

LA RECONSTRUCTION DES IDENTIFICATIONS DANS LA MALADIE GRAVE

Karl-Leo Schwering

ERES | *Psychologie clinique et projective*

2014/1 - n° 20
pages 279 à 296

ISSN 1265-5449

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2014-1-page-279.htm>

Pour citer cet article :

Schwering Karl-Leo, « La reconstruction des identifications dans la maladie grave »,
Psychologie clinique et projective, 2014/1 n° 20, p. 279-296. DOI : 10.3917/pcp.020.0279

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La reconstruction des identifications dans la maladie grave

Karl-Leo Schwering

Une maladie grave peut confronter le sujet à des éprouvés corporels extrêmes, dans un contexte de médicalisation poussée. Dans ces conditions, comment rester soi-même, comment préserver le je alors que l'ailleurs du corps, et plus encore l'ailleurs du corps médicalisé fait vaciller les identifications du sujet au point de menacer son identité même ? Nous allons tenter de fournir un début de réponse à cette question. Un début de réponse seulement, car il ne peut être question d'aborder l'ensemble des facettes d'une problématique aussi vaste. Nous allons d'ailleurs nous limiter à l'exploration des manifestations les plus aiguës d'une maladie grave : celles que l'on rencontre le plus souvent au commencement, ou encore durant les premières hospitalisations, lorsque l'intensité des symptômes et l'impact traumatique sont tels que les mots et les représentations font défaut ; lorsque l'immédiateté du présent et l'envahissement des affects expulsent le sujet de son histoire ; lorsque les ancrages symboliques habituellement garantis par l'environnement familial, social et professionnel sont pulvérisés.

Nous allons également faire le pari qu'il est possible d'étudier ce temps des commencements sans préciser la nature de la maladie, c'est-à-dire sans d'emblée proposer un principe différentiel qui s'oriente en fonction des classifications diagnostiques médicales. Notre visée est en effet de dégager les éléments théoriques applicables à toute maladie grave, même si elles sont

Karl-Leo Schwering, docteur en psychologie, maître de conférences à l'université Paris Diderot, CRPMS (Centre de recherche psychanalyse, médecine et société) EA-3522, Sorbonne Paris Cité, Paris, France. Formateur au Centre Chapelle-aux-champs de l'Université catholique de Louvain, Belgique, karl-leo.schwering@paris7.jussieu.fr

par ailleurs infléchies par les singularités propres à chacune. Notre contribution se veut en effet théorique avant tout, car c'est sur ce plan que la recherche nous semble devoir être enrichie. Cela étant donné une littérature spécialisée où les concepts ne sont souvent qu'esquissés, en raison du privilège accordé aux descriptions cliniques¹. Mais que le lecteur se rassure : nous ne manquerons pas d'étayer notre propos sur deux récits cliniques autobiographiques. Récits à notre avis exemplaires, et aisément consultables puisque publiés. Bien que nous ayons fait le choix de nous référer ainsi à d'autres auteurs, il va sans dire que les propositions qui vont suivre trouvent leur origine dans notre propre pratique clinique auprès de patients hospitalisés, dont nous avons pu rendre compte ailleurs². Il est aussi à préciser que ces propositions s'inscrivent dans un projet plus global visant à étudier, au sein de notre laboratoire de recherche³, le processus de la construction identitaire chez des adolescents et jeunes adultes atteints de maladie grave.

LE RECOURS SALUTAIRE À L'IDENTIFICATION NARCISSIQUE

Commençons par l'hypothèse qui donnera la direction de notre exploration : l'identification narcissique pourrait être un rempart, sinon même le rempart fondamental contre les menaces de désintégration du moi pesant sur tout sujet exposé à une maladie grave d'une part, et aux vexations/privations occasionnées par le traitement médical, d'autre part.

Nous allons d'abord mettre cette hypothèse à l'épreuve de quelques apports théoriques autour de la notion d'identification narcissique. Il est d'emblée à préciser que cette notion reste d'un emploi incertain⁴, et qu'elle est par ailleurs nimbée d'une aura péjorative. Cela tient à ses conditions de naissance, à savoir de faire son entrée dans l'œuvre freudienne en tant qu'avatar pathologique de la mélancolie (Freud, 1915). Puisqu'il vient à faire défaut, l'objet y prédomine dans sa dimension négative, au point que Jean Laplanche parle de son introjection « sous sa seule forme mauvaise » (Laplanche, 1980, p. 326). Or, cette introjection signe l'entrée en action du

1. Voir par exemple Ruzsniewski (1999), Ben Soussan (2005).

2. Voir Schwering (1999, 2001, 2007).

3. CRPMS, équipe « psychanalyse et médecine », Université Paris 7 Denis Diderot.

4. Ainsi n'est-il certainement pas fortuit qu'elle soit absente du *Vocabulaire de la Psychanalyse* (Laplanche et Pontalis, 1967), autant que du plus récent *Dictionnaire international de la psychanalyse* (de Mijolla, dir., 2002).

processus de l'identification narcissique. Mais une identification narcissique pathologique puisque le moi se transforme selon le modèle de cette partie mauvaise, provoquant chez le mélancolique « un abaissement extraordinaire de son sentiment du moi, un prodigieux appauvrissement du moi » (Freud, 1913-1914, p. 266). Mais l'identification narcissique dont il s'agit ici, n'est-elle pas déjà une identification secondaire ? C'est ce que pense Jean Laplanche⁵, et c'est tout à fait logique puisque nous assistons à la formation non pas d'une identification primaire, mais bien à la formation d'une identification secondaire en réaction à la perte d'un objet insuffisamment possédé.

À y regarder de près, l'identification narcissique est pourtant aussi et avant tout l'opération même permettant au moi en formation de se constituer, c'est-à-dire de ne plus simplement être livré au diktat de l'objet ou aux exigences du ça. Et à ce titre, l'identification narcissique non pathologique est assimilable à une identification primaire. C'est ce qu'indique Jean Laplanche lors qu'il précise que « [...] à un stade primitif, identification et amour ne font qu'un. Et ce serait même la base des identifications secondaires que de se fonder sur ce premier type de relation à l'objet (qui est le type de relation caractéristique de l'oralité) » (Laplanche, 1980, p. 333). Autrement dit, la relation d'amour à l'objet se ferait sur le mode d'une identification narcissique en quelque sorte « primaire », qui donne naissance au moi. C'est ce que propose aussi Lina Balestriere dans la citation suivante : « Le narcissisme primaire consiste en une identification narcissique [...] l'identification narcissique est le processus de base, moteur de tout investissement, comme si tout investissement répondait avant tout à une "faim de moi", portait son eau au moulin de la constitution du moi » (Balestriere, 1998, p. 203). Retenons cette idée d'une « faim de moi » conduisant le sujet à se nourrir de l'objet, à se l'incorporer sans culpabilité aucune. Sorte de « joyeuse dévoration » où l'ambivalence n'est pas encore éprouvée puisque la destruction de l'objet l'est dans la méconnaissance de son « étrangeté ». Bien au contraire, le sujet consomme des objets immédiatement identifiés comme propres, et dès lors véritablement « appropriés » puisque légitimés par le narcissisme primaire. Ce faisant, comme le propose Jean Florence, « il faut se représenter le narcissisme comme une relation du moi à lui-même comme objet « cannibalisé » ; « lui-même » étant, identiquement, l'objet cannibalisé, approprié narcissiquement » (Florence, 1978, p. 149).

5. Voici le passage en question : « C'est donc une identification nouvelle, une identification secondaire, qui se crée dans le processus [...] », *op. cit.*, p. 323.

L'IDENTIFICATION NARCISSIQUE DANS *L'INTRUS*⁶

Cette identification narcissique non pathologique dont nous venons de préciser les contours, nous allons maintenant en repérer les manifestations dans un récit de maladie où elle nous semble omniprésente. *L'Intrus* est régulièrement cité dans des publications touchant au champ de l'anthropologie médicale, les auteurs s'y référant comme à un modèle du genre. C'est un court récit autobiographique qui relate une aventure de l'extrême. Jean-Luc Nancy, philosophe et universitaire français, y subit d'abord une transplantation du cœur, et doit ensuite affronter une leucémie quelques années plus tard. Une série de paradoxes sont convoqués par l'auteur au fil de son récit : le propre et l'impropre, l'intrus et l'intime, le moi et le non-moi. Enfin, les concepts autour de l'identité et de l'étrangeté sont pratiquement à toutes les pages. Pourtant, au cœur de cette épreuve des extrêmes, une subjectivité se maintient au-delà de ce qui est décrit comme une puissante et inéluctable entreprise d'aliénation.

Quelle est donc l'étonnante séduction exercée par ce texte si souvent encensé ? Il nous semble qu'elle tient à l'omniprésence à la fois rassurante et séductrice d'un sujet qui ne cesse de décliner son ipséité irréductible. Cela grâce à moult figures grammaticales et rhétoriques : « mon cœur ; que je le veuille ; moi-même ; au plus vif de "moi" ; passons sur moi-"même" (qui pourtant, je l'ai dit, se dédouble) » (Nancy, 2000, p. 18-20). Et la liste est encore longue.

L'étrange séduction exercée par le texte de Jean-Luc Nancy ne tiendrait-elle pas à la victoire de l'identification narcissique sur les pouvoirs aliénants de l'intrus ? Pour étayer cette hypothèse, nous allons analyser un passage où nous pensons pouvoir déceler la trace de l'identification narcissique à l'œuvre :

« D'un même mouvement, le "je" le plus absolument propre s'éloigne à une distance infinie (où passe-t-il ? En quel point fuyant d'où proférer encore que ceci serait mon corps ?) et s'enfonce dans une intimité plus profonde que toute intériorité (la niche inexpugnable d'où je dis "je", mais que je sais aussi béante qu'une poitrine ouverte sur un vide ou que le glissement dans l'inconscience morphinique de la douleur et de la peur mêlées dans l'abandon) [...] L'intrus m'expose excessivement. Il m'extrude, il m'exporte, il m'ex-

6. Jean-Luc Nancy, *L'Intrus*, Paris, Éditions Galilée, 2010. © Éditions Galilée 2000/2010.

propre. Je suis la maladie et la médecine, je suis les agents immunodépresseurs et leurs palliatifs, je suis les bouts de fil de fer qui tiennent mon sternum et je suis ce site d'injection cousu en permanence sous ma clavicule, tout comme j'étais déjà, d'ailleurs, ces vis dans ma hanche et cette plaque dans mon aine. Je deviens comme un androïde de science-fiction, ou bien un mort-vivant, comme le dit un jour mon dernier fils » (Nancy, *op. cit.*, p. 42-43).

Ce passage est hautement significatif à plus d'un titre. Nous conseillons d'ailleurs au lecteur de le relire au moins une fois. Cela lui facilitera la compréhension de notre analyse ! Il commence par l'exposé d'un « je » qui ne se dit plus qu'entre guillemets. Un « je » qui n'est plus in situ, et que l'intrus ne cesse d'extraire, d'expurger, d'« ex-siter ». Profitons de ce jeu de mot, car au cœur de cette expropriation si apparemment inéluctable, voilà qu'un « je » se rebiffe, s'emballe, s'excite même, au point de nous livrer une saisissante anaphore portant la signature de l'identification narcissique. Cinq fois « je suis... », suivi d'une série d'objets partiels tous étrangers, et pourtant immédiatement incorporés dans ce mouvement de « faim du moi » qui signe par excellence l'opération narcissique. L'intrus affame le moi et le pousse à cette opération salutaire où se produisent un retournement et un basculement. D'abord sur un mode maniaque – « je suis la médecine... » –, ensuite sur le mode plus réaliste d'une hystérisation à minima du corps et de ses parties (mon sternum, ma clavicule, ma hanche, mon aine), à nouveau investies par le je. Tout à coup donc, un je d'abord désespéré et soudain rebelle s'enflamme, et nous livre une tirade conquérante qui finit par le ressusciter.

En effet, ce n'est plus un je en lambeaux qui se présente là. Ce n'est pas non plus un je qui s'épuise dans une grandiloquence délirante, illusoire ou ridicule. Car bien sûr, l'identification narcissique à l'état pur ne peut se targuer de réalisme. Son régime est en effet celui de la démesure, son instance celle du moi idéal, et sa temporalité l'immédiateté du présent. Bref, un je bien fragile, pour ne pas dire débile. Or il est très vite évident que ce n'est pas à ce type de « je » que nous convie l'auteur. Le je qui s'incarne là, dans ces lignes, prend au contraire consistance, et nous convainc aussitôt de sa viabilité. Comment ce prodige se produit-il ? C'est ce que nous allons développer quelque peu, en analysant pas à pas ce qui se présente sur un mode très condensé dans les dernières lignes du passage cité.

Tout d'abord, il est à remarquer que l'anaphore du début glisse vers une variation qui la dissout. Cela se produit simplement par l'ajout du temps passé : « je suis » devient « j'étais ». Ainsi donc, l'immédiateté de

l'identification narcissique cède à une temporalité différenciée, bidimensionnelle, où le passé s'ajoute au présent. Auquel se joint bien vite le futur : « Je deviens... ». Comment mieux indiquer l'avènement d'une histoire, celle d'un je devenu sujet, car situé dans un passé et pouvant se projeter dans un avenir. Un sujet qui d'ailleurs prend forme, au sens où il s'identifie à, et est identifié par un rôle. Le rôle d'un père évoquant son fils : « [...] comme le dit un jour mon dernier fils. » Ainsi l'auteur n'est-il plus seulement sujet de son corps, mais il devient un sujet social. Il peut aussi habiter un espace familial. À cela s'ajoute, dans la suite du texte, un espace social où il s'entoure de ses pairs et de ses amis, et où l'auteur reprend son identité de penseur, de philosophe.

L'AVÈNEMENT NÉCESSAIRE DE L'IDENTIFICATION HYSTÉRIQUE

Mais nous n'en avons pas encore fini avec la citation précédente. Car il nous faut relever un autre glissement, à peine évoqué, qui signe le basculement de l'identification narcissique vers l'identification hystérique. Ce glissement est celui du pronom personnel « je suis » au pronom possessif : « mon sternum, ma clavicule, ma hanche, mon aine ». Pourquoi s'arrêter sur ce glissement, d'ailleurs à peine perceptible ?

Tentons une première réponse : ce glissement signifie le passage d'une relation d'être à une relation d'avoir. Il faut donc y voir à l'œuvre le passage d'un régime narcissique où prévaut la « libido du moi » à un régime hystérique où c'est la « libido d'objet » qui est concernée. Or ce passage n'est pas indifférent, car il actualise ce moment où l'appropriation du corps en ses parties distinctes se fait avec un indice de réalité dont l'identification narcissique n'était point capable. Cette dernière opère en effet largement sur le mode maniaque et totalisant d'une appropriation basée sur l'illusion. Cela est bien marqué par Donald W. Winnicott (1967) dans l'exemple du bébé qui se voit lui-même dans le regard de sa mère, cette dernière rendant cette illusion possible. Dans l'appropriation hystérique au contraire, cette illusion n'est plus possible, et la perception prend le pas sur l'aperception quasi délirante du narcissisme primaire. Or cette perception informe le sujet de l'existence de son corps et de ses parties, et le conduit à les identifier comme siennes. C'est ici que se justifie le recours à la notion d'identification hystérique. Mais il nous faut, dans ce contexte, retrouver le socle infantile de ce type d'identification en ses manifestations non pathologiques, et dès lors le dégager de son avatar névrotique mieux connu.

Ce socle infantile est celui de l'hystérie primaire, notion élaborée par Michel Fain et Denise Braunschweig (1975). Le modèle en est le petit d'homme confronté à l'excitation dans laquelle le laisse la mère s'absentant pour le père. Redevenant femme pour le père, son désir sexuel conscient pour ce dernier, autant que sa sexualité inconsciente, peuvent infiltrer son maniement du bébé dans le maternage. Tenailé par ce qui devient pour lui un signifiant ou « message énigmatique » (Laplanche, 1987, p. 125) sexuel de la mère, excité par son excitation, le bébé va à la fois s'identifier au corps de sa mère et au désir qui excite ce dernier. Voilà ce qui constitue le noyau d'une identification hystérique primaire⁷. Mais à quoi ressemble cette identification ? Nous allons en donner une interprétation personnelle, qui aura l'avantage de nous rapprocher de notre objet d'étude. Puisque sa mère va littéralement « voir ailleurs », toute « pénétrée » d'une excitation énigmatique qui anticipe déjà l'objet paternel vers lequel elle se porte, le bébé va s'identifier à cette posture maternelle. Il va faire comme elle, c'est-à-dire porter son excitation sur cet ailleurs que sont les parties de son corps, et il va se laisser « pénétrer » par les sensations que vont lui procurer leur maniement auto-érotique. Il va ainsi être séduit par son propre corps, tout comme la mère le sera par celui de son séducteur. Mais cette identification est d'emblée conflictuelle, puisque son point de départ est un éprouvé de déplaisir : celui de l'abandon et du désinvestissement maternels. Le petit d'homme ne cessera plus d'être travaillé par ce conflit, c'est-à-dire d'éprouver à la fois la haine de cette passivité imposée par la mère, source de déplaisir et d'angoisse, autant que l'amour de son activité maternante. Amour bientôt remplacé par l'activité auto-érotique qu'il va tenter de lui substituer. Nous retrouvons là en germe les deux pôles du conflit d'ambivalence. Mais il nous faut aussi pointer, sur un autre versant, ce que par analogie nous appellerons le « germe mélancolique » implanté par la mère étant donné l'abandon relatif dans lequel elle laisse son enfant.

Dans le meilleur des cas cependant, cet espace du corps va bientôt se voir supplanté par l'espace du rêve et enfin, avec la montée en puissance des représentations de mot, par l'espace de la pensée. « Nous voyons ainsi qu'à mesure que diminuent le contact corporel et les formes gestuelles de communication avec la mère, ceux-ci sont remplacés par le langage, par la communication symbolique [...] tout échec de ce processus fondamental

7. Sur ce point précis, voir aussi Schaeffer (2000).

va compromettre la capacité de l'enfant à intégrer et à reconnaître comme siens son corps, ses pensées, ses affects » (Mc Dougall, 1989, p. 48). Car c'est bien de cela qu'il s'agit au bout du compte : s'approprier son corps en s'identifiant aux perceptions et affects qui en émanent, pour lesquels des mots et des pensées seront bientôt disponibles.

Cette appropriation des parties du corps, un temps aliénées par la maladie, grâce à l'identification hystérique primaire, voilà ce qui est évidemment en jeu dans le contexte de la maladie grave à l'hôpital, où à la mère excitante et abandonnante se substitue le personnel médical et infirmier. Il faut bien souligner à quel point cet enjeu est fondamental, car il suppose l'enrichissement de l'identification narcissique par l'identification hystérique. En effet, seule l'instauration de ce régime pulsionnel mixte – libido du moi et libido d'objet – peut permettre au sujet d'advenir à la réalité, c'est-à-dire d'y puiser les représentations (de chose et de mot) en mesure de pouvoir contenir et raconter les débordements d'affects occasionnés par la maladie et le traitement. C'est aussi à cette occasion que se produit le passage nécessaire de l'identification hystérique primaire à l'identification hystérique secondaire, c'est-à-dire lorsque le patient peut s'identifier avec certaines particularités de la fonction soignante prodiguée par un autre secourable. Autre secourable qui s'incarne dans le personnel soignant ici et maintenant, mais aussi dans le retour des imagos parentales.

Si nous insistons sur ces points, c'est pour bien faire entendre qu'après avoir érigé l'identification narcissique en rempart salubre contre les menaces de désintégration du moi, il nous faut maintenant souligner que ce rempart ne saurait suffire. Le travail identificatoire doit se poursuivre grâce à l'avènement de l'identification hystérique primaire et secondaire.

C'est aussi dans ce contexte que l'attention du clinicien assurant la prise en charge psychologique d'un patient pourrait avoir toute sa place. Son attention réceptive devrait en effet se porter sur le repérage des processus psychiques à peine esquissés, puisque susceptibles de témoigner de l'avancement ou de l'impasse de la reconquête du corps propre, et de la subjectivité qui l'anime. Et pour ce faire, il doit pouvoir être à l'affût de ces manifestations à première vue insignifiantes où un malade retrouve l'usage de ses zones érogènes en leur insufflant la tendresse subtilement érotisée qui était jadis l'apanage de la mère soignante. Et à laquelle il avait appris à s'identifier dans ces moments de vide où elle le quittait pour un autre. Ainsi – pour ne prendre ici qu'un exemple – un bras, une jambe, un ventre d'abord paralysés dans l'épuisante somatisation imposée par la maladie, se

verraient progressivement « désomatisés⁸ », c'est-à-dire hystérisés par un malade commençant par les effleurer pour ensuite les palper, les manipuler, les caresser tout en y associant des images et pensées de son histoire personnelle. « Désomatisation » et donc « hystérisation » que pourront traduire certains « signifiants formels » dont nous aurons l'occasion de parler plus loin.

ÉTAYAGE ET SUBVERSION LIBIDINALE DU CORPS MÉDICALISÉ

Il nous faut donner un prolongement aux développements théoriques précédents en tentant de mieux explorer ce que signifie « avoir son corps ». Car l'appropriation du corps suppose un travail de construction des zones érogènes pour lequel Sigmund Freud a proposé la notion d'étayage. Nous pensons que le modèle de l'étayage et les théorisations plus récentes qui en sont une émanation directe – en particulier la théorie de la séduction généralisée de Jean Laplanche, et la notion de subversion libidinale de Christophe Dejours – sont à réutiliser pour tenter de saisir quels défis psychiques attendent les patients confrontés à un vécu corporel extrême, potentiellement traumatique.

Car il n'y a pas de doute : la maladie grave et son cortège de manifestations somatiques réactualise la problématique de l'étayage d'une manière aiguë. Comment en effet encore parler de « mon corps » lorsque ce dernier s'impose à moi par le truchement de manifestations jamais connues ou éprouvées ? Comment pouvoir encore dire « mon sternum, ma clavicule, ma hanche, mon aine » avec l'autorité et l'évidence que confère la pulsion sexuelle alors que ces zones lui sont constamment ravies par l'autorité médicale soucieuse de leur conférer une stricte finalité vitale ? C'est bien de cette étrangeté-là, de cette intrusion-là dont il ne cessait d'être question dans l'essai de Jean-Luc Nancy. Et c'est bien la raison pour laquelle nous nous permettons de souligner une fois encore l'importance de ce passage. Il ne va pas de soi, en effet, de pouvoir relancer la subversion libidinale du corps, de ses parties, de ses manifestations, lorsque ce dernier est capturé par le « surfonctionnement » (Mc Dougall, 1989, p. 35) tant du biologique que du médical. Peut-être plus radicalement encore que dans le champ des maladies psychosomatiques, il y aurait là, dans l'expérience de la maladie

8. Selon l'expression de Joyce Mc Dougall.

grave à l'hôpital, une « capture de l'intentionnalité » (Dejours, 2002, p. 71) puisqu'elle l'est au double titre du vital et du médical.

Dans ce contexte, comment le patient va-t-il pouvoir se réapproprier les zones érogènes de son corps ? Comment va-t-il pouvoir les arracher « progressivement à leurs maîtres naturels et primitifs que sont les fonctions physiologiques, pour être peu à peu subverties au profit de la construction de ce que l'on appelle le corps érotique » ? Car, comme le dit justement Christophe Dejours, « encore convient-il ici de préciser que la colonisation subversive du corps physiologique par le corps érotique a toujours un caractère inachevé, et qu'en plus des inévitables failles survenant au cours de ce développement, le corps érotique est toujours à reconquérir » (Dejours, 2001, p. 17).

Cette colonisation du corps physiologique d'une part, et la reconquête du corps érotique d'autre part, concernent tout patient confronté à la maladie grave. Car toutes les parties et zones du corps n'ont pas pu être colonisées, et donc érogénéisées par le petit d'homme depuis sa naissance. Cela concerne en particulier les organes internes, dont la plupart fonctionnent une vie durant dans la méconnaissance du sujet. Or voilà que la maladie est susceptible de faire sortir de leur opacité silencieuse ces parties du corps vierges de tout investissement érotique. Cela de surcroît dans un contexte où la violence de leurs manifestations d'une part, la nécessaire violence de l'intervention médicale d'autre part, risquent fort de provoquer une fixation de ces zones dans une surdétermination biologique résistant à tout subversion libidinale. Tout l'enjeu sera, ici, pour le patient, de parvenir malgré tout à réaliser ce travail.

IDENTIFIER ET NOMMER LES SIGNIFIANTS FORMELS

Pour étudier cette subversion libidinale du corps médicalisé, nous allons nous aider d'un nouveau concept : les « signifiants formels » de Didier Anzieu. Ils sont voués à représenter les impressions d'espace et les états du corps, et peuvent à ce titre être considérés comme fournissant le matériau grâce auquel l'« identification hystérique primaire » va pouvoir se construire. Didier Anzieu fait d'ailleurs référence à Joyce Mc Dougall et à sa notion d'« hystérie archaïque » (*op. cit.*) ainsi qu'au « pictogramme » de Piera Aulagnier (1975). Il précise en effet que les signifiants formels « [...] constituent une première étape dans la symbolisation de ces pictogrammes » (Anzieu, 1987, p. 13).

Les signifiants formels sont caractérisés par une série de propriétés que nous allons énumérer au plus près du texte de Didier Anzieu, en privilégiant les aspects qui intéressent notre problématique (*op. cit.*, p. 14-15) :

- ils sont constitués d’images proprioceptives, tactiles, coenesthésiques, kinesthésiques, posturales, d’équilibration ;
- ils contiennent un sujet grammatical et un verbe qui est généralement réfléchi ;
- le sujet grammatical est une forme physique isolée ou un morceau de corps vivant ;
- ce sujet grammatical n’est pas nécessairement accompagné d’un adjectif possessif (mon, ma) ou d’un article impersonnel (le, la, un, une) ;
- ce n’est pas une scène qui est représentée, mais une transformation physique d’un corps ;
- cette transformation est souvent ressentie par le patient comme étrangère à lui-même ;
- elle se déroule dans un espace bi-dimensionnel ;
- elle relève des divers types de confusion dedans/dehors ;
- les signifiants formels sont répétitifs et identiques chez un patient donné.

Notre hypothèse est celle d’une résurgence des signifiants formels comme tentative de border les éprouvés extrêmes auxquels la maladie grave confronte le patient à l’hôpital. Nous faisons donc l’hypothèse que ce concept est « exportable » du cadre de la cure qui l’a vu naître. À la fois pour permettre au clinicien travaillant au chevet des patients de mieux identifier les états du corps souffrant à l’hôpital. Mais à la fois aussi pour lui permettre la mise en mots de ces états. Nous proposons dès lors l’idée que l’identification et la nomination des signifiants formels pourraient constituer les outils privilégiés du clinicien au chevet du malade.

Mais il nous faut rendre figurable ces signifiants formels, c’est-à-dire les traquer « à fleur de peau » chez les patients. Nous allons en avoir l’occasion avec un nouveau récit : celui de Claire Marin.

IDENTIFICATIONS ET SIGNIFIANTS FORMELS DANS *HORS DE MOI*⁹

Hors de moi est un récit plus long, plus descriptif, plus réaliste, plus écorché aussi que *L’Intrus*. Bien des moments familiers à ceux qui pratiquent

9. Claire Marin, *Hors de moi*, Paris, Éditions Allia, 2008. © Éditions Allia, 2008, 2014.

dans le champ de la maladie grave y sont abordés. Ainsi les moments successifs de l'irruption fracassante, déchirante, dépersonnalisante de la maladie sont longuement contés par l'auteure. Il en est de même du va-et-vient éprouvant, épuisant, lancinant des séjours à l'hôpital, des retours à domicile, des consultations de contrôle. Va-et-vient lui-même scandé par les périodes d'accalmie et de recrudescence de la maladie et de ses symptômes.

Mais le nom de cette « maladie de compagnie », comme l'auteure l'appelle, ne sera jamais donné. Claire Marin nous apprend seulement qu'il s'agit d'une maladie auto-immune, et que son évolution ne sera pas fatale comme cela peut arriver chez d'autres patients encore plus gravement atteints. Commençons par un premier extrait où elle nous propose une géographie toute personnelle du corps propre. On y reconnaîtra aussi la trace de l'identification narcissique à travers ce je qui advient à l'occasion d'un mouvement narcissique unificateur :

« Et puis, tout d'un coup, la vie n'est plus à l'extérieur, à distance. La ligne de séparation n'est plus abstraite, elle passe en plein milieu de mon corps. Elle suit la ligne médiane qui sépare les deux yeux, descend le long du nez, sectionne les lèvres, glisse dans le cou, s'attarde dans le creux de la trachée, ouvre le thorax, tranche le nœud de l'ombilic et confirme l'ultime clivage du pubis. C'est moi que la maladie divise. Je suis la chose que l'on découpe. Je suis le négatif, l'élément perturbateur de la narration, le renversement. Je suis la mauvaise surprise. Je suis le problème. Je reste irrésolue [...] J'ai vingt-cinq ans, je suis malade, je ne vais pas guérir » (Marin, 2008, p. 30).

À vrai dire se dessine déjà, dans cet extrait, la subversion libidinale du corps malade. Et ce grâce au recours massif à la métaphore. À tout instant ou presque, l'auteur réinvente le corps et ses organes, ses formes et ses liquides, sa chair et sa matière, grâce à une profusion de métaphores. Nous sommes donc loin des niveaux élémentaires de la représentation que sont les pictogrammes et les signifiants formels. Et pourtant, nous allons faire un double pari. Tout d'abord de penser qu'ils y sont repérables malgré tout, et c'est ce que nous allons nous employer à démontrer. Ensuite d'estimer que ce n'est qu'après coup, tout particulièrement grâce à l'écriture, que le niveau métaphorique a pu se constituer avec autant de force et de variété. Nul doute que dans les instants de douleur et de disgrâce, que dans l'imédiateté du confinement au somatique, seuls ont pu d'abord émerger pictogrammes et signifiants formels.

Sélectionnons grâce à ce que nous en avons dit précédemment les caractéristiques dont ces derniers pourraient être dotés : leur mise en mots se limite à un verbe et à son sujet grammatical ; le verbe est généralement réfléchi, alors que le sujet grammatical est une forme physique isolée ou un morceau de corps vivant ; vient s'actualiser là une transformation d'une caractéristique physique, et ce dans le sens d'une déformation ou même d'une destruction de la forme ; le sujet la ressent comme étrangère à lui-même ; ils sont constitués d'images proprioceptives, coenesthésiques, kinesthésiques.

Nous allons maintenant parcourir le texte de Claire Marin et relever les énoncés qui correspondent à ces caractéristiques. Voici un premier passage :

« Pendant la nuit, la douleur attaque et dérobe la souplesse d'une cheville ou d'un poignet. Les gestes simples cessent de l'être [...] Et puis insensiblement, la main s'est faite plus hésitante, l'écriture s'est déliée et les textes sont devenus presque illisibles. L'existence s'obscurcit. Il faut ruser pour lui donner encore un sens. Les chemins d'avant sont abandonnés. On brûle sa vie antérieure. Il faut s'en construire une autre. Alors même qu'en nous, tout s'effiloche, se détériore » (Marin, *op. cit.*, p. 12).

Les signifiants formels qui se cachent dans cet extrait pourraient être les suivants : « une main se fait hésitante », « l'écriture se délie » ; « quelque chose s'effiloche, se détériore ». Nul doute que c'est plutôt ainsi, dans l'immédiateté des éprouvés somatiques, que Claire Marin aura d'abord fait l'expérience de son corps devenu malade. Car ce sont ces sensations inquiétantes – coenesthésiques et kinesthésiques – qui affectent certaines parties de son corps. Les articulations surtout, c'est-à-dire les chevilles, les poignets, les genoux, et d'autres encore. Citons à ce propos un passage éloquent :

« La chute a lieu la nuit. Dans la journée, la douleur s'accroît au fur et à mesure et l'on espère toujours que dormir calmera les sensations croissantes. Mais en plein sommeil, lorsque les effets des antalgiques et des somnifères s'estompent, la chute s'accélère et on s'écrase au sol. Au milieu de la nuit, un choc colossal nous tire du lit criant et gémissant. On est brisé, en sueur, dans la posture désarticulée d'un mannequin jeté à terre, les bras et les jambes pliés dans n'importe quel sens, comme si plus rien ne les reliait au tronc. On n'est pas tombé du lit, c'est une chute plus abyssale encore, une chute dans son propre corps. Bien avant les symptômes les plus douloureux, j'avais déjà remarqué cette étrange habitude nocturne qu'avait prise mon corps de se disloquer. Je m'éveillais dans des positions absurdes, comme si les charnières de mes articulations s'étaient recroquevillées. Comme un système d'alerte qui clôt instantanément les portes, toutes les attaches activaient un même mouvement de repli.

Mes mollets se rabattaient sur mes cuisses, mes avant-bras sur mes épaules, mes poignets s'infléchissaient, mes mains se serraient jusqu'à laisser la trace de mes ongles à l'intérieur des paumes, les pouces se cachaient dans ce cocon protecteur. Mes dents lacéraient l'intérieur de mes joues. Je m'éveillais épuisée de cette tension, fourbue de courbatures » (Marin, *op. cit.*, p. 24).

Là encore, nous croyons pouvoir déceler plusieurs signifiants formels : « un corps s'accélère dans la chute » ; « un corps se disloque » ; « un bras, une jambe se plie » ; « des articulations se recroquevillent » ; « des poignets s'infléchissent » ; « des mains se serrent » ; « des pouces se cachent » ; « des dents se tendent », « des joues se lacèrent ». Voilà une série de signifiants formels qui se déduisent du texte dès le moment où on les dégage de leur enveloppe narrative, qui est venue après-coup seulement les ancrer dans une histoire à dire. Peut-être même n'est-ce qu'au moment de l'écriture qu'ils ont trouvé leur aboutissement métaphorique. Car au moment même, il n'y a aucune histoire. Il n'y a que des événements dans l'instant, il n'y a que des sensations et des affects. Douleur, tension, sueur, et plus que certainement une angoisse sans nom.

Et enfin, que cela se passe la nuit n'est pas indifférent. La nuit accentue à n'en pas douter cette emprise du somatique analphabète, surtout si l'espace onirique n'est pas là pour le contenir, pour fournir un lieu de déplacement où commencer à traduire dans la langue du rêve ce qui vient à se gémir dans l'informe des organes. D'où aussi, au détour d'une phrase, cette subtile indifférenciation, cette confusion soudaine qui en dit long : « Au milieu de la nuit, un choc colossal nous tire du lit criant et gémissant ». De qui ou de quoi parle-t-on ? Est-ce le lit qui crie et qui gémit, bien impuissant à contenir la dormeuse, car trop frêle esquif incapable de suppléer au rêve ? Est-ce le choc qui crie et gémit, et se confond déjà avec le corps qui en fait autant ? Ou est-ce la dormeuse, soudain réveillée, et dont le genre vacille puisque ce nous devrait en principe être elle, criante et gémissante ? On ne sait, car tous ces objets se confondent et n'offrent plus de points d'appui. Ne se déploie que cette pure sensation d'un corps qui se disloque, et qui chute.

DES SIGNIFIANTS FORMELS AU SCÉNARIO FANTASMATIQUE

Heureusement que le réveil est là, que le temps revient, que le je reprend ses droits : « j'avais remarqué ; je m'éveillais. » Et ensuite, « mes mollets, mes cuisses, mes avant-bras, mes épaules, mes poignets, mes mains... » Cette série

de pronoms possessifs traduit bien l'avènement de l'identification hystérique primaire laquelle, nous le soulignons une fois encore, ne peut se construire que grâce à ces signifiants formels créés par le sujet.

Lorsqu'ils ne sont pas pathologiques, les signifiants formels sont amenés à évoluer le long d'une chaîne progrédiente qui finit par les rendre « aisément métaphorisables », comme le précise Didier Anzieu (*op. cit.*, p. 22), et leur permet au bout du compte d'opérer le passage vers des scénarios fantasmatiques. On passe par exemple du tout premier niveau où le signifiant formel serait « un appui s'effondre », à celui plus élaboré que l'on pourrait intituler « un objet qui s'approche me persécute », en passant par un niveau intermédiaire qui serait « mon dedans est cherché/trouvé au dehors ; un être du dehors est conservé au-dedans » (*op. cit.*, p. 15-16). C'est ce qui se passe ici. « Un corps, un lit s'effondre » devient « ma douleur me persécute », en passant par les parties du corps dont l'énumération, avec un pronom personnel qui les identifie, délimite un intérieur d'un extérieur. Et même si la métaphore nous est proposée d'entrée de jeu, il n'y a pas de doute que sa trouvaille n'est rendue possible que par le processus qui l'a précédée : « On est dans la posture désarticulée d'un mannequin jeté à terre ». Il y a en effet un monde entre « une jambe se plie » et « un mannequin jeté à terre ». Car cette jambe qui se plie est avant tout là dans son éprouvé kinesthésique, affectée par l'objet qu'est la douleur, cet exigeant persécuteur. Alors que le mannequin est une représentation symbolique, une image d'un corps dans sa totalité lequel, jeté par terre, nous invite à nous identifier avec sa chute. La subversion libidinale est ici largement engagée, car le corps a fini par être arraché à sa monotonie fonctionnelle, à sa définition vitale. Reste peut-être à se demander de quel ordre pourraient être ces scénarios fantasmatiques dont il vient d'être question, et qui se prêtent mieux encore à traduire cette dimension libidinale dont, nous en convenons, il n'a pas encore été possible de saisir réellement l'émergence dans les extraits du récit proposés jusqu'à présent.

C'est bien plus loin dans le texte qu'un aperçu nous en sera donné. Le voici :

« Les rêves et l'eau sont les deux mondes où je retrouve un peu d'équilibre, de légèreté, où je revis le plaisir du mouvement [...] Je me souviens d'avoir rêvé être une sirène. Mes jambes étaient emprisonnées dans un cocon formé par les draps enroulés à force de tourner sur moi-même en quête d'une position indolore. Dans le rêve, la momification s'était métamorphosée en puissance de mouvement » (Marin, *op. cit.*, p. 36-37).

Passage éloquent où le rêve, cette fois, parvient à s'imposer. Où il parvient à s'approprier, tout en les traduisant en représentations, ces sensations kinesthésiques mais également coenesthésiques que l'on devine (« tourner sur moi-même » « position indolore ») et qui prennent les accents du désir de mouvement et de puissance. À cela s'ajoute une métaphore au potentiel libidinal bien plus explicite que le mannequin de tout à l'heure : la sirène, objet de désir, représentation d'un féminin idéalisé. Le fantasme est là. Peut-être vient-il dire l'envie d'être femme, libre et désirable, bondissante et plongeante ; femme libre de se cacher dans les flots plutôt qu'objet impudique exposé au regard médical, corps endolori et mutilé.

CONCLUSION

Comment rester soi-même au cœur de la tourmente que provoque la maladie grave ? Voilà la question à laquelle nous avons tenté de donner un début de réponse, en fournissant avant tout les éléments théoriques susceptibles d'aiguiser l'attention du clinicien amené à recueillir les éprouvés d'affect et les signifiants formels apportés par le patient. C'est cette matière-là qu'il devrait pouvoir repérer et valoriser. Car il ne peut être question d'attendre d'emblée du patient la mise en mots narrative de son vécu. Sortir l'épreuve de la maladie de l'immédiateté du présent, l'inscrire dans une histoire personnelle, voilà un niveau du « travail de la maladie » qui ne peut advenir qu'après la reconstruction des identifications précoces que sont l'identification narcissique et hystérique. Ce serait en effet vouloir récolter les fruits de la subversion libidinale avant même qu'elle n'ait pu s'amorcer ! Nous espérons avoir réussi à montrer la pertinence de ce « travail de la maladie précoce ». Ce travail risque en effet de passer inaperçu étant donné son caractère peu spectaculaire. Il risque aussi de passer pour ingrat et peu valorisant pour le clinicien, parfois obligé de supporter l'incompréhension du personnel soignant devant une attitude de présence et d'écoute faite d'apparente passivité.

Mais un début de réponse seulement, nous tenons à le rappeler. Car nombre d'aspects ont à peine été esquissés. Ainsi y aurait-il lieu d'explorer le rôle essentiel joué par le personnel soignant dans la subversion libidinale du corps physiologique. Tout comme serait à préciser, dans ce contexte, le parallèle trop direct que nous avons établi avec la mère soignante des origines dans le cadre de l'hystérie primaire. On s'étonnera aussi d'une

grande absente tout au long de ce texte : nous voulons parler de la mort. La perspective de la mort est en effet intimement liée au vécu de la maladie grave. Ne serait-elle pas l'opérateur par excellence de la désintégration du moi et du vacillement identitaire au cœur de la maladie grave ? Assurément. Mais alors, pourquoi l'avoir passée sous silence ? Peut-être en raison d'une identification professionnelle collective à laquelle le clinicien que nous sommes ne peut tout à fait échapper : la mort est en effet un tabou absolu, tout particulièrement à l'hôpital. Elle est dans les esprits de tous, et dans la bouche de personne. Elle incarne l'impasse cruelle et définitive redoutée de tout le monde. Et voilà encore un point que nous n'avons pas abordé, et qui mériterait à lui seul une nouvelle étude : nous voulons parler des impasses du travail de la maladie. En effet, que se passe-t-il lorsque l'identification narcissique devient exclusive, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas enrichie par l'avènement des identifications hystériques primaires et secondaires ? Que se passe-t-il lorsque ces dernières en font autant, c'est-à-dire lorsqu'elles n'évoluent pas vers des identifications symboliques susceptibles de consolider ce qui, dans le régime hystérique, se caractérise toujours par de la labilité ? Ces questions ouvrent un nouveau chantier que nous tenions à désigner en guise de conclusion. Et pour ne pas laisser le lecteur sur sa faim, donnons au moins les clés de cette nouvelle problématique. Lorsque l'identification narcissique devient exclusive, il faut s'attendre à ce que s'installe un abord hypocondriaque du corps propre, où des éprouvés somatiques envahissants empêchent l'avènement des représentations de chose et de mot. Quant à l'identification hystérique dans l'impasse, elle se manifeste par une fixation phobique assez courante : la peur de la maladie, sa diabolisation sous la forme d'une rhétorique guerrière (bien connue dans le cadre du cancer par exemple), ou encore la peur du retour des symptômes, la peur de l'hôpital, la peur du médical.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D. (sous la direction de) 1987. *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
AULAGNIER, P. 1975. *La violence de l'interprétation*, Paris, Puf, 1999.
BALESTRIERE, L. 1998. *Freud et la question des origines*, Bruxelles, De Boeck.
BEN SOUSSAN, P. (sous la direction de) 2005. *Des psys à l'hôpital : quels inconscients !*, Toulouse, érès.
BRAUNSCHWEIG, D. ; FAIN, M. 1975. *La nuit, le jour*, Paris, Puf.
DEJOURS, C. 2001. *Le corps d'abord*, Paris, Payot.

- DEJOURS, C. 2002. « Le corps comme “exigence de travail” pour la pensée », dans R. Debray, C. Dejours, P. Fédida, *Psychopathologie du corps*, Paris, Dunod, p. 63-106.
- FLORENCE, J. 1978. *L'identification dans la théorie freudienne*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.
- FREUD, S. 1913-1914. « Pour introduire le narcissisme », dans *Œuvres complètes* XII, Paris, Puf, 2005, p. 213-245.
- FREUD, S. 1915. « Deuil et mélancolie », dans *Œuvres complètes* XIII, Paris, Puf, 1994, p. 261-280.
- LAPLANCHE, J. 1980. *Problématiques* I, Paris, Puf, 1998.
- LAPLANCHE, J. 1987. *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, Puf, 1990.
- LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J. B. 1967. *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris, Puf, 1988.
- MARIN, C. 2008. *Hors de moi*, Paris, Éditions Allia.
- MC DOUGALL, J. 1989. *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard.
- MIJOLLA (DE), A. (sous la direction de) 2002. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Hachette, Paris, 2005.
- NANCY, J.L. 2000. *L'intrus*, Paris, Galilée, 2010.
- RUSZNIEWSKI, M. 1999. *Face à la maladie grave*, Paris, Dunod.
- SCHAEFFER, J. 2000. « L'hystérie : une libido en crise face à la différence des sexes », *Monographies de psychanalyse ; Hystérie*, Paris, Puf, p. 107-138.
- SCHWERING, K.L. 1999. « L'inquiétante étrangeté de la transplantation d'organes », *Cliniques méditerranéennes*, n° 61, p. 47-62.
- SCHWERING, K.L. 2001. « Le traitement psychique de l'organe transplanté: ingestion, incorporation, sexualisation », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. XLIV, fasc. 1, p. 127-167.
- SCHWERING, K.L. 2007. « Techniques chirurgicales et techniques magiques », *Cliniques méditerranéennes*, n° 76, p. 91-105.
- WINNICOTT, D.W. 1967. « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », tr. fr. dans *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975, p. 153-162.