

# Corps d'outrance. Souffrance de la maladie grave à l'hôpital

« Comment sort-on de la maladie grave ? »

La maladie grave, pour tout sujet qui en est atteint, constitue une double menace. L'une physiologique, de part son caractère potentiellement mortel, menace cependant écartée si les traitements médicaux permettent la guérison. L'autre menace est d'ordre identitaire. Elle court depuis l'annonce diagnostique jusque bien au-delà de la guérison, puisqu'elle se traduit par le sentiment de ne plus pouvoir continuer à être ce que l'on était avant, largement intriqué à celui de ne plus avoir le corps que l'on possédait. Avant ? Avant que la grammaire médicale ainsi que les effets des traitements et des hospitalisations, n'aient opéré leur œuvre de déconstruction de l'unité somato-psychique, unité indispensable pour que le corps existe psychiquement et précieuse pour échapper aux effets de vacillements jusqu'à la déperson-nalisation quand il devient trop étranger ou persécuteur.

C'est donc parce qu'elle altère d'abord très profondément le corps, vecteur et porteur des rapports que tout sujet humain entretient avec lui-même et avec le monde, que l'expérience de la maladie grave opère une rupture dans le sentiment de continuité d'existence et l'unité narcissique, aux fondements de l'identité même. Face à une telle catastrophe narcissique, il est bien légitime alors de pouvoir se demander « comment sort-on de la maladie grave ? », première phrase de conclusion de l'ouvrage *Corps d'outrance, souffrance de la maladie grave à l'hôpital* de K.L. Schwering au terme d'une riche réflexion. Car envisager les conditions qui permettraient d'en sortir reviendrait à entendre ce à quoi est confronté psychiquement le sujet qui en est atteint, à « (...) étudier les conditions de la reconstruction narcissique qu'exige toute maladie grave » comme l'indique l'auteur dans l'introduction.

Pour ce faire, il tire tout d'abord un premier fil rouge, en pariant sur la réactualisation du processus d'identification narcissique qui pourrait constituer un rempart fondamental contre les risques encourus par l'état de maladie : douleurs et défigurations, soudaine saillance de zones corporelles et organiques jusque-là ou d'ordinaire oubliées dans le fameux silence des organes caractérisant l'état de santé, désorganisation des processus d'appropriation psychique du corps et de sa cartographie érogène qui met à mal ses représentations. K.L. Schwering éprouve son hypothèse en analysant de près le texte du philosophe J.-L. Nancy, *L'Intrus*, dans lequel il repère les étapes de ce travail passant selon lui par l'identification narcissique, l'identification hystérique primaire (M. Fain et D. Braunschweig) puis l'identification symbolique. Seule cette dernière garantit l'inscription d'une identité solide, même si celle-ci n'est jamais définitivement acquise.

Le deuxième fil rouge proposé fait appel à la notion de subversion libidinale empruntée à C. Dejours, et opérateur théorique permettant de comprendre l'incessant travail de transformation qu'opère la vie psychique pour que le corps échappe à un ancrage strictement organique et instinctuel, et seule condition pour qu'il acquiert un investissement, et donc une existence, psychique en intriquant l'érogène à l'organique par le biais des processus d'étayage. Or la maladie grave favorise leur désintrication, menaçant la vie pulsionnelle du sujet qui en est atteint. Le retour d'un tel sur-fonctionnement biologique – qu'est-ce qu'un cancer sinon un affolement cellulaire ? – que K.L. Schwering nomme la dictature du somatique, est déjà en soi désorganisateur, mais il est ici accru par le discours et les pratiques médicales qui en augmentent le caractère illisible et insensé. Tout particulièrement lorsque le sujet malade est livré corps et âme aux messages énigmatiques de l'agir médical.

Le corps médicalisé engendre des éprouvés si massifs et inédits pour le patient qu'un travail d'élabo-

ration psychique est crucial, au risque de projeter le patient dans une impasse, un fonctionnement hyponcondriaque pathologique non transitoire.

K.L. Schwering tente de rendre compte de la nécessité dans laquelle se trouve la psyché de former une proto-représentation, ce processus originaire qui préfigure l'activité de penser et donc l'activité de symbolisation, des états du corps en lien avec les premiers objets. Pictogramme et signifiants formels de P. Aulagnier et D. Anzieu, auxquels il fait appel et qu'il repère avec finesse dans le récit de la philosophe C. Marin, *Hors de moi*, lui permettent de comparer cette expérience à la situation de détresse originaire des débuts de la vie. Notions d'ordinaire destinées à la construction du corps érogène psychique, participant de la mise en forme des éprouvés sensoriels et des affects liés à un événement particulier, l'auteur fait ici le pari qu'elles constituent des balises innovantes et précieuses pour tout clinicien en situation d'accompagner le travail de maladie d'un patient dont l'issue présente de multiples écueils.

Le dernier chapitre explore justement les impasses de ce travail, que K.L. Schwering désigne par le terme de paradigme hyponcondriaque, qui surgit dès lors que la subversion libidinale n'advient pas, ou que l'affect unique de la douleur envahit l'espace sensoriel en favorisant un glissement de l'identification hystérique du corps propre vers son identification hyponcondriaque.

A bien relire Freud sur le sujet, on peut d'ailleurs faire le constat qu'une maladie organique qui se prolonge – c'est bien le cas de toute maladie grave – présente les mêmes caractéristiques que l'hypocondrie. L'étude détaillée de cette affection est ici rendue possible grâce à F. Perrier et surtout P. Fédida, qui en propose une théorisation clinique et métapsychologique riche d'enseignement. L'auteur précise que ce paradigme est lui-même institué par la médecine scientifique contemporaine, dont l'un des ingrédients principaux au cœur même de ses pratiques, est le refus de la mort. Il s'érige comme une ornière majeure du processus de guérison, d'autant plus si celle-ci n'est que partielle, comme en témoigne le terme elliptique de rémission utilisé en oncologie. « Guéri, oui mais... ». Bien qu'être guéri désigne un état éminemment recherché, il n'est pas rare de constater qu'un patient enfin sorti des traitements aigus, se désorganise psychique-ment sous une forme mélancolique ou dépressive.

De telles réactions n'en finissent pas de laisser l'entourage et aussi les soignants face à une énigme, pour laquelle tout à coup la puissance et l'efficacité de la médecine contemporaine n'offrent plus de réponses et en appellent au psychologue.

Ce livre, d'une rigueur et d'une solidité théorique nourries d'une approche clinique sensible, s'avère extrêmement roboratif pour tout clinicien travaillant à l'hôpital et qui se reconnaîtra dans les mouvements contre-transférentiels que suscitent ces patients, entre impuissance et ennui. Sa lecture permet de regagner du terrain sur l'écrasement réel et tangible dont souffre également le clinicien et représente, sans nul doute, un solide compagnon de route pour renforcer son propre appareil psychique, si malmené lui aussi par la maladie grave.