



HAL
open science

Representation of sexuality in the case of a schizophrenic patient: confusion between urology and neurology

Mareike Wolf-Fedida

► **To cite this version:**

Mareike Wolf-Fedida. Representation of sexuality in the case of a schizophrenic patient: confusion between urology and neurology. 2024. hal-04473952

HAL Id: hal-04473952

<https://hal.science/hal-04473952v1>

Preprint submitted on 22 Feb 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Mareike WOLF-FEDIDA

Professeur en Psychologie (Université Denis Diderot – Paris 7)

Psychanalyste/psychothérapeute

DISCUSSION DU CONCEPT DE L'AGENTIVITÉ POUR LA PSYCHOTHÉRAPIE DES PSYCHOSES.

Représentation de la sexualité chez un patient schizophrène : entre urologie et neurologie

1. Préambule méthodologique

La pertinence du concept d'agentivité confronté au « corps » soulève de nombreuses interrogations, d'autant plus quand il s'agit de patients psychotiques — l'agentivité étant définie au sens large comme l'expérience que nos actes sont les nôtres dans la mesure où nous les causons et les contrôlons. D'un point de vue phénoménologique, issu de la philosophie, et d'un point de vue psychanalytique s'appuyant sur une théorie des névroses s'inspirant de la médecine, on pourrait considérer que l'agentivité est certes un outil de pensée intéressant, mais qu'aucune catégorie nosographique (psychose, névrose, phobies, addictions, etc.) en psychopathologie ne peut prétendre satisfaire les exigences inhérentes à ce concept. Croire que nous sommes maîtres de nos actes constitue un problème métaphysique. Une certitude dépourvue de son aspect convaincant risquerait de se rapprocher du délire.¹ Qui pourrait se réclamer d'être « agentif » ? Aucune déclinaison grammaticale du terme n'est prévue (adjectif, adverbe), ce qui le renvoie à son statut de concept né de la traduction de l'anglais, comme « agency »², « self-awareness » ou « mind », autant de termes à ne pas prendre dans un sens absolu et qu'il vaut mieux éviter de confronter à notre philosophie continentale.³

Quand on utilise ce concept, il vaudrait mieux ne pas concevoir l'agentivité dans un sens absolu, mais comme un outil méthodologique qui peut se partager avec des collègues se réclamant de théories fort différentes. Car chacun est invité à réfléchir à l'utilisation de ce terme dans son domaine, sans compter le fait que le corps dans sa dimension vécue (*Leiblichkeit*) est une affaire de pure subjectivité, tandis que le corps anatomique relève de la médecine (qui n'est pas une science exacte). Quoi qu'il en soit, le somatique renvoie à une problématique de dépossession (on ne choisit pas d'être malade), et l'agentivité interviendrait pour proposer des concepts de ré-appropriation du corps dans sa double dimension, vécue et médicale.

2. L'illustration clinique

Venons-en, sans plus tarder, à l'illustration clinique, qui permet d'y voir plus clair. Quand un patient psychotique a suffisamment conscience de sa maladie (cf. travaux de W. Blankenburg)⁴ pour consulter un psychothérapeute, il le sollicite rapidement comme allié pour se plaindre des médecins, dont le psychiatre fait partie. Le discours du patient psychotique cherche à démontrer à quel point il a été mal traité et mal compris (laissons ici de côté que cela vaut aussi pour les patients

1 Maher B., « Anomalous experience in everyday life: Its significance for psychopathology », in *The Monist*, 1999, 82, 4, 547-570; « Delusional thinking and perceptual disorder », in *Journal of Individual Psychology*, 1974, 30, 1, 98-113.

2 Arpaly N., « Which autonomy? », in Campbell K., Rourke M., Shier D., *Freedom and determinism*, Cambridge, MIT Press, 2004.

3 Shapiro D., *Dynamics of character*, NY, Basic Books, 2002.

Sass L., « Self and World in schizophrenia: three classic approaches », in *Philosophy, psychiatry and psychology*, 2001, 8, 4, 251-270.

4 Blankenburg W., *La perte de l'évidence naturelle*, Paris, PUF, 1991.

hypocondriaques, névrosés et normaux), ce qui est une bonne entrée en matière. Car le patient nous expliquera ainsi ce qu'il aurait fallu comprendre de lui. Ainsi dépeint-il son propre symptôme et livre-t-il sa théorie sur celui-ci. C'est un début extrêmement fécond pour la psychothérapie. Bien sûr, il est évident qu'on ne peut pas pratiquer la médecine avec une telle démarche et nous plaignons nos confrères pour cette mission impossible de devoir soigner des malades qui sont aussi malades d'esprit.

Quand j'écoute ainsi avec une double approche, phénoménologique et psychanalytique, je m'intéresse à la dimension vécue du corps et dans quel sens le patient manifestera une intentionnalité (car même étant passif, quelque chose vous arrive; tout l'intérêt se situant là d'ailleurs), et également à l'effort qu'il entreprendra pour biffer toute association entre la sexualité et le corps (la construction de l'identité passe par le corps propre qui est sexué — voir la psychologie du développement et la psychanalyse) et pour faire en sorte qu'il n'y ait aucun plaisir perceptible.

La véracité de ce lien, à savoir se reconforter dans la passivité, est encore plus intéressante à vérifier chez un patient psychotique dont la plainte porte explicitement sur ses parties génitales ou sur les fonctions biologiques qui leur sont associées. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi pour ce propos un cas clinique parlant de la confusion entre urologie et neurologie. Je dirais même qu'il s'agit là d'une tendance universelle à confondre ces deux domaines, car nombreux sont les exemples en oncologie où l'ablation de la vessie est suivie d'une entrée dans la psychose. Quoique ces exemples se rencontrent ailleurs dans le monde, le champs francophone est particulièrement concerné à cause des homophonies et des liaisons particulières à la langue française. C'est d'autant plus vrai que les patients psychotiques présentent souvent des défauts plus ou moins prononcés d'élocution, aggravant ainsi le phénomène d'homophonie. « Unurologue » ou « unneurologue » se confondent ainsi dans la prononciation et dans l'esprit. Le malade en retiendra qu'il existe de manière diffuse un lien incontournable entre l'urologie et la neurologie. Si l'urologie a rapport avec l'urine comme substance du corps, et par extension tous les liquides, la neurologie se rapporte au neurone, et par extension avec tous, car les neurones parcourent le corps humain ! L'idée qu'un malade psychotique pourra se faire de l'urologie sera donc celle d'une sous-discipline, en quelque sorte, d'une spécialisation à l'intérieur de la neurologie dont la psychiatrie est le vaste chapiteau.

Avant d'en venir à mon patient, Hector, permettez-moi d'évoquer encore un problème analogue lié à l'introduction de la monnaie unique en Europe, l'euro : on prononce « un euro » et on entend « un neuro ». A l'époque j'effectuais une supervision d'une psychologue organisant des stages de préparation de patients psychotiques à l'introduction de l'euro. Vous pouvez imaginer la confusion dans les esprits à l'idée que des « neuros » circulent à travers l'Europe, devenant monnaie unique. Cette prononciation et la confusion qui s'y associe s'observe également chez les personnes âgées, en milieu rural... ce qui, en fin de compte, fait beaucoup de monde (cette dimension psychique de la linguistique n'a évidemment pas été prise en compte par les conseillers économiques de Maastricht !).

Je l'appelle Hector, car bien que venant d'une région de la France profonde et appartenant à une famille rattachée professionnellement et par tradition à différents ministères de la République, son nom avait une consonance étrangère tout en restant français – ce qui l'a toujours beaucoup intrigué. Qui lui a donné ce nom et pour quelle raison? Les personnes de sa famille qui auraient pu répondre n'étaient plus vivantes, car Hector a eu 66 ou 67 ans au moment de sa première consultation. Pendant 30 ans, il avait été soigné en neurologie avec deux internements en psychiatrie. C'est par une coïncidence qu'il a croisé ma route, présenté par des voisins du quartier. Son choix s'est fixé sur moi en tant que psychanalyste.

Lors de sa première consultation, il avait arrêté ses médicaments depuis 18 mois (il a traversé l'évolution psychopharmacologique des prescriptions sur 30 ans tout en effectuant une carrière professionnelle d'une certaine importance). Le jour où son psychiatre est parti à la retraite, il a consulté sa remplaçante pour le renouvellement de ses prescriptions. Celle-ci lui a répondu qu'il était désormais trop vieux pour ces prescriptions et qu'il n'avait plus besoin de médicaments. Cela l'a tellement stupéfait qu'il a également arrêté de fumer après une unique consultation chez un acuponcteur. Ces changements lui ont fait expérimenter un vécu très différent, d'où la nécessité de

se tourner vers un psychanalyste. Je dirais, aujourd'hui, qu'il a abruptement fait l'expérience de la vie psychique et que la psychothérapie lui a permis de l'accepter. Le programme n'a pas été très ambitieux, mais en même temps sa vie s'est complètement stabilisée.

Au bout d'à peu près un an de psychothérapie qui lui a permis de creuser son histoire et d'augmenter sa confiance en lui, il s'est plaint d'un trouble sexuel : depuis quelque temps, il n'arrivait plus à éjaculer. Il a eu des rapports sexuels prolongés avec sa femme qui n'aboutissaient pas, selon lui, puisqu'il n'y avait pas d'éjaculation. Il ne savait pas quoi en penser : à la fois satisfait de ses coûts, mais frustré de ne pas les accomplir. Sa femme s'en accommode sans problème. Ou plutôt – comme elle me l'a confié lors d'un entretien sur « l'inutilité d'une psychothérapie de son mari », elle n'est pas très « portée sur la chose », et elle trouve l'éveil de la sexualité à son âge ridicule. Elle bénit les années où il a été sous médicaments.

On trouve chez P. A. Lambert⁵ la description de l'abaissement de l'intensité pulsionnelle et de l'évocation fantasmatique chez le patient schizophrène traité par neuroleptiques. Cet abaissement pulsionnel se traduirait également par un manque d'intérêt pour une prise de conscience. Ce rapprochement entre la vie pulsionnelle et l'activité de la pensée est intéressant. Les processus de pensée sont bien évidemment liés aux processus psychiques, mais l'un n'est pas synonyme de l'autre.⁶ On peut penser sans comprendre, mais on ne peut pas comprendre sans penser.⁷ Comme on le verra, Hector peut manifester une pensée délirante et se préparer à comprendre autre chose. Ce qui importe pour la psychothérapie est la mise en mouvement de la vie psychique. Dans ce sens, effectivement, la famille d'Hector ne le reconnaît plus, et ses deux grands enfants (une femme et un homme, tous les deux mariés, ayant chacun deux enfants dont chez chacun un enfant problématique, l'un diagnostiqué dyslexique et l'autre hyperactif) prennent rendez-vous chez moi pour discuter de l'utilité de la psychothérapie de leur père. Pour me convaincre de leur point de vue, il me raconte l'histoire suivante :

« Vous comprendrez bien pourquoi nos parents ne sont pas souvent invités quelque part. Figurez-vous que l'autre jour, ils devaient se rendre à un déjeuner chez des amis qu'ils n'avaient pas vus depuis longtemps. Juste avant de partir de la maison, ils reçoivent un coup de fil pour leur demander d'apporter du pain. Ils vont donc passer à la boulangerie pour acheter une baguette et quand ils sonnent à la porte, notre père brandit la baguette devant l'ami en lui disant : « Il faudra vraiment tout apporter chez vous ! » »

Je me suis mise à rire. « Ah, cela vous fait rire ? Vous trouvez ça drôle ? » me demande la fille d'un ton inquisiteur.

— « Eh bien, oui », dis-je, « c'est une blague. »

Tous les deux me regardent avec des yeux tout ronds. Manifestement, ils ne s'attendaient pas à ce que leur père puisse blaguer. Après un silence sidéré, le fils remarque qu'effectivement son père se mettait « à faire de l'humour » et que c'était nouveau. Ils n'en avaient pas l'habitude. Je leur ai fait remarquer que « faire de l'humour » ou vouloir faire rire son environnement familial n'était nullement pathologique, mais, au contraire, était plutôt affectueux. De nouveau, ils me regardaient avec de grands yeux.

Enfin, nouvelle preuve que, pour eux, l'idée que leur père puisse un jour retrouver une vie normale était inconcevable, ils m'ont demandé si je pouvais me prononcer sur la non-dangerosité de leur père. Ils avaient peur de le laisser seul avec leurs enfants. Je leur ai demandé s'ils craignaient quelque chose en particulier. Leur réponse a été affirmative : ils ont peur qu'il les attaque avec un couteau ! C'était à mon tour de faire de grands yeux en leur demandant d'où leur venait cette idée ? Mais ils étaient incapables de se prononcer là-dessus, comme si cela allait de soi pour tous les deux. Alors, je leur ai demandé si, dans le passé, à un moment, leur père s'était montré violent ? Leur

5 Lambert P. A., « A propos de psychothérapies d'inspiration psychanalytique chez des schizophrènes traités par neuroleptiques », in *Confrontation psychiatriques*, 1986, 26, 41-63.

6 Lanteri-Laura G., « La notion de processus dans la pensée psychopathologique de K. Jaspers », in *Evolution psychiatrique*, 1962, 27, 4, p.459.

7 Dans la vie de tous les jours, on dit facilement « je l'ai vu, mais je ne l'ai pas regardé » ou encore « je ne pense pas ce que j'ai dit », ces énoncés témoignent bien des activités sans prise de conscience et sans comprendre.

réponse était négative, et même ils sont surpris de constater qu'il ne les a jamais punis. C'était la mère qui représentait pour eux l'autorité et qui manquait de patience. Au contraire, leur père a toujours été là pour « arrondir les angles », et il a patiemment fait les devoirs d'école avec eux. Après leur récit, ils se trouvent tout gênés de leurs mauvaises pensées au sujet de leur père. Ils disent également qu'il n'y avait pas de disputes du couple parental, le père étant toujours sous médicament et abattu, surtout après une journée de travail. C'est à ce moment que je saisis l'occasion de leur faire remarquer qu'ils avaient à méditer sur leur image parentale, avec une mère « portant le pantalon » et un père sous traitement médicamenteux pendant toute leur enfance ; que cela ne représentait le modèle familial habituel, la norme, et que la dispute faisait partie de la vie conjugale. Visiblement, je les ai stimulés chacun, car ils commençaient à bouger, à vouloir parler de leur couple et finalement à reconnaître qu'une psychothérapie apporte quelque chose d'intéressant. Enfin, je leur ai fait comprendre qu'il était normal qu'il ne reconnaissent pas leur père, car il n'était plus sous médicament, se reconstruisait dans sa psychothérapie, qu'il avait le droit de changer et qu'il fallait lui laisser du temps. J'ai appris plus tard qu'eux aussi, ils ont consulté des psychologues avec leurs enfants.

Soit dit en passant, la violence dans le couple venait de sa femme qui le frappait de temps à autre parce qu'elle le trouvait insupportable. C'est ainsi qu'il s'est rendu un jour à sa séance avec un œil « au beurre noir ». Mais cela ne l'a pas rendu rancunier. Il devait concevoir qu'il l'avait mérité. On trouve des considérations intéressantes dans l'étude du lien entre l'ophtalmologie et la psychiatrie. Cl. Jacquelin⁸ explique, dans la « psychopathologie du voir », qu'il existe toujours un rapport entre le voir et la punition d'avoir vu (cf. Tirésias rendu aveugle, dans la mythologie grecque, pour avoir surpris Athéna se baignant nue), façon d'être puni par où on a pêché. « Voir » est aussi à entendre de manière métaphorique : quand on dit « je vois », cela veut dire « je comprends ». Dans ce sens, l'hallucination donne à voir ce dont il est impossible de prendre conscience. D'où la remarque de Jacquelin que « l'hallucination comblera la cécité du Moi ».

Ne pas voir l'aboutissement de son excitation sexuelle par l'émission de sperme signifie pour lui de ne pas avoir de prise sur une fonction de son corps qui est celle de la fécondation. Le caractère délirant de sa revendication médicale dénote son incompréhension par rapport à son origine. Mais son épouse, passablement lasse de ses revendications, lui a assené un coup à l'œil de manière à lui signifier qu'il en a trop vu ou de trop près. Quand elle a vu le résultat (l'œil au « beurre noir »), elle a nié en avoir été l'auteur, gênée qu'Hector doive consulter pour son œil. Cependant lui, de la raisonner : « Eh bien, comment voudrais-tu qu'il soit devenu comme ça, mon œil, si ce n'était pas toi ? » On voit que le concept d'agentivité est particulièrement parlant dans des situations de violence, la participation étant toujours niée.

Hector était marié depuis 40 ans avec sa femme qui était son aînée de sept ans. Ils ont eu 2 enfants aussitôt, puis l'incidence psychiatrique s'est déclarée à la suite d'un conflit avec sa hiérarchie au travail (dans un ministère) et une balade en vélo en plein soleil (insolation). La famille d'Hector se signale par des accidents tragiques, notamment de la route. Il a perdu sa sœur, son âme-sœur et grand amour dans un accident de voiture, et lui-même a été renversé par une voiture dans les premiers temps de son mariage. Il a été hospitalisé avec une fracture du rocher. Outre la menace de la mort par cet incident somatique, l'hospitalisation l'avait marqué par l'absence de visites, notamment de sa femme.

Comme une fracture du rocher est une potentielle menace de mort qu'on ne sait jamais terminée (il n'y a que la mort pour mettre un terme à la menace), il s'est dit que celle-ci pèserait sur lui jusqu'à la fin de sa vie. L'absence d'éjaculation lui semble en être le résultat aujourd'hui, car des neurones peuvent avoir été endommagés. Il a donc des séquelles, selon lui, et il n'est pas exclu que celles-ci affectent sa vie sexuelle. Parallèlement, il développera sur quelques mois un délire judiciaire en voulant renouveler la demande des indemnités qu'il avait perçues à la suite de cet accident datant d'une trentaine d'années, usant la patience de deux avocats jusqu'à ce qu'ils le mettent à la porte. Pendant ce temps, je me dis que les ennemis extérieurs lui permettent d'avancer

8 Jacquelin Cl., « Ophtalmologie et psychiatrie. Psychopathologie du voir », in *Evolution psychiatrique*, 1963, 28, p. 555-576.

dans sa douloureuse histoire personnelle et que la psychothérapie avance bien.

Je fais une parenthèse d'ordre méthodologique pour mieux m'expliquer. La phénoménologie permet d'apprécier la construction d'un délire comme le témoignage d'un autre mouvement psychique sous-jacent.⁹ Créer un contenu permet à un autre de se laisser défaire. Vivre l'existence d'une injustice comme ce trouble sexuel « causé par un accident de route »¹⁰ sert à raconter des choses de sa vie dans la colère, alors que, sans ce délire, l'émotion aurait été trop grande, trop menaçante pour en faire état. Le délire consolide en quelque sorte une partie de la vie psychique pour qu'elle puisse s'effriter ailleurs et ouvrir une brèche à une nouvelle vérité. Pendant que le patient focalisait son attention pour soigner son trouble d'éjaculation, l'inattention provoquée permettait l'échappement des secrets, c'est-à-dire sa sexualité, sa relation à sa femme et à l'environnement familial. L'esprit vengeur autour de sa revendication de réparation lui faisait oublier complètement qu'il racontait librement son histoire. La psychanalyse conçoit tout traitement psychique selon le concept de la régression induite par le cadre neutre et la relation transférentielle. La construction d'un délire permet de faire surface là où le patient touche aux phénomènes sensibles. En ce sens, on peut concevoir la construction et la déconstruction d'un délire comme un outil bénéfique pour le psychothérapeute¹¹, et contrairement à ce qu'on pourrait croire, un clinicien gagnerait à se rassurer dès la naissance d'un délire au cours d'une psychothérapie plutôt que d'abandonner en pensant avoir raté le traitement.¹² La construction du délire fait partie d'une élaboration par la conscience, d'où cet aspect rationnel et convainquant pour s'agripper à un contenu dont l'élaboration symbolique a échoué. On comprendra plus tard que le secret de Hector pèse sur la symbolisation de la fécondation et de l'identité de sa personne, puisqu'il n'a jamais pu comprendre ce que cela signifiait d'être « pupille de la nation » (sans doute l'a-t-il confondu avec le statut du fonctionnaire). Plus un patient se défend de manière obstinée, plus cet acharnement témoigne de l'impossibilité de saisir (*Be-greifen, com-prendre*) le contenu, ce qui est énervant et l'oblige à y revenir de manière quasiment obsessionnelle. Dans la visée d'une psychothérapie, le thérapeute valorisera la tentative de reconstruction, contrairement à une visée expérimentale qui relèvera l'échec.¹³

Cette épisode a duré à peu près 6 mois, et il n'est pas indifférent de constater que le patient était en même temps « coincé » dans la psychothérapie au sujet de ses origines. Énervé de ne pas recevoir un passeport biométrique faute de pouvoir obtenir un acte de naissance (l'administration avait transféré les archives et son acte de naissance était introuvable), il n'a pas pu prendre l'ampleur de la signification d'avoir été adopté, d'être pupille de la nation, que « ses » parents n'étaient pas ses vrais parents, et que sa sœur bien aimée n'était pas taboue. L'amour impossible ne l'était plus, mais c'était trop tard : elle était morte.

Au lieu de faire face à tout cela, il a voulu faire le point, de manière quasiment furieuse, sur ses troubles d'éjaculation et sur la réparation, puisque chaque homme a le droit de « fonctionner normalement » (sic!). Il a suivi ce qu'on appelle le « parcours coordonné du suivi médical » en France, en commençant par consulter son médecin généraliste pour l'envoi chez un spécialiste. Au vu de ses propos, il n'a eu aucun mal à être envoyé chez un neurologue. Celui-ci s'en est dégagé en l'envoyant chez l'urologue. Hector repassera par son généraliste et commencera chez l'urologue l'exploration de la prostate qu'on connaît à cet âge-là. Il me montrera ses résultats, satisfait de son

9 Ratcliffe M., « What is a feeling of unfamiliarity? », in *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 2007, 4, 1, 43-49.

10 Ellis H.D., Young A.W., « Accounting for delusional misidentifications », in *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157, 239-248.

11 Wolf M., « Approche phénoménologique du rêve dans la psychothérapie des psychoses », in Mesot H. (sous la dir. de) *Des interprétations du rêve. Psychanalyse, Herméneutique, Daseinsanalyse*, coll. « Psychopathologie », Paris, PUF, 2001, 35-53.

12 Voir, Minkowski E., *Au-delà du rationalisme morbide*, Paris, L'Harmattan, 1997.; *La schizophrénie*, Paris, Payot, 2002. Sérieux D.P., Capgras J., *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, Paris, Alcan, 1990. Tatossian A., *La phénoménologie des psychoses*, Puteaux, Le Cercle Herméneutique, 2002.

13 Voir travaux de C.D. Frith, par exemple *The cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, Hove, Lawrence Erlbaum, 1992; Frith C.D., Done D.J., « Experiences of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action », in *Psychological Medicine*, 1989, 19, 359-363.

bilan. Il était en bonne santé. Mais en même temps, il critique l'incompétence médicale n'arrivant pas à comprendre l'origine de son trouble d'éjaculation. Il devait être évident qu'il y avait un problème dans la fabrication de son sperme ou dans son incapacité à l'éjecter, et il ne comprenait pas pourquoi l'urologue n'arrivait pas à rechercher cette cause correctement – à moins que ce fût une affaire de transmission neuronale ayant rapport à l'accident de la route !

Il a dû faire la navette plusieurs fois entre son médecin traitant, les spécialistes et son avocat auxquels il exposait ses hypothèses, tout en se plaignant auprès de moi qu'il faudrait vraiment faire le travail à leur place en le leur prémâchant, incapables qu'ils étaient à trouver une solution eux-mêmes ! Enfin, son médecin devait en avoir assez puisqu'il lui a dit qu'« il n'avait qu'à essayer avec une autre femme, et qu'il se verrait guéri »! C'était ne pas imaginer la pudeur d'un patient psychotique, qui s'est trouvé choqué par de tels propos. Ceux-ci l'ont conforté dans l'idée de l'incompétence de la médecine, brisant les ménages plutôt que de soigner le corps.

Il faut savoir qu'Hector a considéré être bien heureux d'avoir trouvé sa femme, la seule qui voulait de lui, selon lui. Ces dires sont d'autant plus étonnants qu'il est assez grand, fait plus jeune que son âge, et on devine qu'il devait être assez bel homme étant jeune. En plus, il a eu une carrière professionnelle intéressante dont il lui arrivait de parler avec nostalgie. Le seul aspect déroutant de son apparence, c'est qu'il a toujours eu l'air d'être un peu « à l'ouest » et de prendre des airs menaçants lorsqu'il était pris par ses délires. Effectivement, un non clinicien ne percevant pas la souffrance chez lui, pouvait être inspiré de peur à sa vue : un voisin d'immeuble a jugé bon de me prévenir un jour par interphone qu'un certain individu se dirigeait vers chez moi, alors que mon patient venait juste à l'heure pour sa séance.

Quant à la vie sexuelle de Hector, il faudrait aussi savoir que les réflexions de bon sens n'ont pas fait partie de son vécu. En replaçant ses troubles d'éjaculation dans le contexte général de sa vie sexuelle, il s'est vanté d'avoir toujours pu se masturber sans se toucher avec les mains! Cela datait de ses années d'internat, pendant son adolescence, où il avait la pratique de s'allonger sur le ventre et de se concentrer sur le frottement de son pénis sur le drap. Il respectait ainsi l'interdit religieux de ne pas en venir aux mains. Il aimait bien décrire l'état particulier dans lequel il se trouvait, comme sacré, qui se terminait par l'éjaculation.

En confrontant le vécu de la sexualité du patient psychotique avec le concept d'agentivité, on remarque que la sexualité est acceptée à condition qu'elle lui arrive à son insu. La position passive en constitue la jouissance. Ce serait donc l'opposé de l'agentivité. On observe ces traits aussi dans un autre profil psychopathique, chez les « sex addicts » qui ont besoin de renouveler l'expérience sexuelle avec des partenaires constamment changeants pour reconstituer la sensation de « la première fois ». Ces patients, caractérisés comme états limites, éprouvent le besoin d'une stimulation forte qui leur permet de se sentir exister. Il s'agit d'une quête narcissique permanente dont ils sont les auteurs. Tandis que, chez les patients psychotiques, le narcissisme s'apparente par la plainte de l'imprévu qui leur tombe dessus (ici la magie de l'éjaculation qui survient ou se refuse; il ne choisit pas son épouse, mais se marie avec celle qui le veut bien; les médecins qui lui compliquent la vie au lieu de le soigner correctement; etc). Ils sont suffisamment intéressants pour que des choses leur arrive de manière impromptue, des choses dont ils se plaignent, bien entendu, car si cela leur faisaient plaisir, ils se sentiraient coupables. Être actifs est pour eux synonyme d'être coupables de quelque chose. En renversant la définition de l'agentivité, on pourrait formuler que la jouissance psychotique se conçoit selon le modèle que nos actes ne sont pas les nôtres. Cela est paradoxal pour le bon sens, mais cela satisfait la logique psychotique.¹⁴

J.-C. Sempé explique, en allusion à Hegel, que la négation chez le patient schizophrène est toujours d'origine biblique : se confronter au fruit défendu signifie à la fois d'être comme Dieu et ne pas l'être.¹⁵ L'ambivalence schizophrénique se traduit chez Hector par la sacralisation de ses descriptions de la masturbation. Ce n'est pas lui qui se masturbe : il s'agit d'un état d'esprit d'ensemble où son corps devient réceptif jusqu'à une exacerbation de la sensualité provoquant

14 Widlöcher D., Hardy-Baylé M.-C., « Cognition and control of action in psychopathology », in *Cahier de Psychologie Cognitive*, 1989, 9, 6, 583-616.

15 Sempé J.-C., « A propos de l'ambivalence schizophrénique », in *Evolution psychiatrique*, 1962, 27, 4, p. 537.

l'éjaculation. A l'époque, il avait déjà cette idée de fonctions du corps secret et mystérieux, ce qu'il raccrochera ensuite à l'urologie et à son parcours neurologique pour se plaindre du contraire, de ne pas pouvoir éjaculer.

J'ai eu l'impression qu'Hector vivait selon deux temporalités différentes. L'une, pendant laquelle il a été occupé à organiser « son parcours médical coordonné » avec suivi juridique sur plusieurs mois, sans résultat autre qu'un bilan de bon santé et son exaspération grandissante; l'autre a fait son lit pour le confronter à des sensations nouvelles: pouvoir découvrir qu'il ne connaissait pas ses véritables parents et s'intéresser à son histoire en cherchant des témoins vivants dans le village de son enfance. Il commencera des déplacements dans cette région et découvrira de fil en aiguille que son histoire est celle de la Résistance en France. Les témoignages lui ont fait penser que ses parents avaient été fusillés dans une rafle et qu'il avait été recueilli par les habitants, d'où l'incertitude sur son âge et l'impossibilité de produire un certificat de naissance.

On peut dire qu'il a fallu traverser le délire sur ses troubles sexuels d'une impossible fécondation pour pouvoir s'intéresser à sa propre fécondation et son identité. Autant son épouse était une mauvaise alliée pour la psychothérapie quand Hector revendiquait son droit à l'éjaculation, autant elle a éprouvé de l'intérêt pour la nouvelle histoire de son mari. Enfin, c'était quelque chose de sensé à vivre. Il faut dire qu'auparavant, elle ne s'était jamais posée de questions sur les origines de son mari. Or soudainement, Hector prend contact avec les anciens du village et des environs, et se voit accueilli chaleureusement avec sa femme, créant avec eux des liens d'amitié. Les relations extérieures, avoir des amis, leur avait fait défaut jusqu'alors, à cause du caractère asocial d'Hector. Tout cela change : Hector devient le héros de son histoire et sa femme le suivra en lui témoignant pour la première fois de la reconnaissance.

Lui qui, au cours de sa psychothérapie, s'était trouvé ému jusqu'aux larmes de ne pas être assez considéré par le siens, s'est vu vieillir sans acquérir la maturation sociale et le respect qu'on peut attendre à la retraite. Ne pas pouvoir s'imposer dans sa famille ou se faire écouter lui était pénible. Il avait l'impression qu'on le ménageait et qu'on lui soustrayait ses petits enfants. Tout cela s'est trouvé désormais terminé. En s'intéressant de manière quasiment égoïste à lui-même en partant tout seul quinze jours dans la région de son enfance, en ayant eu de nouveaux contacts, il a rendu sa famille curieuse.

Enfin, il a pu être considéré comme « guéri » - un retraité occupé par maintes activités (aménagement de leur appartement, visiter des amis dans leur maison de vacances, garder ses petits enfants), sain d'esprit et de corps. De même les petits enfants n'ont plus fait parler d'eux au sens pathologique. Tout est rentré en ordre comme par un coup de baguette magique, et il n'avait plus besoin de me voir. Il a convenu lui-même qu'il était arrivé à un stade où il n'y avait plus à avancer davantage.

Vers la fin du traitement, Hector a présenté un nouveau mini-délire. Celui-ci confirme le rôle de réparation du délire en parallèle à un processus psychique dans une psychothérapie. C'est au moment où sa véritable histoire a fait irruption dans sa vie psychique et qu'il s'est agi de l'accepter : il me parle alors de leur crainte d'un cambriolage. Minutieusement, il passe plusieurs séances à m'expliquer la protection de leur appartement « bourgeois » et la surprise quand, un jour, ils ont trouvé que la poignée de la porte avait été forcée; toutefois rien n'avait été volé chez eux, sauf un petit morceau du beurre dans le frigo!

A quoi a servi ce délire? A me raconter l'angoisse de sa visite nocturne chez sa femme. J'ai ainsi appris que, depuis toujours, elle dormait avec un long couteau (genre sabre) à son côté du lit. Car elle a peur qu'un cambrioleur la viole la nuit! Il faut savoir qu'elle a été victime d'abus sexuels à l'âge de huit ans. Elle n'a jamais voulu dévoiler le nom de son agresseur, ce qui laisse penser à un parent très proche (père ou grand-père). Cet abus explique sa réticence vis-à-vis de la sexualité qu'elle ne peut pas concevoir autrement que subie. Et enfin, nous retrouvons le couteau et l'explication de l'objet fantasmatique partagé par les deux grands enfants : ils avaient « hérité » de l'angoisse de leur mère. Il est stupéfiant que son discours délirant ait ainsi procédé de manière suffisamment intelligente pour livrer les pistes de compréhension à celui qui voulait bien les comprendre.

Il est également très intéressant de considérer toujours le partenaire du patient psychotique et le partage des délires. L'intégrité mentale est une affaire si délicate qu'il est extrêmement difficile de se prononcer sur le degré pathologique du partenaire et sa participation à la maladie du patient. La guérison dans ces conditions est relative, et c'est un terme à mettre entre guillemets. Mais ce qui est déterminant pour se prononcer dans ce sens, c'est que le patient reprenne sa vie en main et retrouve la joie de vivre. On pourra peut-être concevoir le terme d'agentivité sous cet angle-là.

3. Discussion en rapport avec le concept de l'agentivité

J. Guyotat¹⁶ nous parle de la capacité extraordinaire du patient psychotique à manipuler l'équipe soignante et à l'éprouver. Il fait remarquer qu'il s'agit bien d'un aspect du narcissisme chez le patient psychotique qui éprouve celui du soignant. Le patient psychotique crée toujours des situations de toute-puissance et à fort caractère transférentiel qui ne sont pas sans rappeler l'approche psychanalytique, souligne l'auteur. Le patient crée une situation semblable à celle qui lui fait défaut: la possibilité de s'aimer comme la mère l'a aimé et la naissance d'une relation unique avec la mère. La nostalgie de cette relation se traduit par une expression contraire, c'est-à-dire une situation d'agression. Car on trouve chez lui une ambivalence prononcée des sentiments, raison pour laquelle il ne faudra pas entrer dans des situations fusionnelles.

Guyotat décrit notamment l'exemple d'un patient qui aurait pu passer à l'agression si son psychothérapeute (Guyotat) n'avait pas perçu à temps le moment où la communauté de pensée était insupportable. Autant D. Widlöcher¹⁷ souligne que la psychothérapie se pratique à travers la co-pensée, autant il peut être bénéfique de manifester l'incompréhension sous forme de séparation de pensée avec le patient psychotique, souligne Guyotat. Cela permettra l'individualisation du patient psychotique et de devenir l'auteur de ses pensées. Là où la psychose se caractérise, entre autres, par la crainte de la transparence psychique, du morcellement et de la dépossession, séparer les pensées est vécu comme rassurant. Souligner « Vous pensez... », « moi, je pense... », aide à la construction narcissique du patient psychotique et souligne la non adhésion au fantasme contrairement à ce que le malade voulait faire agir auparavant.

L'agentivité se conçoit ici depuis la construction narcissique. Tant qu'elle fait défaut, le patient psychotique agit de manière passive sur les fantasmes de son entourage. Mais il ne se voit pas comme auteur, et les autres le perçoivent comme agissant de manière destructive. Ils se sentent attaqués. De même, l'importance narcissique se retrouve dans la relation de soin. Le thérapeute et le patient forment un couple homosexuel (indifférenciation des sexes), décrit Guyotat, une relation d'objet narcissique à l'exclusion de toute autre relation avec quelqu'un de différent. Effectivement, je me suis aperçue avec Hector, qui avait des moments de graphomanie, m'adressant ses textes entre les rendez-vous et pendant les vacances, qu'il a adressé son courrier à Monsieur le professeur ou Monsieur le psychanalyste, suivi de mon nom. Je n'ai jamais fait de remarque à ce sujet, pensant que j'étais ainsi moins menaçante pour lui.

Ce type relationnel serait un passage pour permettre l'accroissement de la libido narcissique qui mène le sujet à la recherche d'objets extérieurs à lui-même. Par la suite, il deviendra autonome. On perçoit le paradoxe de la psychose qui remplace l'autrui, devenu trop présent, par son corps propre qui s'autonomise. G. Benoit en donne un aperçu en citant Merleau-Ponty:

« Ma subjectivité traîne après elle son corps. ... j'ai mon corps – et ce corps animé je l'ai en tant qu'inachevé, Autrui est le complément existant de mon existence, son achèvement et cette relation d'être apparaît dans l'ambiguïté de l'expérience propre. »¹⁸

Ce vécu ambivalent aboutira toujours à des paradoxes comme d'éprouver « l'insécurité dans la familiarité », « l'aliénation dans la présence » et « le vide dans la plénitude », explique Benoit¹⁹.

16 Guyotat J., « Aspects du narcissisme dans les psychoses (Réflexions à partir d'expériences de thérapie institutionnelle de certaines chimiothérapies) », in *Évolution psychiatriques*, 1970, 35, 2, 321-342.

17 Widlöcher D., *Métapsychologie du sens*, Paris, PUF, 1986.

18 Benoit G., « Le schizophrène et son interlocuteur », in *Entretiens psychiatriques*, 1960, 5, 113-172, cit. p. 128.

19 *Ibid.*, p. 129.

Ou alors l'immobilité face au temps, comme le décrit Cl. Le Guen.²⁰ La passivité fait appel à l'immobilité temporelle. Effectivement, quand on pense à la confusion entre urologie et neurologie, Hector a réussi d'immobiliser le temps entre sa fécondation, son accident, la relation avec sa femme et toutes les autres femmes du passé, et la reconstruction de son histoire dans la psychothérapie. A parcourir les médecins et les avocats, il a semblé tourner en rond en voulant la réparation impossible des séquelles imaginaires d'un accident du passé (d'où l'agacement de ses médecins et avocats). En se plaçant du côté de l'agentivité, on ne peut pas dire qu'il n'ait pas agi ou qu'il n'ait rien fait. Il a agi faute d'un sentiment de plénitude et dans l'incompréhension de ce qui lui arrivait. Les délires avaient une valeur d'action, dans le sens de Austin²¹ ou Searle²², dans une visée inconsciente (symbolisation de la filiation).

En voulant rassembler dans notre discussion la schizophrénie, le corps et l'agentivité, il s'avère difficile de décrire le passage de l'état d'incompréhension à l'état de guérison. Les phénoménologues l'ont appelé le « passage copernicien ». ²³ H. Ey décrète l'impossibilité d'une psychogenèse des expériences délirantes à cause de la discontinuité structurale. Car le vécu du délire est partie intégrale de l'expérience à vivre, au même titre que n'importe quelle autre expérience. Il considère :

« ... (la) vérité du délire comme modification fondamentale de l'expérience qui ne peut justement être vécue que sur le mode de l'hallucination, c'est-à-dire une métamorphose objectivante de la subjectivité. »

« Pour que ça parle dans les voix, pour que ça signifie dans ce que je vois, pour que ça soit éprouvé, il faut en effet que je cesse d'être maître de moi-même, que quelque chose émerge du fond de moi-même et qui figure *quelque chose* qui est hors de moi. Le processus en troisième personne, même s'il n'est jamais une pure objectivité, est toujours cette relativité objectale qui constitue l'hétérogénéité de l'événement délirant et hallucinatoire. » ²⁴

En travaillant avec le patient psychotique, il faut se baser sur des mots où « entendre, voir, croire que quelque chose existe qui n'existe pas » est pourtant la « réalité » pour lui. Le délire et l'hallucination sont considérés comme maladies de la réalité, mais en même temps, il s'agit de l'histoire de la vie du patient. Aucun projet n'est envisageable s'il ne peut « habiter » son histoire. Quand Hector est venu consulter, il ne faisait rien de son temps. Il avait toujours des « ennuis ». Il est difficile d'évaluer à quel moment le concept d'agentivité est devenu opérationnel pour lui : quand il s'est décidé de consulter ? Quand il a pris son délire pour la réalité avec son « parcours de consultations coordonnées » ? Ou plutôt quand il s'est décidé à aller enquêter sur ses origines en partant tout seul ? J'avoue que j'étais à mille lieux d'imaginer d'ouvrir une page d'histoire de France avec ce patient. Quand il a commencé ses voyages, je pensais à une nouvelle construction délirante. Pourtant, l'agentivité s'était mise en place pour lui. Mais personne ne le savait à ce moment-là. Dans le même élan, il a fait part de son désir de sortir son petit-fils les mercredis après-midi au musée pour le cultiver. C'était un premier pas pour gagner une notoriété auprès des siens. Son intérêt pour l'histoire de France et la lecture des biographies de personnages célèbres, présent du temps de sa schizophrénie, prenait tout son sens après-coup.

4. Conclusion

Deux aspects sont à retenir de cette discussion pour contribuer à la notion d'agentivité : l'importance de la construction narcissique et la facilitation du passage vers une autre forme d'expérience de soi-même en présence de l'autre. Le corps comme support de toute expérience, forcément subjective,

20 Le Guen Cl., « Le temps figé du schizophrène », in *Entretiens psychiatriques*, 1962, 2, p. 22.

21 Austin J., *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil, 1970; *Intentionnalité*, Paris, Minit, 1985.

22 Searle J.R., *Les actes de langage*, Paris, Hermann, 1980.

23 Kulenkampff C. von, « Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie », in Straus E., Zutt J., (éd.) *Die Wahnwelten (Endogene Psychosen)*, Frankfurt a.M., Akademische Verlagsgesellschaft, 1963.

24 Ey H., « L'impossibilité radicale d'une psychogenèse des expériences délirantes et hallucinatoires primaires », in *Interprétation*, 1967, 1, 3, 5-17; cit. P. 16/17.

traduira les ambivalences des sentiments à travers une représentation paradoxale. Dans l'exemple du cas d'Hector présenté ici, ne pas pouvoir éjaculer, était une façon de prendre l'histoire de sa conception à l'envers. Depuis Racamier²⁵, nous savons que l'idée de l'autofécondation est typique dans le fonctionnement psychotique ; ici le trouble sexuel à ouvert la piste pour travailler l'intégration symbolique de sa propre venue au monde.²⁶

25 Racamier P.-C., « Psychothérapie dans les psychoses », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37819, A 10, 1974, 11. - « L'interprétation psychanalytique des schizophrénies », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37291, A 10, 1976. - « Les paradoxes des schizophrènes », in *Revue Française de Psychanalyse*, 1979, 11, 877-1067.

26 A relire *Évolution Psychiatrique, Journées de Bonneval, Schizophrénie*, I + II, 1958.