humain) et des systèmes conceptuels d'inversion ou de reproduction de vécus douloureux infantiles (touchers intrusifs subis). Ce sont donc à la fois des systèmes de somatisation (du toucher) et des systèmes d'inversion de matrices décisionnelles (le « ne me touche pas » du phobique s'inverse ici en « touche-moi » de l'obsessionnel du massage ou du « soin psychocorporel »).

Il y a donc une intrication complexe, difficile à dénouer, entre les systèmes culturels collectifs délirants et les systèmes personnels de défense. Les systèmes de croyance collectifs ont un effet de renforcement des systèmes délirants personnels, et réciproquement. C'est pourquoi les systèmes délirants comme les religions, les sectes ou les idéologies, sont si tenaces et représentent une telle menace pour l'humanité.

Tant qu'on n'a pas identifié la blessure psychique qui les a engendrés, ils continuent de produire leurs effets mensongers (anesthésiants) et destructeurs (véhiculant la vengeance).

L'histoire d'Alan Turing est exemplaire à ce titre. Cet être extraordinaire, torturé par l'idée de se comprendre lui-même, c'est-à-dire de comprendre pourquoi une machine en lui semblait lui commander un comportement homosexuel en dehors de sa volonté propre, n'est jamais parvenu à identifier la source traumatique de ce fonctionnement « inversé » ou « inversé ».

Il n'a réussi qu'à construire trois métaphores qui représentent en réalité trois « modèles » du processus de pathogénèse, modèles qui sont relativement exacts, bien qu'ils soient purement intuitifs.

La première métaphore est la machine qui porte son nom (machine de Turing), qui est l'ancêtre de nos ordinateurs modernes, qui est une machine à transformer des informations quelconques en instructions binaires 0 / 1 (ancêtres des « bits » informatiques). Turing montrait par là qu'il avait compris le principe de la construction des comportements et des symptômes pathologiques, qui est de transformer des inputs sensoriels, émotionnels ou cognitifs en outputs binaires (idées, sensations, perceptions ou comportements).

La deuxième métaphore est la construction de son propre suicide, construction sémi-narrative qui reprend le thème de la pomme empoisonnée du conte de Blanche Neige, qui est une description parfaite de la contamination par le « virus » de la perversion (métaphore qui reprend la métaphore biblique de la pomme du jardin d'Eden). Cela prouve là encore que Turing avait compris, sans le savoir lui-même, que la perversion est un processus de transmission ou de contamination, et non un processus endogène.

Mais comment peut-on, me dira-t-on, *comprendre* quelque chose sans en *avoir conscience* ?

Turing était un mathématicien génial. Il avait une sphère cognitive en parfait état de marche, mais il ne pouvait pas accéder au souvenir conscient de ce qu'il avait subi (qui ne peut être qu'un abus par un homme adulte), tout simplement parce que cet événement était trop précoce (avant 3 ans) pour avoir été mémorisé, ou trop douloureux pour être retrouvé. Sa sphère cognitive (compréhension rationnelle) était donc déconnectée de sa sphère mnésique (conscience autobiographique).

Il n'y a pas de perversion sans perversisseur : on ne peut pas se pervertir soi-même, pas plus qu'on ne peut s'inoculer la tuberculose sans contact avec un malade. Le mythe met bien en scène ce perversisseur (la marâtre jalouse, le tentateur rusé), mais Turing, lui, n'a personne dans son histoire qu'il puisse mettre dans cette case. Il se met donc lui-même comme auteur de la perversion (comme l'a fait Freud avec sa théorie de l'enfant pervers), faute d'identifier l'agresseur réel. Il se punit lui-même comme s'il se sentait coupable d'être homosexuel (il a été condamné par un tribunal), mais en même temps il se sait innocent comme Blanche Neige.

Le dernier modèle qu'a construit Turing est une machine à décrypter les messages secrets de la Luftwaffe, machine qu'il appelait « la bombe » et qui regroupait plusieurs machines de type « enigma ». Il montrait par là qu'il avait compris un fait essentiel, c'est que le comportement ou le symptôme pathologique (déviant ou violent) est un message écrit en langage codé, et qu'il suffirait d'avoir identifié le système de cryptage pour le comprendre, c'est-à-dire pour se comprendre enfin lui-même. En l'occurrence, « agir un comportement homosexuel » a la signification « j'ai été abusé par quelqu'un du même sexe ». Turing a décrypté des milliers de messages ultra-complexes, mais ce message ultra-simple ne lui a pas été accessible.

S'il avait pu rétablir la connexion entre l'événement sexuel infantile et le comportement sexuel actuel, il aurait compris immédiatement qu'il s'agissait d'un message de détresse, et non d'un message de désir. Il nous appartient donc à nous de rétablir aujourd'hui la vérité. Cette vérité, qui est celle de l'origine traumatique des perversions et déviations sexuelles, parmi lesquelles figure l'homosexualité, est aujourd'hui encore difficile à intégrer par les praticiens et théoriciens « psy ». C'est une vérité qui dérange énormément, comme beaucoup de vérités que personne ne veut regarder en face. Il nous faut donc trouver le courage de le faire, afin qu'une histoire aussi tragique que celle de Turing ne puisse plus jamais se reproduire, et qu'enfin advienne un monde dans lequel les enfants pourront grandir en toute innocence et en toute insouciance.