

Schéma corporel,
image du corps,
image spéculaire

DU MÊME AUTEUR

*Le retour à domicile
après un accident vasculaire cérébral*
(sous sa direction) Montrouge,
John Libbey Eurotext, 2009.

Catherine Morin

Schéma corporel,
image du corps,
image spéculaire

Neurologie et psychanalyse

Préface de Stéphane Thibierge

Postface de Christian Derouesné

The logo for Éditions érès, featuring a stylized lowercase 'é' with a vertical line through it, followed by the word 'éditions' in a small font, and the word 'rès' in a larger font.

REMERCIEMENTS

Ce livre doit beaucoup à tous ceux qui ont encouragé mon travail et partagé mon goût pour la clinique neurologique et le dialogue avec les patients. Je remercie en particulier :

- l'Association lacanienne internationale
Jean Bergès †, Marcel Czermak, Denise Sainte Fare Garnot,
Stéphane Thibierge, Jean-Jacques Tyszler ;
- La Salpêtrière et à l'hôpital Jean-Rostand
Pascale Bruguière, Michel Perrigot, Pascale Pradat-Diehl,
Gilberte Robain, ainsi que les participants à l'atelier « Images et
paroles du corps en médecine » ;
- la maison, Jean-Paul Morin.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2013

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3742-8

Première édition © Éditions érès 2013

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

Table des matières

PRÉFACE, <i>Stéphane Thibierge</i>	7
AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION.....	13
1. LE SCHÉMA CORPOREL.....	19
La cénesthésie	20
L'invention du schéma corporel.....	21
Schéma corporel et espace	24
Schéma corporel et action.....	24
Schéma corporel et image du corps en psychologie et en neurologie cognitives.....	25
L'acquisition du schéma corporel et de la représentation de l'espace	25
Représentation du corps propre et du corps d'autrui	27
Pathologies du schéma corporel.....	28
<i>Héminégligence</i>	28
<i>Dyspraxies de l'enfant</i>	32
<i>Apraxies de l'adulte</i>	33

Troubles du schéma corporel et psychopathologie ..	33
<i>Asomatognosie</i>	34
<i>Somatoparaphrénie</i>	34
<i>Anosognosie</i>	35
<i>Dyspraxie et troubles de la personnalité</i>	36
<i>Schizophrénie et troubles du schéma corporel</i>	36
2. L'IMAGE DU CORPS	39
Wallon et l'acquisition de la notion du corps propre	39
Lhermitte et l'image du corps en neurologie	40
Freud et le narcissisme	41
Schilder, Freud et la structure libidinale de l'image du corps	42
Lacan, l'image spéculaire et l'objet	45
Le corps dans la clinique des bébés et des enfants	50
L'image du corps dans la psychose	50
Image du corps et pathologies corporelles	54
Comment étudier l'image du corps :	
l'autoportrait dessiné	55
<i>L'autoportrait normal et ses manques</i>	58
<i>Valeur métaphorique de la bouche et des mains</i>	67
3. LES EFFETS SUBJECTIFS DES AVC ET LA SPÉCIFICITÉ DES LÉSIONS CÉRÉBRALES. MÉTHODES D'ÉTUDE	69
4. LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'AVC EN L'ABSENCE DE TROUBLES DU SCHÉMA CORPOREL	75
Autoportraits	75
<i>L'absence des mains</i>	77
<i>L'absence des traits du visage</i>	79
Miroirs et regards	80
<i>Image de l'autre et agressivité</i>	82
<i>Image de soi : se voir comme ça</i>	83

Image de soi et discours : les sujets du sujet, de Je à On	84
<i>Subjectivité et énonciation</i>	87
<i>De Je à On, quels verbes ?</i>	88
<i>Sujets grammaticaux et images du moi</i>	91
<i>Blessure narcissique et récupération</i>	95
Le corps paralysé : absent du discours, présent comme objet transitionnel ?	97
5. LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'AVC ASSOCIÉES AUX TROUBLES DU SCHÉMA CORPOREL	
Autoportraits	103
Les mots du sujet	108
Le corps paralysé : présent dans le discours, objet de manipulations agressives	109
Narcissisme et troubles du schéma corporel	111
6. ÉTUDES DE CAS. PERSONNIFICATION DE LA MAIN, CORPS MORCELÉ, TROUBLES DE L'ORALITÉ, AGRESSIVITÉ ET TRANSITIVISME	
Héminégligence et corps morcelé	113
<i>Le dialogue avec monsieur E.</i>	114
<i>Autoportrait</i>	116
Héminégligence grave, trous dans le corps, avidité orale	124
<i>Héminégligence et troubles de l'oralité</i>	127
<i>Les trous dans le corps</i>	129
<i>Le corps : une carapace qui protège le moi</i>	130
<i>Monsieur U. et ses thérapeutes : agressivité et transitivity</i>	131
Asomatognosie et troubles de l'oralité	133
<i>Monsieur R. : « J'ai vu passer un bras gauche, j'ai eu envie de le mordre »</i>	133
<i>Monsieur N. : « Un baisemain parce que je ne peux pas serrer la main »</i>	136

La main paralysée : une fille à sa mère.....	140
<i>Madame M. et sa main-fille à double jambe</i>	140
<i>Madame C. et la fille restée dans l'ancre de son corps</i>	145
<i>Madame N. et sa fille-feuille</i>	147
<i>Madame S. et son bras-fille collé en position fœtale</i>	150
7. SYNDROME HÉMISPHERIQUE DROIT, HYPOTHÈSES PHYSIOPATHOLOGIQUES	155
Somatoparaphrénie et psychose. Hypothèses cognitivistes	157
Syndrome hémisphérique droit, image et objet	161
8. ANOSOGNOSIE	167
L'anosognosie au quotidien.....	168
Les théories cognitives de l'anosognosie.....	169
Les théories psychologiques de l'anosognosie	169
<i>L'anosognosie comme défense contre l'altération de l'image de soi</i>	170
<i>Anosognosie et méconnaissance systématique</i>	171
<i>L'anosognosie comme déni</i>	171
<i>L'anosognosie comme refoulement</i>	172
<i>L'anosognosie comme conséquence de la régression au narcissisme primaire</i>	174
Anosognosie : une lecture structurale.....	175
<i>L'anosognosie de l'hémiplégie gauche n'est pas une méconnaissance névrotique</i>	175
<i>L'anosognosie de l'hémiplégie gauche est associée à une altération de l'image du corps</i>	176
Anosognosie, image du corps et objet	178
9. LE SYNDROME HÉMISPHERIQUE DROIT, UN DEUIL PATHOLOGIQUE	181
CONCLUSION	189
POSTFACE, <i>Christian Derouesné</i>	193
BIBLIOGRAPHIE.....	197

Préface

Il est rare de voir abordés les troubles de l'image du corps d'une manière qui tienne compte à la fois de l'aspect populaire de cette notion – l'image du corps, chacun en comprend quelque chose, ça concerne tout le monde – et de la complexité réelle qu'elle comporte. Catherine Morin présente l'heureuse association d'une longue pratique de médecin neurologue auprès des patients, riche d'observations originales, et du recul que donne une réflexion régulière, entreprise depuis longtemps, sur les aspects à la fois physiologiques et psychopathologiques des troubles de l'image du corps et du schéma corporel. C'est ce qui rend son livre à la fois savant et clair, accessible à un public élargi, bien au-delà des seuls spécialistes. Cela seul suffirait déjà à le recommander à la curiosité du lecteur.

J'y ajouterai quelques aspects remarquables de ce que Catherine Morin apporte ici au sujet de l'image du corps.

Elle montre très justement en quoi cette image, d'apparence si commune et si évidente au premier abord, n'est devenue à proprement parler une notion et une connaissance que très récemment, après une série de tâtonnements et d'approximations. Elle explique ainsi, exemples cliniques à l'appui, la distinction nécessaire entre *image du corps* et *schéma corporel*, et comment cette distinction ne fut possible

qu'après un détour par la notion, pourtant confuse, de *cénesthésie*. Ces trois termes délimitent bien la complexité d'une question qui fait intervenir à la fois : la conscience que nous avons de notre image (ce qu'on appelle en général image du corps), les aspects neurologiques qu'elle implique (que recouvre pour une part le terme de schéma corporel), et enfin le réel, le plus souvent soustrait à la conscience, auquel elle est liée (et que traduit à peu près ce qu'on a appelé d'abord *cénesthésie*). J'évoque ces correspondances de façon seulement indicative et brossée à gros traits, les trois notions étant en fait intriquées ensemble à des degrés divers dans l'expérience que nous faisons concrètement de notre corps.

Il a fallu passer par ces notions complexes, mais ici fort bien expliquées, pour apercevoir ce que peut avoir de spécifique et de difficile la notion d'une *connaissance* de notre propre corps. Nous concevons assez bien intuitivement que notre corps perçoit les objets : mais comment pouvons-nous avoir une perception de ce corps lui-même qui perçoit ? Le mythe de Narcisse montrait déjà, depuis longtemps, l'aspect fascinateur et dangereusement difficile de cette question. Mais il le faisait à la façon d'un mythe. À partir de ces trois termes : *cénesthésie*, *schéma corporel* et *image du corps*, Catherine Morin rend raison d'une façon très juste de la complexité paradoxale inhérente à la notion même d'image du corps. Elle montre aussi comment les faits cliniques qu'elle isole illustrent de manière très parlante cette complexité paradoxale. Nous pensons ici en particulier aux faits de l'hémi-négligence tels qu'elle les évoque, et au remarquable chapitre consacré à l'anosognosie.

Elle souligne à juste titre, tout au long du livre, comment les troubles de cette image, et notamment neurologiques, ne sont jamais des faits bruts ou purement « objectifs » : ils sont toujours reçus dans une histoire subjective, donc chaque fois singulière. Cela justifie le souci qu'elle a, quand elle explique la clinique, de respecter le

tissu langagier de l'entretien avec les patients ou de leurs productions (les dessins notamment). La neurologie, nous dit-elle en somme, ne peut ignorer que le corps auquel elle a affaire est un corps dont les connexions, aussi matérielles qu'on les conçoive, se sont aussi faites matériellement avec et dans le langage. La force de son propos est de le montrer sans dogmatisme, sans vouloir non plus à tout prix faire système, mais en en donnant les preuves cliniques dont nous disposons, que lui a enseignées sa pratique quotidienne de neurologue en service de rééducation.

La méthode de Catherine Morin la conduit à rencontrer certaines hypothèses majeures de la psychanalyse, et notamment celle-ci : l'image de notre corps, tout comme nos images de la réalité, ne peut se former que si elle habille le manque initial d'un objet de satisfaction. C'est le ratage de cet objet, et non pas sa perception « objective », qui constitue pour nous la réalité. C'est ce que Freud nommait le refoulement, et que Lacan reprit, concernant l'image du corps, sous la forme de l'écriture $i(a)$: image i d'un objet, noté a , initialement et nécessairement manquant à notre satisfaction.

Il est pour nous d'un très grand intérêt clinique et théorique que le travail d'un médecin neurologue, réalisé avec toute la rigueur exigible de la méthode clinique, vienne rencontrer, à partir de ses observations propres, ces hypothèses d'abord formulées par la psychanalyse.

C'est notamment ce qui fait le prix de cet ouvrage, que je suis heureux de recommander ici à l'audience qu'il mérite.

Stéphane Thibierge

*Psychanalyste,
maître de conférences et directeur de recherches,
université de Poitiers et université Paris 7.*

Avant-propos

« J'étais un ministre important, je suis un sinistre impotent. » « Quand je vois les gens passer devant mon lit, j'ai l'impression qu'ils sont dans un autre monde, qu'un jour il y aura un déclic et que je reviendrai dans ce monde normal. » « Il faut absolument que ce patient fasse ses devoirs d'orthophonie. » « Un bras, ça pèse 9 kilos. » Ce sont quelques-uns des propos de patients ou de soignants, entendus à La Salpêtrière, dans le service qu'on appelait alors « rééducation neurologique », qui m'ont fait quitter la physiologie du handicap moteur et orienter mes recherches vers les conséquences subjectives des accidents vasculaires cérébraux. Qu'est-ce en effet qu'être frappé d'hémiplégie après un accident vasculaire cérébral ? Est-ce souffrir d'une déficience motrice et sensitive unilatérale éventuellement associée à des troubles des fonctions supérieures, comme l'enseigne légitimement la neurologie ? Est-ce être frappé de déchéance, devenir un sinistre impotent ? Est-ce devoir être « rééduqué » comme un enfant ? Est-ce devoir considérer ses membres, à l'aune de leur poids de chair, comme des morceaux de corps ? Est-ce changer de monde ? C'est pour répondre à ces questions que, pendant près de trente ans, j'ai écouté et fait dessiner des patients en rééducation après un AVC dans le service de Médecine physique

et réadaptation de La Salpêtrière, ainsi que dans le service de Rééducation spécialisée de l'hôpital d'Ivry. Ce livre s'appuie ainsi sur un long compagnonnage avec les équipes de réadaptation. Ma formation de chercheur à l'INSERM m'a permis de compléter mes observations cliniques par des études statistiques du discours et des autoportraits de patients hémiplégiques, en les comparant à ceux de patients indemnes de lésions cérébrales. Ma position était celle d'un médecin-chercheur, un médecin qui cherche à comprendre ce qu'est la maladie du point de vue du patient. Je pourrais préciser : du point de vue *d'un patient* lorsque l'entretien était inclus dans une recherche, du point de vue de *son patient* lorsque l'entretien participait au dialogue entre un malade et son médecin. Du maniement des pronoms personnels à l'atteinte de l'image spéculaire, de la somatoparaphrénie aux premières coordonnées de l'objet, ce travail m'a amenée, entre neurologie et psychanalyse, à une réflexion sur la question du corps et de son image.

Introduction

La représentation de soi et du corps propre comme unité cohérente et stable se trouve au centre de nombreuses recherches actuelles en neurosciences. Beaucoup de ces recherches sont basées sur l'étude en imagerie fonctionnelle de sujets normaux dans des tâches impliquant la reconnaissance du corps humain, la cognition spatiale, la distinction entre soi et l'autre, la conscience d'être l'auteur de ses propres gestes, l'empathie, etc. (Legrand et Ruby, 2009 ; Thibierge et Morin, 2010). Dans ces travaux, les chercheurs s'autorisent à décomposer en divers éléments un phénomène, la conscience de soi, dont toute la problématique est justement de ne pas se réduire à l'addition de diverses activités cognitives observables sur ce que Daniel Dennett, dans son ouvrage paru en 1993 sous le titre *La conscience expliquée*, a appelé « le théâtre cartésien ». De plus, les phénomènes explorés sont ceux qui sont aptes à être reproduits volontairement au cours de performances brèves. Ceci est paradoxal puisque les bases de ce que l'on appelle « être soi » sont des éléments permanents et non conscients de notre vie psychique. Du point de vue de la psychanalyse, il n'est pas très difficile de faire remarquer que, par exemple, s'attribuer un état d'esprit est une opération qui peut très normalement se trouver en échec lors

du moindre lapsus ou acte manqué : c'est bien parce qu'ils sont révélateurs de ce que nous sommes que nous rougissons de nos lapsus et les considérons comme étrangers à notre discours normal. La représentation de soi ne peut donc pas être traitée seulement comme une fonction cognitive.

Le présent ouvrage est basé sur une démarche toute différente, une démarche physiopathologique. La clinique neurologique peut en effet laisser apparaître, dissociées, les composantes normalement intriquées et donc méconnaissables de ce qui soutient en permanence notre certitude d'être un individu unique et cohérent. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) se distinguent des autres pathologies cérébrales en ce qu'ils produisent des lésions localisées et, en cas de séquelles, des modifications permanentes de l'organisation cérébrale. Il peut en résulter des conséquences psychiques qui sont fonction du territoire lésé et dont les grands traits se retrouvent régulièrement chez les patients présentant une même localisation lésionnelle. Certaines de ces conséquences psychiques peuvent concerner la représentation de soi. Décrire ces troubles neurologiques de la représentation de soi en termes psychanalytiques, telle est l'ambition de ce livre, œuvre d'un médecin chercheur dans un service dédié à la réadaptation de patients hémiplésiques après un AVC.

Un AVC peut être dû à l'interruption de l'apport sanguin ou à un saignement dans une ou plusieurs zones du cerveau. C'est un accident de santé brutal qui peut régresser en quelques minutes, mais qui peut aussi, en un instant, faire basculer un individu qui se considère en pleine santé dans la catégorie des « urgences vitales », puis dans celle des « personnes handicapées ». On entend actuellement beaucoup parler de la prévention et de la prise en charge précoce des accidents vasculaires. Ces nouvelles pratiques augmentent la proportion des patients qui survivent sans séquelles ou avec

des séquelles légères, mais les accidents vasculaires continuent d'être une des premières causes de mort et de handicap (Féry-Lemonnier, 2009). Le cerveau étant organisé en zones spécialisées, un AVC peut causer diverses déficiences : déficiences physiques (hémiplégie, troubles de l'équilibre, de la sensibilité ou de la vision), mais aussi cognitives (troubles du langage, de l'organisation du corps dans l'espace, de la programmation des gestes, troubles du comportement). L'incapacité et le handicap qui en résultent pour chaque victime d'AVC sont individuels et complexes, mais l'AVC en lui-même, quelle qu'en soient les conséquences, constitue une affection stigmatisante. Après un AVC, les patients sont réputés intellectuellement diminués puisque porteurs d'une lésion cérébrale. Sommés d'éviter dorénavant les facteurs de risque, ils sont suspects d'avoir abusé des plaisirs de la vie (Morin, Salazar-Orvig et Piera-Andrès, 1993 ; Baumann et Aiach, 2009). S'ils sont hémiplegiques, c'est-à-dire porteurs d'une paralysie d'une hémiface, et d'un hémicorps, l'attitude asymétrique de leur corps, leur « gueule de travers » s'écartent de la bonne forme du corps.

Après le diagnostic et la mise en route du traitement de l'AVC, le patient est admis, en cas de séquelles invalidantes, dans un service de médecine physique et réadaptation ou un service de soins de suite et réadaptation. Au cours de ce séjour, le patient rencontre bien des situations paradoxales. Alors qu'il est sidéré et déprimé devant l'altération de son image, il lui faut découvrir dans le détail la réalité des conséquences de son AVC. Sa famille se réjouit qu'il ait survécu, on le félicite pour ses progrès, mais il en découvre les limites : il peut se déplacer mais il boîte, il récupère une mobilité de la jambe mais non du bras. Cette combinaison paralysie complète du membre supérieur-paralysie incomplète du membre inférieur n'est pas la seule possible mais c'est la plus fréquente, du fait des rapports entre l'organisation de la vascularisation cérébrale et la répartition des zones céré-

brales commandant les membres. Le patient découvre aussi les limites de la « rééducation » qui consiste bien souvent à apprendre à faire avec des séquelles définitives. On trouvera une présentation complète de ces difficultés dans un guide pour le patient et sa famille, paru sous le titre *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral* (Morin, 2009).

Ce cheminement est certes comparable à celui de tout patient frappé d'une déficience brutale. Mais l'origine cérébrale des lésions complique le tableau. D'une part, le caractère stigmatisant (Goffman, 1996) de l'AVC pèse sur le patient. D'autre part, certaines lésions modifient le psychisme. En particulier, celles de l'hémisphère droit perturbent la représentation du corps. Ces perturbations sont de nature déficitaire (méconnaissance d'une moitié du corps et de l'espace, méconnaissance de l'hémiplégie) mais il s'y associe de façon assez régulière des productions pseudo-déliantes concernant l'appartenance des parties du corps paralysées.

La médecine de réadaptation donne accès à des aspects de l'AVC ordinairement ignorés en neurologie et ouvre un espace de recherches irremplaçable pour comprendre les relations entre corps réel, image du corps et identité. En effet, d'une part, la durée de l'hospitalisation fait vivre le patient plusieurs semaines ou mois au contact de nombreux interlocuteurs (médecins, psychologues, étudiants, rééducateurs, assistante sociale, aides-soignantes, infirmières), à qui il parle, sous diverses formes, de sa souffrance et de son corps. D'autre part, la diversité des patients accueillis permet de procéder à des études comparatives, certains patients ayant seulement un handicap moteur, d'autres présentant également des désordres lésionnels de la représentation de leur corps. De plus, certains patients hospitalisés pour réadaptation ont des déficiences dont l'origine n'est pas cérébrale, ce qui permet d'autres comparaisons. Ces études ont un intérêt théorique puisqu'elles permettent de dissocier différentes

composantes de ce qu'on appelle ordinairement « identité ». Elles ont aussi des implications cliniques. En effet, tout patient handicapé est considéré comme « spécial » psychologiquement, qu'on s'attende à tel ou tel comportement (Morvan et Paicheler, 1990), ou qu'on s'étonne de le voir exprimer ses émotions comme tout un chacun (Zola, 1982). Si de plus son handicap est d'origine cérébrale, tout discours ou comportement s'écartant tant soit peu de ce que les thérapeutes considèrent comme « normal » risque d'être considéré comme pathologique. Ce n'est pas un mince problème en réadaptation ou deux écueils menacent le thérapeute : tout « psychologiser » comme si la lésion cérébrale n'avait pas d'effets psychiques organiques, tout « cérébraliser » comme si le patient n'avait pas droit ou échappait à la souffrance commune.

Dans les travaux rapportés ici, on se basera sur la notion d'image spéculaire utilisée en psychanalyse : cette notion a l'avantage de lier le corps réel, sa représentation, l'image de soi et la subjectivité, évitant ainsi les sempiternels débats sur la dualité corps-esprit. On peut alors reposer le problème ainsi : toute hémiplégie vasculaire constitue une blessure narcissique, dont la « réadaptation » suppose deuil et dépression. Mais par ailleurs, les lésions qui entraînent des modifications du schéma et de l'image du corps, en particulier les lésions hémisphériques droites (Lhermitte, 1998), peuvent causer une véritable déconstruction du narcissisme, déconstruction qui laisse apparaître crûment les rapports normalement masqués entre image du corps et objet. Préciser cette distinction n'est pas sans importance, puisque la littérature sur les aspects psychologiques du handicap post-AVC, alors même qu'elle se réfère aux notions d'« identité » ou de « soi », ignore généralement les aspects spécifiques des lésions hémisphériques droites (voir, par exemple, Ellis-Hill et Horn, 2000 ; Keppel et Crowe, 2000).

On trouvera ici d'abord les principales notions concernant le schéma corporel et l'image du corps, et une présentation de ce qu'on appelle identification en psychopathologie. Le discours et les autoportraits des patients seront ensuite décrits et commentés.