

Du traumatisme au refus du féminin

Aléas du trajet de féminisation dans la clinique actuelle

Cécile Hamm, Patricia Attigui

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2018/4 Volume 94**, PAGES 265 À 270
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2018.1788

Date de mise en ligne : 27/04/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-4-page-265?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Du traumatisme au refus du féminin

Aléas du trajet de féminisation dans la clinique actuelle

Cécile Hamm¹
Patricia Attigui²

¹ Psychologue clinicienne
Doctorante au CRPPC-Lyon 2, France

² Psychanalyste
Professeur des Universités,
Professeur émérite de psychopathologie
et de psychologie clinique
Université Lumière Lyon 2
CRPPC-EA 653, France

Resumé. Une longue pratique clinique auprès de femmes adultes hospitalisées en psychiatrie conduit à interroger une forme de destructivité féminine, de haine du féminin, caractérisée par des retournements pulsionnels contre le sujet lui-même, et impliquant toujours le corps. La clinique actuelle relève en effet l'importance des conduites auto-agressives (scarifications, automutilations) chez les jeunes filles et jeunes femmes, la fréquence des tentatives de suicide. De nombreuses études témoignant d'une prévalence féminine de ces agirs, nous proposons l'hypothèse d'un *refus du féminin*, caractérisé par une difficulté à intégrer le féminin génital, à accéder à une féminité pleinement vécue et assumée. L'écoute clinique de ces patientes montre la répétition de scénarios mortifères, dans des histoires personnelles et familiales émaillées de traumatismes, notamment par incorporation d'objets transgénérationnels traumatiques. Ces femmes demeureraient ainsi aux prises avec la « passivation » propre au traumatisme, compromettant la construction de la passivité, comme fondement du féminin.

Mots clés : femme, traumatisme psychique, féminité, déni, autoagressivité, transgénérationnel, passivité, prévalence

Abstract. From trauma to feminine rejection: Dangers of the feminization journey in current clinical practice. Long clinical practice with adult women hospitalized in psychiatry has led us to question a type of feminine destructiveness, hatred of the feminine, characterized by impulsive self-destruction, always involving the body. Current clinical practice underlines the importance of self-aggressive behaviors (scarification, self-mutilation) in young girls and young women, as well as the frequency of suicide attempts. Many studies have shown a female prevalence of these behaviors. Therefore, we propose the hypothesis of a *refusal of the feminine*, characterized by a difficulty to integrate the female genital, to reach a totally complete and assumed femininity. Listening to these patients in clinical practice the mortifying scenarios are constantly repeated, in their personal and family stories filled with trauma, notably by the incorporation of traumatic transgenerational objects. These women thus continually grapple with the "passivation" particular to the trauma, compromising the construction of passivity, as the foundation of what is feminine.

Key words: woman, psychic trauma, femininity, denial, self-aggressivity, transgenerational, passivity, prevalence

Resumen. Del trauma a la negativa de lo femenino: Los avatares del trayecto de feminización en la clínica actual. Una larga práctica clínica con mujeres adultas hospitalizadas en psiquiatría conduce a interrogar cierta forma de destructividad femenina, de odio a lo femenino, caracterizado por unas involuciones funcionales contra el propio sujeto que cada vez implican al cuerpo. La clínica actual en efecto ha subrayado la importancia de las conductas autoagresivas (escarificaciones, automutilaciones) en las chicas jóvenes y jóvenes mujeres, la frecuencia de los intentos de suicidio. Al dar fe numerosos estudios de una prevalencia femenina en este actuar, proponemos la hipótesis de un rechazo de lo femenino, caracterizado por una dificultad en integrar el femenino genital, acceder a una feminidad claramente vivida y asumida. La escucha clínica de estas pacientes muestra la repetición de escenarios mortíferos, en unas historias personales y familiares salpicadas de traumatismos, especialmente por incorporación de objetos transgeneracionales traumáticos. Estas mujeres seguirían así habiéndoselas con la "pasivación" propia del trauma, comprometiendo la construcción de la pasividad como fundamento de lo femenino.

Palabras claves: mujer, traumatismo psíquico, feminidad, denegación, autoagresividad, transgeneracional, pasividad, prevalencia

Introduction

« Je voulais juste dormir, ne plus penser à rien »...
« c'était pour que tout s'arrête, pour ne plus souffrir, pour

tout oublier »... Voici ce que nous disent bien souvent des femmes, de tous âges, dans l'après-coup d'une tentative de suicide médicamenteuse, lorsqu'on les questionne sur l'intentionnalité de leur geste... Si la mort n'est pas toujours évoquée ni fantasmée dans ces passages à l'acte fréquents, et s'ils n'ont souvent que peu de conséquences médicales, ces agirs pour autant interrogent : que recherchent ces

Correspondance : C. Hamm
<cechamm@orange.fr>

femmes en se retirant ainsi d'un présent devenu insupportable ? Quel objet oral tentent-elles d'incorporer – et ce, pour attaquer ou protéger quel objet interne ? En se laissant ainsi glisser dans ce sommeil qui flirte avec la mort, seraient-elles en quête d'un retour nostalgique à une position régressive, à une passivité protectrice, aconflictuelle ?

La clinique actuelle relève l'importance des conduites auto-agressives chez les jeunes filles et jeunes femmes : scarifications, tentatives de suicide. De nombreuses études [1] témoignent d'une prévalence féminine de ces conduites : environ 200 000 tentatives de suicide par an en France, soit 20 fois plus que les suicides (majoritairement masculins : 75 %), celles-ci étant surtout le fait des jeunes filles entre 15 et 20 ans, et dans une moindre mesure des femmes entre 40 et 50 ans. Quant aux automutilations ou scarifications, elles sont devenues fréquentes chez les adolescents, surtout chez les jeunes filles, – au risque de devenir banalisées –, constituant un « symptôme sous influence » (Corcos) [2], à l'articulation du social, du biologique, du culturel et de la psychopathologie. Pour autant, le clinicien ne peut que s'interroger devant ces problématiques « à vif », où se mêlent contenus prégénitaux, primaires, et éléments œdipiens, plus génitaux, et qui semblent situées aux frontières du masochisme et du risque mélancolique.

Cette prévalence féminine nous amène à articuler ces problématiques avec la question du féminin et du trajet de féminisation, et de ses échecs : quelle a été l'élaboration de la passivité comme fondement du féminin chez ces femmes ? Elles nous semblent en effet dans la difficulté d'articuler passivité-activité. Notre hypothèse est celle d'un refus du féminin, qui, à l'instar de l'hystérie du temps des découvertes freudiennes, se traduirait aujourd'hui par une forme de destructivité, d'attaque contre soi, impliquant toujours le corps... Nous verrons que la répétition de scénarios mortifères, dans les biographies de ces patientes, fait souvent écho à une histoire familiale marquée par la violence, des ruptures, des abus sexuels. Cette dimension traumatique, révélée bien souvent lors de l'avènement pubertaire avec toute son émergence pulsionnelle, entrave la construction du féminin génital, en particulier parce qu'elle met à mal la destructivité et l'appropriation du féminin dans la haine : ces jeunes filles ou femmes demeureraient ainsi aux prises avec la « passivation » propre au traumatisme, compromettant l'accès à une féminité pleinement vécue et assumée.

Féminin, passivité et traumatisme

Le lien entre le traumatisme et le féminin est ancien puisque S. Freud articule très tôt la question du traumatisme avec la psychopathologie de ses patientes. Ces questions courent tout au long de son œuvre et M. Schnheider [3] en fait même un « paradigme » du féminin dans la pensée freudienne. À partir de *Un enfant est battu* [4], Freud a tiré des développements fondamentaux concernant la sexualité féminine, avec, en particulier, la question de la passivité et du masochisme, propres à la position féminine, sous-

tendue par la crainte prégnante de perdre l'objet d'amour. Il s'interroge sur la place du féminin dans les processus inconscients et enfin sur un « roc du féminin » sur lequel buterait la cure psychanalytique [5, 6]. Depuis ces premiers jalons freudiens, plus ou moins contestés, la passivité et le masochisme demeurent au cœur des travaux concernant l'accès au féminin et à la féminité.

La construction psychosexuelle du sujet implique d'intégrer, sur la base de la bisexualité psychique, la différence des sexes. Pour le sujet féminin, ce « trajet de féminisation » [7] relève d'enjeux spécifiques, sur lesquels nous reviendrons.

Un certain nombre de travaux après Freud postulent l'existence d'un féminin primaire : lui-même évoquait la mère comme « la première séductrice » du bébé, à travers ses soins corporels, qui vont éveiller l'érogénité du corps sexué de l'enfant, socle des futurs autoérotismes. L'enfant est donc pris dans cette séduction adulte, constitutive de la féminité précoce (J. André) [8] : c'est un « bébé séduit, passivé, orificiel ». Il subit la poussée pulsionnelle et les soins maternels, qui ne doivent pas être trop séducteurs, empiétants. La mère doit contribuer à faire de cette passivité primaire subie, potentiellement traumatique, une passivité acceptée, intégrée, source de la subjectivation. J. Laplanche [9] a développé sa théorie de la séduction généralisée, relative à l'asymétrie de la « situation anthropologique fondamentale » entre un adulte déjà doté d'un inconscient sexuel, et un petit enfant qui n'en a pas encore un. Issue du fantasme sexuel inconscient de l'adulte, qui, dans les soins prodigués à l'enfant, compromet les messages verbaux et non verbaux qu'il lui adresse, cette séduction constituera le refoulement, l'inconscient sexuel et le moi.

Le féminin renvoie donc pour les deux sexes à la position de détresse fondamentale de *l'infans*, à l'« *Hilflosigkeit* » décrit par Freud, état de passivité première. Ce « féminin » originel est évoqué également par M. Klein [10] avec la « position féminine » précoce, et par D.W. Winnicott [11], avec le « féminin pur », qui renvoie à une sorte d'identification basale au sein, socle du sentiment d'existence – où l'enfant est le sein, avant de le rencontrer en tant qu'objet. Cette position passive du féminin des origines, serait ainsi le précurseur de la « réceptivité active » dont parle C. Parat (1964) [12], de même qu'elle aboutirait au développement ultérieur, plus génital, de « la soumission, l'abandon à l'amant de jouissance » évoqué par J. Schaeffer (1997) [13]. Ce féminin primaire, source de la vie pulsionnelle, C. Chabert (2003) [14] l'évoque ainsi :

« Dans son creux, le féminin abrite et condense les représentations de l'enfant, de l'enfance et de l'infantile, sans doute par l'attraction d'images de passivité, d'impuissance et de désarmement, ou encore par un infléchissement probable vers la pénétration ou l'intrusion ».

Ce lien primaire fondamental poinçonne l'organisation œdipienne de la petite fille. Celle-ci aura ensuite à effectuer un double déplacement libidinal en renonçant à la mère phallique de l'enfance : changement d'objet d'amour au profit du père, changement de zone érogène. Ce renoncement

s'inscrit dans une hostilité envers la mère et le détachement de la fille est vécu comme une déception amoureuse formant le creuset d'une perte indéfinissable d'un noyau mélancolique. Freud a souligné l'importance capitale que détient la phase précœdipienne dans la vie psychique de la femme, cette phase pouvant faire l'objet d'une fixation parfois « tenace » précise-t-il, et masquée derrière le complexe d'Œdipe. Dans des travaux plus récents, cette particularité du lien mère-fille, pris entre mêmeté et rivalité, a pu être développée, notamment par J. Godfrind [15] qui décrit « la spécificité de cette organisation narcissique au féminin » : l'identité du bébé fille à sa mère l'inscrit dans une « proximité amoureuse optimale », mais « sa qualité de rivale potentielle la voue à une distanciation précoce, qualité particulière du vécu d'amour (et de haine), inscrite dans les fantasmes inconscients qui alimentent l'investissement de la mère pour son bébé fille ».

L'adolescence viendra ensuite révéler le féminin intérieur, invisible et inquiétant, et l'accès à la génitalité supposera « une longue intégration [...] hautement conflictualisée des forces d'amour et de haine issues des conflits infantiles » [7]. Cette étape nécessite un travail de la haine, et une reprise du deuil originaire. Le père peut instaurer une séparation salvatrice par rapport à cette proximité mère-fille chargée d'ambivalence, potentiellement mortifère, mais il a toute son importance également par le regard qu'il peut porter sur la féminité de sa fille, et par sa propre acceptation du féminin en lui (l'accès au féminin chez l'homme conditionnant les capacités de sublimation, son échec conduisant à des processus psychopathologiques, P. Attigui [16]).

Ainsi, si l'attaque sadique envers l'objet maternel, mobilisée lors de la puberté, n'a pas endommagé l'assise narcissique du sujet, et si les objets parentaux survivent tout en garantissant l'interdit de l'inceste, alors l'autonomisation et la conquête génitale pourront se réaliser.

Sinon, « *le corps pubère féminin sera pris en haine lorsque s'y dénonce une intériorité qui, pour ne pas retrouver sa double formulation originaire ou œdipienne, ne peut s'y inscrire dans une filiation narcissique et symbolique, et se réduit (...) à l'expression d'une émergence pulsionnelle traumatique* » [7].

La clinique des attaques corporelles : quelques éléments

Les attaques corporelles constituent pour M. Corcos [17] une nouvelle modalité d'expression, d'externalisation, de « corporéisation » du psychique (au sens de mise en acte sur le corps). Dans le contexte adolescent, elles permettraient au sujet, d'une part, de revivre symboliquement et, d'autre part, de maîtriser activement l'événement traumatique qu'a été l'abus corporel (violence, maltraitance) ou l'empiètement prégénital ou primaire. À la différence du vécu passif de la situation traumatique initiale, le sujet est maintenant lui-même l'auteur de l'effraction corporelle. Plusieurs travaux récents articulent plus précisément auto-

mutilations et féminité : Constituant les « vicissitudes d'un masochisme bien mal tempéré », ces attaques relèveraient « dans l'après-coup, la dimension traumatique du féminin et de son intégration ». En mobilisant les pulsions partielles scopiques, de cruauté et d'emprise de manière transitoire, les scarifications pourraient constituer une étape vers l'intégration du primat du génital, dans les meilleurs des cas (M. de Luca) [18, 19].

Face au « conflit de passivité » spécifique à la fille (C. Matha) [20, 21] lié au conflit entre identification primaire narcissique et identification féminine secondaire, œdipienne, les attaques corporelles permettraient une tentative de « travail de figuration » utilisant l'objet-corps, par un surinvestissement de l'enveloppe corporelle, délimitant ainsi les espaces interne et externe : « il faut pouvoir s'affranchir des obligations contractuelles mutuelles, déchirer l'hymen commun à la mère et à la fille » [22].

F. Dargent [23] de son côté, voit dans ces agirs un « stigmate d'une incertaine construction de l'identité sexuelle », témoignant d'un contre-investissement de l'excitation sexuelle mobilisée par la puberté, et jouant en quelque sorte, un rôle de « pare-inceste », de protection vis-à-vis des désirs et des parents œdipiens.

Quant aux tentatives de suicide des jeunes filles, le plus souvent par ingestion de médicaments, elles viseraient, c'est là une hypothèse, à attaquer le dedans, comme si les représailles redoutées de la part de l'objet étaient, ici, infligées par retournement de l'agressivité contre soi. Tout en attaquant l'intérieur maternel, à travers son propre corps, l'adolescente tenterait de s'épargner l'angoisse de perdre l'amour de l'objet (D. Bonnichon) [24].

Quand le transgénérationnel s'en mêle...

Il ne faut pas oublier « l'héritage archaïque » du sujet, c'est-à-dire les traces mnésiques des expériences vécues par les générations précédentes, en particulier dans la lignée entre mère et fille. Des « objets transgénérationnels » (A. Eiguer 1987) [25, 26] peuvent ainsi avoir des effets sur cette construction psychosexuelle ; ces objets « se réfèrent à un ancêtre [...] qui suscite des fantasmes et des affects, qui provoque des identifications » : Isabelle, 22 ans est hospitalisée après une tentative de suicide par phlébotomie. Triste et grave, elle paraît accablée par une culpabilité massive, confinant presque à une culpabilité d'exister – elle dit d'ailleurs fréquemment qu'elle « ne mérite pas de vivre ». Très inhibée, elle a recours aux scarifications depuis l'âge de 11 ans, « pour se punir », et atténuer sa souffrance. Celles-ci concernent différentes zones corporelles, y compris les parties génitales. En panne dans son autonomisation, Isabelle se compare à un fantôme qui, « s'il se met à bouger, risque de tout détruire »... Lors des entretiens, elle se dit obsédée par la question d'avoir subi un abus sexuel étant petite. Rien ne semble pouvoir apaiser ce questionnement. Or les entretiens révéleront des éléments traumatiques dans l'histoire familiale, puisqu'il

y a eu un viol des deux côtés de sa filiation : inceste pour sa grand-mère maternelle et viol à l'adolescence pour son père. Ces secrets de famille ont été révélés tardivement lors de l'adolescence d'Isabelle. Elle se serait trouvée particulièrement menacée par la résurgence de la scène primitive et du risque de réalisation incestueuse, remobilisée par le pubertaire. C'est après plusieurs mois d'hospitalisation, émaillés de nombreux passages à l'acte auto-agressifs, que la jeune femme pourra se dépendre progressivement de ces agirs et de ces identifications aliénantes, en se différenciant peu à peu des imagos parentales ; elle parviendra à se dégager de la dépression paternelle, qu'elle semblait avoir portée jusqu'alors, reprenant ainsi sa place dans la différence des sexes et des générations. Elle occupera peu à peu ses journées à écrire, et à prendre des photos du parc de l'hôpital – montrant ainsi une relance des activités auto-érotiques de la pensée, et d'un processus de sublimation. C'est peut-être en mobilisant inconsciemment l'intervention scopique d'un tiers – l'équipe soignante ainsi « passivée » à son tour par ces agirs –, qu'a pu se déployer sur la scène groupale, institutionnelle – et non plus seulement corporelle –, ce qui peinait à s'inscrire et se jouer suffisamment sur la scène psychique.

Isabelle nous semblait donc dans un conflit face à la passivité, celle-ci constituant peut-être du fait de l'histoire familiale, une position subie, liée à la violence, une position traumatique de victime « passivée ». F. Couchard [27] évoque une « emprise maternelle », décrivant chez certaines femmes, une relation d'emprise traumatique, inscrite autour d'un fantasme d'une scène primitive sauvage, se répétant de génération en génération. La jeune femme se sentirait redevable d'une dette, ne pouvant se différencier de ce modèle féminin (par loyauté familiale), « vivant dans l'illusion que la participation active à la souffrance des mères des générations antérieures est le principal lien identificatoire à la lignée féminine ». Face à cette scène primitive traumatique, Isabelle serait ainsi identifiée à la fois à l'objet souffrant, poussant au masochisme moral (la femme « fécalisée », et peut-être aussi le féminin du père abusé) et à l'objet tyran, auteur des sévices sexuels et des attaques mortifères, ce qu'elle rejouerait en s'automutilant... On peut faire également l'hypothèse de l'incorporation d'un objet transgénérationnel incestueux ; ses scarifications constitueraient une inscription de ces objets non symbolisés. L'attaque corporelle viserait alors à « désincorporer » un objet violent qui a empiété sur le sujet, comme la reprise d'un territoire personnel... L'incorporation, définie comme le « processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps » [28] constitue « le prototype corporel de l'introjection et de l'identification ». Elle viendrait compromettre le mouvement d'attaque de l'objet maternel, lié à la destructivité adolescente, et à l'appropriation du féminin dans la haine.

Alors on peut s'interroger sur le processus sous-jacent : incorporation ou identification ? Sans doute que, pour beaucoup de ces jeunes filles, les attaques corporelles relèvent-elles de processus se déclinant depuis l'incorporation (dans son lien avec le deuil et la mélancolie)

et jusqu'à l'identification hystérique. C. Chabert [14] propose de rendre compte d'une « version mélancolique des fantasmes de séduction » ou, plus précisément, d'une sorte de destin mélancolique des fantasmes incestueux de séduction active. À l'inverse du fantasme œdipien hystérique de séduction par le père, la passivité serait selon elle, retournée en activité avec une auto-accusation incestueuse. Lié au masochisme moral, ce « mouvement mélancolique » consisterait en un retournement contre soi de l'hostilité vis-à-vis de la mère et se manifesterait dans des tableaux cliniques empreints de négativité, à travers des conduites expiatriques, autopunitives fréquentes chez les jeunes filles. Or, dans des situations précoces de désinvestissement maternel brutal, l'identification narcissique est massive, et liée à la mère morte. Le lien avec le fond mélancolique se situe dans ce point de fondement de l'identification :

« Toute identification s'inscrit à l'origine dans cette " mal-différenciation " [...] liée à la configuration mère-enfant ; [...] C'est ce féminin-là qui est à l'œuvre dans le féminin mélancolique et se caractérise par un mode de traitement singulier de la sexualité, et plus particulièrement des fantasmes originaires [...]. De façon concomitante, il se caractérise également par un mode de traitement singulier de la perte d'objet, par un recours à une opération d'identification à l'objet déceptif, l'objet abandonné plus que perdu ». [14].

Ainsi, certaines configurations cliniques relèveraient plutôt d'une régression de l'identification narcissique vers l'incorporation et la mélancolie, dont Green [29] rappelait qu'elle est « une forme extrême mais non exclusive de l'identification narcissique », – et ce, sur la base d'un traumatisme précoce dans la rencontre avec l'objet maternel.

La question de la passivation

Gabrielle, jeune femme de 26 ans, hospitalisée pour des idées suicidaires et des scarifications, présente une grande douleur morale, mêlée à un discours d'emblée extrêmement sexualisé : tout est pour elle source de son « dégoût sexuel » : les femmes enceintes la « dégoûtent », dit-elle, car elles lui renvoient de façon manifeste qu'elles ont eu des relations sexuelles. De même est-elle « dégoûtée » lorsqu'elle aperçoit un couple amoureux dans la rue, tant il lui semble que la sexualité vient avilir leurs sentiments... À l'orée de sa vie d'adulte, elle ne semble pouvoir relier mouvement tendre et mouvement érotique, tout comme elle ne parvient pas à articuler maternel et génital, maternel et féminin. Dans l'unité de soin, Gabrielle se présente vêtue de robes rouges, de grands escarpins, choisis avec goût : cette présentation vestimentaire, qui contraste avec son discours centré sur le dégoût sexuel et la peur des hommes, interroge l'équipe soignante : Viendrait-elle au fond, questionner voire incarner, sous le regard de l'autre, l'énigme-même du féminin : « C'est quoi être une femme ? ». Gabrielle dit avoir manqué cruellement d'amour : entre un père violent et une mère soumise et peu affectueuse, elle semble n'avoir pu vivre

suffisamment de plaisir partagé dans le lien à l'autre, et déplore fréquemment son besoin d'affection et sa dépendance affective envers ses amies, des femmes plus âgées le plus souvent, montrant ainsi une faille de la relation homosexuelle primaire et secondaire avec l'objet maternel – objet auquel elle semble ne pouvoir s'identifier. L'écoute de sa biographie m'évoque par ailleurs un véritable parcours « vicimaire » : Elle a en effet subi de nombreux traumatismes, et la violence, la maltraitance semblent présentes tout au long de son existence. Les scènes rapportées témoignent toute d'une « passivation » du sujet qui semble se répéter tragiquement : père violent, qui « explosait » brutalement et menaçait de « tous (les) planter avec la voiture » ; abus sexuels à plusieurs reprises dans son enfance de la part d'un voisin, harcèlement scolaire au collège... Même les premiers souvenirs de petite enfance sont teintés de violence : Gabrielle évoque une scène à l'école maternelle, où, au moment de la sieste, elle dit avoir été « étouffée » par ses camarades, qui l'écrasaient avec un oreiller et l'empêchaient de se lever. Lors du même entretien, elle constatera qu'elle-même « étouffe » ses amies, par sa quête affective avide... Or à l'inverse des scènes évoquées, Gabrielle fait de nombreux rêves où elle peut être active, y compris sexuellement : elle y fait des propositions sexuelles à plusieurs hommes, à la vue de tous, ce qui la trouble beaucoup. Même si de nombreux cauchemars persistent par ailleurs, cela témoigne d'un processus de métabolisation à l'œuvre, et d'un retournement passif-actif ; ces rêves seront nombreux durant l'hospitalisation tandis que s'amendent les attaques corporelles. Elle relate ainsi un cauchemar particulièrement troublant : elle est accroupie, et voit son bassin « mal formé » ; son bas-ventre est « anormal », dit-elle, car au lieu du pubis, il y a « un trou », et « elle voit l'herbe à travers »... Cela lui évoque son rapport à son corps, qu'elle n'arrive pas à ressentir comme « son corps à elle », unifié. Si l'on peut faire l'hypothèse d'une faille dans la constitution du stade du miroir, nous retiendrons surtout ici le sexuel traumatique et la répétition des situations de passivation, mais aussi l'amorce d'un processus de symbolisation, qui permettra peut-être l'intégration d'une position passive. À la fin de son hospitalisation, Gabrielle évoquera à plusieurs reprises une chanteuse, image bien-aimée de ses années d'adolescence : à travers cette image féminine investie dans le plaisir cette fois-ci, et qui est aussi une figure transférentielle bien sûr, la jeune femme nous a semblé convoquer un autre support identificatoire possible, amorce peut-être d'une féminité « assumée », dégagée de la passivation traumatique... Elle m'évoque ainsi la « féminité clandestine » que P. Attigui [30, 31] décrit au sujet de certaines femmes :

« Derrière (laquelle) se dissimulerait toujours un amour œdipien contrarié par le manque d'assise de la période masculine dans le développement de la fille, antérieur à la phase œdipienne, et par l'énigme des messages compromis émanant du sexuel parental, plus particulièrement ici celui de la mère ».

L'issue dans la cure et par le transfert, permettant peu à peu à ces patientes :

« La remise en mouvement d'une libido établie sur la base d'un vrai self, dont la féminité assumée, façonnée à l'image d'un corps bien vivant, [pourra] se vivre hors de la clandestinité où celle-ci s'était abîmée de trop nombreuses années, donnant ainsi à la part d'amour homosexuel pour la mère la possibilité de cohabiter avec un amour pour le père ».

Le concept de « passivation » nous paraît primordial pour penser ces problématiques ; A. Green [29, 32] a proposé ce terme, qui, s'il ne le trouvait « pas très élégant », lui semblait toutefois illustrer simplement : « l'idée de forcer quelqu'un à être passif »... Au-delà de la passivité telle que l'a pensée Freud comme simple modalité de la libido, Green interroge celle-ci dans son rapport à l'appareil psychique, et précise que, si la passivité est liée au plaisir, la dépendance sur le versant pulsionnel sera vécue avec plaisir – la passivité étant ainsi libidinale. Mais si, au contraire, la passivité est vécue dans la détresse, (liée à l'*Hifflösigkeit*), alors la passivation, sera vécue comme un « état d'impuissance sans recours », ou sur le mode d'une excitation désorganisée. Le moi, encore peu établi, ne peut recourir à la réalisation hallucinatoire du désir en l'absence de l'objet dont il dépend, mais qu'il ne peut représenter, et se trouve alors « doublement passif par rapport à la pulsion et à l'objet ». Green distingue donc « passivité-détresse » et « passivité-jouissance » [29]. La première constituerait historiquement une sorte de première phase de la passivité, qui renverrait au vécu de détresse primaire ; la passivation étant l'échec de l'élaboration de cette passivité première, qu'il associe à la mère morte et à l'idée d'une perte insurmontable, et empêche que s'établisse surtout « le sentiment de soi comme source du plaisir de la mère ». Tout l'enjeu est pour Green, « le passage de la passivation à la passivité », passage que le travail thérapeutique aura pour tâche de remobiliser.

Cela pose du coup la question du côté du soin, des soignants : comment ceux-ci doivent pouvoir eux-mêmes accéder à ce double mouvement activité-passivité, et relancer les processus psychiques, pour éviter que l'expérience de soin ne constitue le risque d'une nouvelle passivation du sujet...

Pour conclure

En difficulté pour accéder à une position féminine passive, Isabelle et Gabrielle manifestent une haine de leur corps, un refus du féminin. L'impasse du pubertaire chez elles a peut-être compromis le mouvement d'attaque et de différenciation à l'égard de l'objet maternel. Ces patientes peinent à se dégager d'une trajectoire féminine en souffrance, où les traumatismes secondaires viennent se déployer sur le fond de traumatismes probablement plus précoces : dans leur histoire, sans doute par un excès de sexuel maternel, d'excitations primaires, par effraction traumatique, ou au contraire par défaut de représentation, d'investissement précoce, d'identifications mutuelles, le lien entre mère et fille a pu se faire aliéné et le jeu complexe des identifications être entravé ; la destructivité peinant à se frayer

un chemin vers l'élaboration psychique, elles semblaient ainsi contraintes à retourner les mouvements pulsionnels et l'attaque destructrice contre soi.

Nous pourrions évoquer encore d'autres femmes, plus âgées, qui, au décours de la maternité, de deuils douloureux, lors de remaniements internes plus tardifs, vont manifester un refus du féminin, s'inscrivant sur la scène corporelle – lieu privilégié des avatars de la psychosexualité –, et mêlant toujours le sexuel et la question de la perte.

L'une des caractéristiques du traumatisme est, nous venons de le voir, qu'il tend à se répéter : il s'agit d'être actif là où l'on a été passif, pour tenter de subjectiver des expériences psychiques effractantes et désorganisatrices. . . Pour les femmes évoquées ici, cette compulsion de répétition, mêlant Éros et Thanatos, serait aussi une lutte pour se préserver d'une nouvelle passivation induite par l'objet, ou pour conjurer une possible rétorsion de celui-ci. Cela peut dans le meilleur des cas, ouvrir la voie à une position passive plus intégrée, libidinale... Cette position passive caractéristique du féminin, présente un caractère fragile, ténu, et nous avons vu à travers ces brèves vignettes cliniques combien elle est remobilisée à l'adolescence, mais pas seulement. . . Elle nécessite pour s'intégrer psychiquement qu'il y ait eu suffisamment de jeu entre activité et passivité dans les expériences du sujet...

Notre écoute clinique mais aussi nos expériences de vie, nous montrent qu'elle n'est jamais acquise une fois pour toute : d'où l'idée du féminin comme processus, toujours en mouvement, dans le devenir des sujets, hommes ou femmes.

On pourrait évoquer alors un *travail du féminin*, pour les deux sexes, et poser plus largement la question de l'articulation de cette construction individuelle avec le groupe, le social et imaginer ainsi un *travail du féminin* dans la société et la culture elle-même. . .

Liens d'intérêts les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. *Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives*. 2^e rapport de l'Observatoire national du suicide. France, février 2016. drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prévenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives.

2. Corcos M, Richard B. « L'émotion mutilée : approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence ». In : *La psychiatrie de l'enfant* (PUF, Paris) 2006 ; 49 : 459-76.
3. Schneider M. *Le paradigme féminin*. Paris : Flammarion, 2006.
4. Freud S. On bat un enfant. Contributions à l'étude de la genèse des perversions sexuelles. Névrose, Psychose et Perversion. Paris : Puf (1919), 1973. *Revue française de psychanalyse* 1933 : 274-97.
5. Freud S. « Sur la sexualité féminine ». In : *La vie sexuelle*. Paris : PUF (1932), 1969.
6. Freud S. « La féminité ». In : *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1989.
7. Ternynck C. *L'épreuve du féminin à l'adolescence*. Paris : Dunod, 2000.
8. Andre J. *La sexualité féminine*. Paris : PUF, 1994.
9. Laplanche J. *Sexual, la sexualité élargie au sens freudien*. Paris : PUF, « Quadrige », 2007.
10. Klein M. *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, (1968), 1998.
11. Winnicott D. La Créativité et ses origines. Clivage des éléments masculins et féminins chez l'homme et chez la femme. *Jeu et Réalité*. Paris : Gallimard 1975, 91-119.
12. Parat C. Le changement d'objet. *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine*. Janine Chasseguet Smirgel. Paris : Payot, 1964.
13. Schaeffer J. *Le refus du féminin*. Paris : PUF, 1997.
14. Chabert C. *Féminin mélancolique*. Paris : PUF, 2003.
15. Godfrind J. *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris : PUF, 2001.
16. Attigui P. Odor di femina/Horreur du féminin. Remarques sur le processus de sublimation. *L'Évolution Psychiatrique* 2011 ; 76 : 117-29.
17. Gicquel L, Corcos M. *Les automutilations à l'adolescence*. Paris : Dunod, 2011.
18. De Luca M. Les scarifications comme après-coup du féminin. Les vicissitudes d'un masochisme bien mal tempéré. *Évolution Psychiatrique* 2011 ; 76 : 75-95.
19. De Luca M. Les scarifications à l'adolescence : toute honte vue. *Champ Psy* 2012 ; 62 : 75-88.
20. Matha C. Le sang amer de la déchirure. *Psychologie clinique et projective* 2006 ; 2 : 155-89.
21. Matha C. De l'inscription à la représentation. Les scarifications à l'adolescence comme recherche de symbolisation. *La psychiatrie de l'enfant* 2010 ; 53 : 255-83.
22. Anzieu A. *La femme sans qualité*. Paris : Dunod, 1997.
23. Dargent F, Matha C. *Blessures de l'adolescence*. Paris : PUF, 2011.
24. Bonnichon D. La tentative de suicide déclinée au féminin. *Évolution psychiatrique* 2011 ; 76 : 97-108.
25. Eiguer A. L'identification à l'objet transgénérationnel. *Journal de Psychanalyse de l'enfant* 1991 ; 10 : 93-109.
26. Eiguer A. *La parenté fantasmatique*. Paris : Dunod, 1987.
27. Couchard F. *Emprise et violences maternelles*. Paris : Dunod, 1991.
28. Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de Psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.
29. Green A. Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse* 1999 ; 63 : 1587-600.
30. Attigui P. Féminité clandestine. Variations contre-transférentielles et homosexualité. *Revue Française de Psychanalyse* 2003 ; LXVII : 129-53.
31. Attigui P. Quand l'intime est tabou. *Le divan familial* 2003 ; 11 : 151-67.
32. Green A. La mère morte. In : *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Les Éditions de Minuit, 1983, pp 222-53.