

L'homme paranoïaque et la maternité. Un hommage à Micheline Enriquez

Vassilis Kapsambelis, SPP

Texte présenté à la Matinée scientifique de la SPRF (Société Psychanalytique de Recherche et de Formation) *Aux carrefours de la haine. Actualité de la pensée de Micheline Enriquez* le 6 octobre 2018.

L'expérience clinique, point de départ des rencontres psychothérapeutiques qui font l'objet de ma présentation d'aujourd'hui, est celle d'un psychiatre des hôpitaux. Psychiatre des hôpitaux et, devrais-je ajouter, psychiatre de secteur, ce qui signifie que j'ai déjà eu, tout au long de ma carrière, mon lot de paranoïaques internés lorsque, après une escalade plus ou moins longue, le passage à l'acte de trop les conduisait à l'internement psychiatrique sur décision du préfet de police. Ces conditions de première rencontre, fort éloignées évidemment de la demande individuelle et du colloque singulier de l'activité d'analyste, ont débouché dans un certain nombre de cas sur des suivis parfois très longs, après la sortie de l'hôpital, qui progressivement ont pris l'allure d'un « travail psychique partagé », selon l'expression de René Angelergues, travail qui est le socle de tout processus psychothérapeutique, et même analytique, bien qu'il n'en atteigne pas la qualité.

L'expérience clinique

Les travaux de Micheline Enriquez avaient accompagné d'emblée ces rencontres, et ce pour une raison très précise, qui était avant tout clinique : j'avais le sentiment que ce qu'elle décrivait de ces patients était beaucoup plus proche de ce que j'observais, jeune psychiatre, que de ce que j'étais censé voir et, si possible, maîtriser. L'internement d'un paranoïaque par décision préfectorale porte évidemment la marque de la dangerosité, et l'ensemble de l'institution psychiatrique se met en ordre de bataille (plus ou moins thérapeutique) à partir de ce postulat. Bien entendu, les faits sont là, et ils sont incontestables. Pourtant, après la première période d'épreuve de force, perdue d'avance pour le patient, j'avais le plus souvent devant moi un homme *brisé* – d'ailleurs, lorsque j'étais jeune psychiatre, j'avais publié un article, justement intitulé « L'homme brisé », pour décrire

un de ces patients. Après la virulence des premiers jours de l'hospitalisation – sorte de dernier baroud d'honneur – j'ai plus souvent rencontré le masochisme, qui parfois évoluait jusqu'à l'apathie, en pleine conformité avec les descriptions de Micheline Enriquez (dans sa première édition de 1984, son livre était intitulé : *Aux carrefours de la haine : paranoïa, masochisme, apathie*). Le masochisme comme tentative pour érotiser, tant que faire se peut, la violence de l'expérience traumatique vécue ; l'apathie comme évident mécanisme de survie, et d'ailleurs toujours accompagné, comme Micheline Enriquez l'a également souligné, de ce besoin de témoignage, de laisser une trace, écrite ou orale.

Dans ces conditions, on arrivait parfois à organiser un ou deux entretiens avec l'épouse. Entretiens pénibles, au cours desquelles j'ai été frappé par la haine que cette dernière semblait développer à l'égard du patient. Comme elle avait vécu pendant longtemps sous sa terreur, malmenée, voire parfois maltraitée, il nous semblait à l'époque que ses réactions affectives et émotionnelles n'étaient que trop compréhensibles ; c'est bien plus tard, dans les séances avec le patient, que je crois avoir compris le ressort caché de cette haine conjugale.

Rapidement, la brisure se mettait en place. L'épouse maltraitée et terrorisée se précipitait pour obtenir le divorce, d'autant plus promptement qu'il s'agissait de devancer l'activation de l'article du Code Civil qui prémunit la personne reconnue comme malade mental de tout divorce qui pourrait être considéré comme d'une « exceptionnelle dureté » pour elle. Le bien immobilier familial, s'il il y en avait un, était rapidement vendu, et l'épouse s'installait avec les enfants à une adresse inconnue et protégée. Le patient perdait son emploi, tantôt du fait de sa longue absence, tantôt parce que l'acte final se déroulait sur le lieu même de travail, dans un contexte, rarement absent, d'idées de persécution et de violences. Lorsque tout était fini, la psychiatrie de secteur, trop bonne mère et donc mère ambiguë, proposait un logement, ou son aide pour en trouver un, en contrepartie de l'acceptation d'une injection mensuelle de neuroleptique retard. Esseulé, sans travail, privé de ses enfants, sans amis, souvent brouillé avec sa famille d'origine (où traînait souvent, en marge des autres persécutions, une affaire de succession qui « ne s'était pas déroulée de façon très honnête »), le patient paranoïaque n'était que trop content de venir une fois par semaine raconter ses malheurs et les injustices subies à une oreille attentive et neutre.

Le cadre du travail

Je voudrais, avant d'entrer dans le vif de mon sujet, commenter quelque peu cette oreille

« attentive et neutre » et, partant, ce qui en l'occurrence tient lieu de ce que nous appelons le « cadre » dans notre pratique analytique ; ce qui en est, en quelque sorte, l'équivalent. « Attentif », certes, je l'étais, et même au sens plein du terme, qui s'oppose quelque peu à l'« attention flottante » que nous pratiquons d'habitude. C'est une blessure narcissique pour un paranoïaque que d'avoir l'impression que nous avons oublié quelque chose qu'il nous avait dite – et Dieu sait que, lorsqu'il est en confiance, le paranoïaque parle beaucoup, et est particulièrement prolixe sur le factuel et sur le détail. Ce sont des patients avec lesquels je prends des notes assez détaillées à la fin de chaque séance. Elles ne sont pas d'une grande utilité pour le travail qui est le nôtre ; mais l'écrit fixe davantage la mémoire, certes dans ses aspects les moins intéressants, mais néanmoins nécessaires pour préserver la continuité du travail avec un patient de ce type. Écouter un paranoïaque, c'est accepter, entre autres, de devenir son « scribe », d'être le réceptacle et le témoin de ce dont il tient à laisser en témoignage, en trace, à la sortie d'un tumulte qu'il a créé, et qui l'a largement dépassé.

La neutralité nécessite davantage de commentaires dans le cas particulier du patient paranoïaque. Nous savons depuis Hippocrate que nous n'avons pas à juger notre patient, du reste d'autres ne manqueront pas de lui dire ses quatre vérités (qui ne seront d'ailleurs que des demi-vérités, comme les siennes). Inversement, face à cet homme brisé, on peut éprouver quelque sympathie (ou « empathie », ou « compassion », ou tout autre terme actuellement à la mode), en constatant avec lui l'étendue du désastre. Cette séduction s'avère autant, sinon plus pernicieuse que la contre-séduction moralisatrice spontanée, car le patient la tolère encore moins que la précédente.

Un exemple. Le patient est interné sur décision du préfet de police, et sur la base d'un certain nombre de faits qui font partie de son dossier, qui le suivent, et qui lui sont communiqués. On peut prendre fait et cause pour justifier l'internement dans nos échanges avec le patient ; c'est ce que j'appellerais la contre-séduction moralisatrice. En dehors du fait qu'elle est anti-déontologique, cette attitude est également absurde : nous *ne* sommes *pas* le préfet, et seul le préfet doit justifier cette décision, car il est seul à la prendre, et donc aussi à l'assumer. On peut aussi prendre fait et cause pour le patient ; trouver la mesure trop dure, les employeurs trop abrupts, la femme trop méchante, les voisins trop intolérants... On est alors dans la séduction, indépendamment d'ailleurs du bien-fondé et de l'objectivité de nos constats et jugements, car personne dans la vie ne nous a promis que nous rencontrerons une justice équitable en toutes circonstances, et d'ailleurs la première des injustices est la maladie elle-même.

Le cadre du travail est donc le suivant. Dans la mesure où la décision a été prise par le préfet, et non pas par une autorité médicale, et dans la mesure où nul, dans l'hôpital, n'a le pouvoir de prononcer la sortie du patient, du médecin au directeur, *l'internement est une mesure qui s'impose aussi bien au patient qu'au médecin*. En revanche, le médecin peut, dans ses certificats, *demandeur* au préfet la levée ou l'assouplissement de la mesure d'internement. Dans ce cas, il se doit d'argumenter ; c'est justement au patient de fournir ces arguments. Le médecin, par exemple, doit assurer aux autorités que les agissements – qu'il ne juge pas – qui ont conduit à l'internement ne se reproduiront pas ; donc, demander à son patient de s'engager dans ce sens. Mais s'il fournit ces engagements, le patient s'engage lui-même, et cette fois-ci, à l'égard du médecin. Tel est le cadre, non séducteur et non moralisateur, posé *et énoncé*, dans lequel on travaillera avec un patient paranoïaque. C'est du donnant-donnant, en quelque sorte : les certificats ne peuvent pas être de complaisance, quelle que soit la sympathie qu'on a pour la personne et ses malheurs ; faire un certificat suggérant un « élargissement », par exemple, signifie que le thérapeute engage sa parole, sa signature, son avis médical ; le patient doit donc s'engager aussi, soumis qu'ils sont tous les deux à la décision d'une instance tierce.

On retrouve ici une notion à laquelle Racamier (1990) nous a familiarisés sous l'appellation d'« *action parlante* » : faire un certificat, donner une permission de sortie, établir un document en vue d'une allocation, et même prescrire – sont des « actions parlantes ». C'est d'une observation courante que le passage de l'agir à la parole chez un patient psychotique emprunte souvent la voie latérale d'un agir de la part du thérapeute, et c'est cet agir « thérapeutique » qui, par sa qualité « parlante », véhiculant une forme d'intervention ou même d'interprétation, fait advenir la parole et le travail élaboratif chez le patient et contribue aux processus de symbolisation. La littérature psychanalytique de ces dernières années a produit un grand nombre de travaux importants sur cette question de l'opposition entre l'agir la parole (Donnet, 2009), en exploitant le bref texte de Freud (1914), *Répétition, remémoration, et perlaboration*, je n'ai pas besoin d'y revenir dans le cadre de cet exposé. Une remarque toutefois : je ne suis pas certain qu'on a toujours pris la mesure du fait qu'un agir appelle *toujours* un « contre-agir » de la part de l'analyste. Ce contre-agir inclut, le cas échéant, la décision de *ne pas* agir. Ne pas agir est *aussi* une action, mais à la condition que celle-ci soit justement une *décision*, et non pas le fruit de l'inhibition, ou de l'application universelle de la règle d'abstinence et de neutralité. Ne pas agir, face à l'agir du patient, est une « action parlante » au même titre que toute autre action.

L'agir du patient entraîne donc toujours un contre-agir (je le répète, y compris dans la décision

d'inaction), et cette condition nous écarte des standards de la cure-type. À quel degré ? Ici encore, il convient de ne pas penser en termes de modèle, et plutôt de mesurer les écarts entre les modèles et l'empirisme de la pratique. Les *acting* ne sont pas rares dans une cure analytique, même dans celle qui se déroule dans les conditions les plus proches du modèle expérimental de base ; de ce fait, les contre-agir ne sont pas rares non plus. Souvent, lorsque le contre-agir de l'analyste est celui de l'inaction, il *dit* une chose importante : « Je vous rappelle, tout doit passer par la parole, c'est notre contrat initial et notre méthode de travail ». Sans doute, dit-il aussi, implicitement : « j'ai confiance que vous saurez en rester à notre contrat et à notre méthode, que vous en avez les capacités », et cet implicite importe autant que la première formulation car, sans lui, le rappel du contrat et de la méthode ne serait que cruauté, si la personne est momentanément ou durablement incapable de s'y conformer. Quoiqu'il en soit, ce rappel peut s'avérer suffisant pour rétablir les conditions optimales du processus analytique.

À l'autre extrémité du spectre des situations rencontrées dans la pratique, agirs et contre-agirs font partie du quotidien du travail avec le patient. Déjà, le praticien peut choisir de s'exposer davantage, comme par exemple dans la pratique en face-à-face, exposition donc aussi bien au plan visuel (et par conséquent mimique) qu'au plan verbal (et pas que pour formuler des interprétations). À quoi s'expose-t-il ? Je crois que la réponse est qu'il s'expose à *incarner*, en quelque sorte, un équivalent d'« objet ». Cette pratique pourrait trouver son modèle, équivalent à la cure-type, dans le jeu (que ce soit le psychodrame ou l'analyse des enfants). Bien entendu, on est à mille lieues de toute logique « intersubjective », terme qui en lui-même est un non-sens du point de vue de la métapsychologie, car il n'y a d'« objet » que « de la pulsion », et du moment où un « sujet » investit quelqu'un, il en fait son « objet », même si l'objet en question est par ailleurs lui-même un « sujet ». La pulsion – la pulsion *en soi* – se moque de savoir si l'objet est humain, animal, plante, chose inerte, cause, idée ou création ; les complications commencent lorsque l'objet se met à avoir des exigences, abandonne, trahit, déçoit, disparaît... – et pour tout cela, nul besoin d'être exclusivement humain. Par extension, on est dans un contexte qui équivaut au jeu dans toute autre situation où l'analyste est amené, à tel ou tel moment, à occuper activement une certaine position, ou plus précisément, à *jouer*, à *incarner un certain rôle d'objet*.

Cette *autre* pratique analytique – qui pour Freud (1918), rappelons-le, n'existe pas : Freud ne voyait rien entre les deux pôles de l'analyse et de la suggestion, le « cuivre » qu'il fallait mélanger à l'« or » pour créer un bon alliage de travail n'était autre que la suggestion, et un peu l'« aide matérielle » – cette autre pratique analytique donc n'a peut-être pas encore trouvé sa pleine

théorisation, les travaux nous en manquent. On peut reprendre ici, comme l'ont fait Pierre Fedida (1978) ou René Roussillon (2008), le néologisme de Francis Ponge, l'« *objeu* », pour tenter de théoriser ce modèle ; ce développement dépasse les limites de la présente conférence. Mais une chose est certaine : à partir du moment où l'analyste agit, et quelle que soit la qualité d'action parlante de son agir, qu'il agisse par gestes, mimiques ou paroles, ou par attitudes et position, de façon ponctuelle ou instaurée d'emblée, il vient incarner un objet, et de ce fait limiter le champ des projections transférentielles du patient.

Tel est le prix à payer, me semble-t-il, si l'on veut approcher analytiquement des patients qui ne relèvent pas de la cure-type – et tel est le sens, je pense, de ce terme quelque peu confus, au plutôt recouvrant des pratiques parfois confuses, qui est celui de « psychothérapie psychanalytique ». Quel objet nous sentons-nous contre-transférentiellement amenés à, voire obligés d'incarner pour le patient, à tel ou tel moment du traitement, ou en préalable à l'entreprise thérapeutique, suite au(x) premier(s) entretien(s) ? Quelle est la part entre objet venant de son histoire et objet qui n'a jamais existé dans sa vie que négativement ? Sous quelles conditions une telle position facilite le processus analytique, et quand est-ce qu'elle l'entrave ? Et quelles sont les implications de ces situations pour la théorie de la technique ? Voici des questions qui méritent d'être posées dans tout travail analytique qui s'écarte de la cure-type, mais dont les réponses pourraient enrichir notre compréhension de la cure-type.

Le patient paranoïaque en séance

Le cadre ainsi décrit, et les limitations transférentielles (et dans une certaine mesure contre-transférentielles) qu'il impose déclarées, je me propose de vous présenter le travail avec ces patients.

De quoi parlent-ils lors de leurs séances ? En dehors de l'actualité de leurs persécutions successives – ils en ont souvent une sur le feu, comme en contre-investissement de ce qui les préoccupe le plus – leurs entretiens parlent beaucoup, énormément, de leurs enfants. Voici quelques vignettes cliniques.

M. R. dit qu'il n'en veut pas à sa femme de l'avoir quitté. « De toute façon, nous ne nous entendions pas... C'est vrai, j'ai été violent avec elle, ce n'est pas bien. Et puis, je n'aurais jamais dû aller au travail avec ce pistolet. Mais les gens n'ont rien compris, j'étais désespéré, j'avais plus

en tête de me suicider que de tuer quelqu'un, même s'ils n'ont pas été corrects avec moi ». Mais ce dont il n'arrive pas à se consoler, c'est de la perte des enfants. Alors, nous passerons des séances et des séances avec des descriptions émues de leur naissance, de leurs biberons, des premiers soins, des premiers pas. Il en a eu quatre, ils avaient entre 9 et 17 ans au moment de la séparation, et plus il me parlera de leurs premières années, « la période la plus heureuse de sa vie », plus j'éprouverai une sorte de malaise, comme une gêne diffuse, qui finit par se concrétiser dans mon esprit sous forme de question : mais où était leur mère ? J'ai fini par la poser, cette question, avec toutes les précautions d'usage : vous me parlez beaucoup de ces premières années de vos enfants, et souvent à la première personne du singulier, mais votre femme ne participait-elle pas ? M. R. explose d'indignation : « Mais elle en était incapable ! Elle s'y prenait mal ! Elle ne savait pas s'y prendre, ce n'était pas pour elle ». Il parle aussi de ses parents, qui sont toujours en vie, plein de tendresse condescendante pour son père (« C'est un petit vieux, adorable... Il a toujours été un peu comme ça... Il reste dans son coin, il ne parle pas beaucoup, il est très gentil »), plein d'admiration pour sa mère, une « forte personnalité », « elle nous dirigeait tous à la baguette ».

Encore deux exemples, issus davantage de mon expérience de la consultation psychiatrique.

M. L., environ 45 ans, est hospitalisé suite à une grave tentative de suicide, consécutive à son divorce, à la demande de sa femme, au motif de violences conjugales. Le couple avait quatre enfants, adolescents. Il va passer trois-quatre mois à l'hôpital, en général peu communicatif, bien que rapidement en conflit larvé avec l'équipe, qui ne supporte pas ses manières autoritaires, et ce que les infirmières éprouvent comme du mépris ; dans nos entretiens, il parlera surtout de l'injustice qui lui a été faite d'être ainsi séparé de ses enfants. Puis, un jour, il demande sa sortie. Nous n'avions pas le sentiment d'avoir fait grand-chose pour lui, mais nous ne voyons pas non plus ce qu'on pouvait lui apporter ; alors, on était d'accord. Le jour de son départ, il nous a demandé la permission d'entrer dans l'enceinte de l'hôpital en voiture pour y charger ses affaires, et c'est ainsi qu'on a appris qu'il venait d'en acheter une. Je lui demande où compte-t-il aller et, à ma grande stupéfaction, il me dit qu'il part immédiatement pour un pays d'Europe de l'Est (on est au début des années 1990). Mais pourquoi dans ce pays ? Là, deuxième stupéfaction : il avait trouvé une femme grâce à un organisme de rencontres, et il va la chercher pour l'épouser. M. L. ? ne parlait ni la langue du pays ni l'anglais, et j'ai cru comprendre que l'heureuse élue ne parlait que sa langue maternelle mais, m'a-t-il fait remarquer, « on n'a pas besoin de parler la langue pour fonder une famille ». Je ne l'ai plus jamais revu, mais j'ai reçu deux ans plus tard une carte, assez

distante et formaliste comme d'habitude (« Cher Docteur... », etc.), m'annonçant la naissance de son premier enfant avec sa nouvelle épouse (il disait bien « premier enfant », façon de signaler qu'il ne comptait pas en rester là).

M. N., patient qu'on situerait entre la paranoïa et la schizophrénie, la petite quarantaine, souvent hospitalisé en internement pour cause de violences, est très remonté contre sa compagne qui vient de le quitter, et qui est une autre patiente de notre secteur. Cette dernière a porté plainte contre lui pour harcèlement. À l'entretien, il est en larmes. « Elle m'a quitté, mais ce n'est pas grave, j'ai déjà été marié [c'est vrai, sa femme est morte brutalement d'un arrêt cardiaque quelques années auparavant], mais je ne lui pardonnerai jamais : comme elle ne voulait pas rester avec moi, elle s'est fait avorter sans rien me dire ! Elle était enceinte elle ne m'a rien dit ! Comment je vais avoir des enfants maintenant ? Les années passent ! ». Il finit par sortir de l'hôpital en promettant de ne plus la contacter, et il tient promesse. Mais quelques mois plus tard, il se présente à la consultation avec une demande pressante : il faut arrêter la piqûre mensuelle (le neuroleptique à action prolongée), il promet de prendre le même traitement par voie orale. Pourquoi arrêter les injections ? « Parce que j'ai peur des piqûres ! ». Dans un premier temps, je me dis que, quand même, il aurait pu trouver mieux ; donc on parle. Mais il n'en démord pas : il a peur des piqûres. Alors, je me résous à aller puiser des répliques dans ma fréquentation du psychodrame, et je lui dis : « Mais enfin, Samir, les hommes n'ont pas peur des piqûres ! ». Il me regarde, reste quelques instants silencieux, puis me dit : « Je suis une femme, docteur ».

Et c'est donc ainsi que j'ai commencé à comprendre quelque peu différemment la haine des ex épouses de ces patients, haine que nous mettons trop facilement sur le compte des inconvénients et souffrances qu'entraîne la fréquentation d'un tel « caractère ». Je me suis souvenu, des années après, d'une de ces femmes, rencontrée à l'hôpital après l'internement de son mari. Elle m'avait confié : « Vous savez, moi, dans la vie, j'ai toujours rêvé rencontrer un homme de caractère ». Est-ce vraiment leur « caractère » que ces femmes ont fini par haïr ? J'ai l'impression qu'elles seraient bien restées avec eux, le contexte de dépendance matrimoniale aidant (du moins dans certains milieux), si cet homme ne les avait pas privées, bafouées, évincées, dans l'essence même de l'idée qu'elles se faisaient de leur place au sein du couple – surtout dans des milieux plus traditionnels –, à savoir la place de mère.

Féminisation et « maternalisation »

Lorsqu'on lit le *Président Schreber*, la notion de « féminisation » est omniprésente, aussi bien sous la plume de Freud que dans les *Mémoires* de l'illustre « névropathe ». Au moment où Micheline Erniequez produit ces textes, on est dans les années 1970 et au début des années 1980, nous venons de prendre connaissance de la riche littérature internationale concernant le cas Schreber à travers un volume de traductions (Collectif, 1979), et la tendance est plutôt, comme Racamier l'avait déjà fait en France (Racamier, 1966) à la remise en question du modèle freudien de l'homosexualité inconsciente à l'origine de la paranoïa, et à l'exploration de la relation à l'imgo maternelle. Comme d'ailleurs Freud l'avait déjà anticipé, mais sans approfondir, dans sa conférence sur la féminité – où, il est vrai, il ne cite que des cas de paranoïa féminine (Freud, 1933).

Or, Micheline Erniequez évite d'entrer dans ce débat et, au contraire, souligne bien l'ambiguïté de cette problématique de féminisation en condensant en une phrase l'essentiel des « Mémoires d'un névropathe » : « C'est ainsi que Schreber finira par acquérir la conviction que sa féminisation, par éviration et d'autres transformations corporelles moins radicales, fera de lui l'élu et l'instrument de Dieu en vue du salut du monde, salut qui sera assuré par un autre mode de génération et par de nouvelles générations » (p. 45).

J'ai fini par me dire un jour : *l'homme paranoïaque n'envie pas le vagin, il envie l'utérus* – c'est probablement ce qui le sépare de l'homosexualité masculine (ou plutôt, de certaines versions de l'homosexualité masculine, car l'expérience clinique nous apprend qu'il y a autant d'homosexualités que d'hétérosexualités). Évidemment, il s'agit d'une formulation depuis l'âge adulte, il n'est question ni d'utérus ni de vagin dans les représentations que charrie la sexualité infantile. Mais c'est sans doute de maternité qu'il s'agit, bien plus que de féminité, lorsque le Président Schreber écrit adopter « *le culte de la féminité* ». Bien sûr, vagin et utérus ne sont pas loin, il n'est pas interdit que l'un glisse vers l'autre, ou serve d'introduction à l'autre, il faut se garder de catégories trop tranchées, comme si on était dans un système classificatoire de diagnostics. Mais on n'a peut-être pas toujours tiré toutes les conclusions, pour le paranoïaque homme, de ce fait que l'identité sexuée de la femme repose sur deux organes princeps qui, du point de vue de la sexualité infantile, connaissent longtemps des destins séparés. L'un, sous le signe de l'absence, du négatif (la petite fille ne possède pas ce que le garçon possède, et à la place apparaît comme une fente, une fissure, une incision peut-être). L'autre, sous le signe d'une généralisation dissimulatrice

(les enfants à venir « sont dans le ventre de la mère »), ce qui n'empêche pas d'observer la joie et la fierté de la femme portant un enfant à venir, et les égards dont elle jouit. On pourrait considérer que, alors que l'homme est représenté dans l'imaginaire collectif par son organe masculin (y compris dans certains pictogrammes), la femme possède deux organes qui la caractérisent en propre, et qui ne renvoient pas du tout aux mêmes chaînes associatives :

- le *vagin*, voie de passage, éventuellement support des pulsions à but passif, qui s'associe à l'anus (comme le pensait Lou Andres-Salomé), mais aussi à la bouche, aux oreilles, aux yeux, aux narines : autant de portes d'entrée du monde extérieur, d'accueil « passif », de l'autre, de l'objet, de ce qu'on n'a pas, et aussi de ce qu'on n'est pas ;
- l'*utérus*, longtemps équivalent du ventre, espace de contention dans tous les sens du terme, capable par périodes d'une formidable croissance qui en fait l'épicentre d'un pouvoir mystérieux de mitose, comme pour les organismes monocellulaires, et qui fait que, d'un être humain, on peut en arriver à deux.

Il y aurait trois espèces d'humains chez l'homme paranoïaque, trois « genres » en quelque sorte. Par voie de valeur ascendante : les femmes, les hommes, les mères. Tout en bas de l'échelle, les femmes, êtres méprisables et inférieurs – sur ce point, le paranoïaque emprunte à un classicisme aussi absolu qu'éculé. Au milieu de l'échelle, les hommes, êtres fondamentalement castrés car privés congénitalement de l'organe, de la fonction, qui soutient leur conception du narcissisme, à savoir de l'organe et de la fonction de procréation ; mais néanmoins porteurs d'un organe « secondaire », certes de moindre valeur narcissique, mais assurant malgré tout une certaine suprématie sur les femmes – qui, elles, n'en ont aucun. Et tout en haut de l'échelle, les mères, seuls êtres humains à détenir le vrai pouvoir : l'utérus, le pouvoir de procréer, de porter des enfants, de donner naissance à partir de leur propre corps. « C'est moi tout seul qui ai porté ce projet », me disait récemment un de mes patients paranoïaques, qui est régulièrement aux prises avec la hiérarchie des entreprises successives auxquelles son bon niveau d'études lui permet d'obtenir des emplois intéressants (et de courte durée). « C'est moi tout seul qui ai porté ce projet, ils ont tout fait pour que ça avorte ».

Je me demande parfois si l'écoute de l'homme paranoïaque n'apporterait-t-elle pas quelques éclaircissements sur la sexualité féminine, débat qui est toujours en cours dans le monde psychanalytique. On se souvient du désaccord entre Freud et Abraham ou Jones sur la place du

vagin dont l'organisation de la sexualité de la petite fille, et on sait que les recherches psychanalytiques sur ces questions (je pense en particulier, en France, à Janine Chasseguet-Smirgel et à Jacqueline Schaeffer) ont fini par isoler un « féminin érotique » et un « féminin maternel ». On peut d'ailleurs s'étonner que Freud ait tellement ignoré l'utérus en tant qu'organe, sur l'argument qu'il se ne se voit pas – on sait l'importance qu'il accordait à la perception pour l'établissement de la différence de sexes – alors que précisément il s'agit, d'une certaine façon, de l'organe qui se voit le plus, à travers la grossesse. Il est vrai aussi que le débat a longtemps porté sur la place du vagin et les éventuelles sensations proprioceptives dont il serait le siège dès le début de la vie (c'étaient les hypothèses d'Abraham et Jones).

Micheline Enriquez écrit encore : « Chez Schreber, ce passage d'un corps persécuté à un corps idéalisé représente l'essai de résolution du conflit psychique paroxystique, suscité chez un homme par son *envie* et son *horreur* (plus que par son désir) de la *féménisation*, envie et horreur qui l'amènent à engager un combat infernal avec lui-même et avec Dieu ». Cette coexistence de l'envie et de l'horreur devient, me semble-il, plus compréhensible lorsque nous concevons cette féménisation comme scindée en deux branches : la féménisation-transformation corporelle et la féménisation-maternalisation. On sait que, chez Schreber, il faut passer par l'un pour accéder à l'autre ; ce qui montre au passage que certains repères restent actifs chez lui (il faut être une femme pour procréer) et qu'il n'a pas l'inventivité science-fictionnelle d'un schizophrène qui peut, lui, s'affranchir de telles contraintes dans ses créations délirantes. On comprend alors qu'il s'agit d'accepter l'*horreur* de la féménisation pour espérer satisfaire l'*envie* de maternalisation, dans un schéma classique de déchéance et de rédemption : accepter de descendre au plus bas de l'échelle humaine (devenir une femme) pour atteindre la position la plus élevée : devenir mère. Il est évident que, si l'on a le courage de se lancer dans une telle entreprise, il n'en faut pas moins que Dieu comme géniteur pour récompenser le sacrifice ainsi consenti. Mais un Dieu qui doit se retirer du monde, après l'acte accompli, qui doit se désintéresser des choses humaines, laissez l'humanité ainsi régénérée vivre avec sa mère/père et sa nombreuse progéniture.

On pourrait ajouter que ces deux opérations, féménisation-transformation corporelle et féménisation-maternalisation ne sont pas homologues du point de vue des qualités libidinales qu'elles mobilisent. La première puise dans les investissements libidinaux proprement dits, objectaux ; il s'agit, pour ainsi dire, de la dimension homosexuelle de la féménisation de l'homme, et plonge ses racines dans la bisexualité psychique. La seconde en revanche est à forte connotation narcissique, et couronnée, dans le cas de Schreber, par l'union avec Dieu afin de

produire une nouvelle race humaine (Micheline Enriquez parle d' « idéalisation »). Or, il se trouve que le président Schreber décrit effectivement deux opérations de féminisation. La première, celle qui concerne plus particulièrement ses rapports avec le Professeur Flechsig, est bel et bien vécue sous le signe de la passivité, de la violence, de l'abus sexuel et de l'abandon. En revanche, la seconde est pleinement consentie et directement liée au fantasme de procréation. Tout se passe comme si l'homme paranoïaque disait : « la valeur narcissique suprême n'est pas de posséder un pénis, mais un ventre de femme enceinte ; quel malheur que pour y parvenir, il faille passer par sa transformation en femme ».

Vient ici à l'esprit une remarque incidente de Freud (1911) concernant la distinction entre paranoïa et schizophrénie, dont la première présenterait une régression « jusqu'au narcissisme », alors que, dans la seconde, la régression irait « jusqu'à la vacance totale de l'amour d'objet et au retour à l'auto-érotisme infantile ». On sait que l'école française de psychiatrie, comme de psychanalyse, fait grand cas de leurs différences, grâce à l'influence aussi bien de Jacques Lacan que d'Henri Ey, alors qu'au contraire l'école de langue anglaise de psychiatrie, comme de psychanalyse, n'en voit aucune. Freud se situe donc quelque part entre ces deux conceptions. En effet : à la différence du schizophrène, le paranoïaque homme n'est pas « dans la confusion des êtres, des sexes et des générations », pour reprendre la formule de Paul-Claude Racamier ; il sait reconnaître et tenir compte, dans son travail psychique, de ces trois différences fondamentales, et on l'a vu d'ailleurs à l'instant : il faut – « malheureusement », dit-il – devenir femme pour accéder au statut de mère. En d'autres termes, ce qui fait le plus souffrir le paranoïaque – sa féminisation – est ce qui reste sain en lui : l'idée que, pour procréer, il faut être une femme ; il n'est pas suffisamment schizophrène pour développer les capacités auto-poïétiques de ce dernier. Mais, par une étrange bifurcation de l'évolution psychosexuelle et de ses fixations, la constitution de son narcissisme n'a pas trouvé son aboutissement grâce à l'action organisatrice de la valeur symbolique du phallus, mais est allée se fixer sur le corps de femme enceinte.

Il m'est arrivé de penser qu'il s'agit peut-être d'un destin plus particulièrement réservé, ou rencontré, chez les aînés de fratries plus ou moins nombreuses et rapprochées, et à la condition d'une certaine configuration des imagos parentales... Et tout cas, on pourrait dire que, lorsque le petit Œdipe regarde sa mère enceinte avec dépit, devant cette nouvelle preuve de son infidélité et de son attachement au père, le futur paranoïaque la regarde avec adulation, ayant là, devant ses yeux, la confirmation que ce sont bien les femmes qui, finalement, possèdent *quelque chose de plus* que les hommes (Kapsambelis et Gougoulis, 1994) ; contemplation admirative qui capte à jamais

ses ressources identificatoires au détriment de la figure paternelle.

Résumé

L'observation clinique montre que certains patients paranoïaques hommes font preuve d'une appétence particulière pour les fonctions traditionnellement considérées comme maternelles auprès de leurs enfants. Ils entrent ainsi en compétition parfois violente avec leurs épouses sur ce sujet, et font de ce fait l'objet d'une haine très particulière de la part de la femme, qui se développe en écho à la leur propre, décrite par Micheline Enriquez. À partir de deux ou trois vignettes cliniques, cette observation sera commentée à la lumière de la théorie initiale de Freud sur la paranoïa, en explorant et en prolongeant la signification, chez ces patients, de la composante homosexuelle de leur vie libidinale.

Références

- Collectif (1979) *Le cas Schreber. Contributions psychanalytiques de langue anglaise*. Paris, PUF.
- Donnet J.-L. (2009) Entre l'agir et la parole. In : J.-L. Donnet, *L'humour et la honte*, pp. 211-224. Paris, PUF.
- Enriquez M. (1984) *La souffrance et la haine. Paranoïa, masochisme, apathie*. 2^e édition, Paris, Dunod, 2001.
- Fédida P. (1978) *L'absence*. Paris, Gallimard.
- Freud S. (1911) Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (Dementia paranoides) décrit sous forme autobiographique. *Œuvres Complètes de Freud, Psychanalyse X* : 225-304. Paris, Presses Universitaires de France, 1993.
- Freud S. (1914) Remémoration, répétition et perlaboration. *Œuvres Complètes de Freud, Psychanalyse XII* : 185-196. Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- Freud S. (1918) Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. *Œuvres Complètes de Freud, Psychanalyse XV* : 97-108. Paris, Presses Universitaires de France, 1996.
- Freud S. (1933) La féminité (33^{ème} leçon). Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. *Œuvres Complètes de Freud, Psychanalyse XIX* : 85-268. Paris, Presses Universitaires de France, 1991.
- Kapsambelis V., Gougoulis N. (1994) Paranoïa masculine et maternité. *Revue Internationale de Psychopathologie* 14 : 163-210.
- Racamier P.-C. (1966) Esquisse d'une clinique psychanalytique de la paranoïa. *Revue française de Psychanalyse* 30 (1) : 145-172.
- Racamier P.-C. (1990) En psychanalyse et sans séances. *Revue française de Psychanalyse* 54 (5) : 1165-1183.
- Roussillon R. (2008) *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris, PUF.