

QUE S'ENSEIGNENT MUTUELLEMENT LA PSYCHANALYSE ET LA NEUROLOGIE ?

Syndromes de fausses reconnaissances et somatoparaphrénie

Par Stéphane Thibierge

Psychanalyste, Paris.

Directeur de recherches, membre du CRPM, Paris VII ; Maître de conférences à
l'Université de Poitiers.

Et Catherine Morin

Neurologue

Nous souhaitons montrer ici de quelle manière la psychanalyse et la neurologie peuvent éclairer mutuellement certains éléments et certains aspects de leurs pratiques et de leurs problématiques respectives. Nous nous appuyerons pour cela sur certains faits cliniques touchant les troubles de la *reconnaissance*, en particulier la reconnaissance des personnes et celle du corps propre ou de certaines de ses parties, dans les psychoses et dans certaines pathologies neurologiques.

Il s'agit pour nous, ce faisant, de proposer une contribution au débat contemporain sur l'épistémologie de la psychanalyse, en relevant en particulier ce qu'elle apporte au neurologue sur une notion aussi fondamentale que celle de reconnaissance, et aussi bien ce qu'elle reçoit en retour d'éclairage de la neurologie. Ce travail nous paraît ainsi pouvoir contribuer à situer de manière plus précise les enjeux du débat contemporain entre la psychanalyse et ce qu'on appelle les « neurosciences ».

Psychanalyse et neurologie : deux disciplines cliniques

La psychanalyse et la neurologie sont l'une et l'autre des disciplines cliniques, et leurs démarches procèdent à ce titre de quelques principes élémentaires que nous rappellerons ici brièvement.

1) Premièrement, elles considèrent que la pathologie ou les symptômes nous renseignent sur ce que nous pouvons appeler une « physiologie », c'est-à-dire sur ce que l'on pourra désigner à partir de là comme un fonctionnement sinon normal, du moins identifiable à partir des troubles qu'il admet.

2) Deuxièmement, la psychanalyse et la neurologie considèrent l'une et l'autre qu'un symptôme n'a de sens qu'en relation avec d'autres symptômes. Il doit être considéré dans un contexte, c'est-à-dire dans l'ensemble des traits qui constituent ce qu'on appelle un syndrome.

3) Enfin et corrélativement, l'on considère que derrière l'apparence ou la superficialité des symptômes, il y a à rechercher des pathologies spécifiques, c'est-à-dire des mises en série de traits spécifiques. Ce n'est qu'à cette condition qu'en neurologie comme en psychanalyse, nous sommes en mesure d'identifier ce que nous pouvons appeler des faits cliniques.

Afin de mettre en pratique les trois principes que nous venons d'évoquer – principes élémentaires qui, répétons-le, sont communs à la psychanalyse et à la neurologie – il est absolument nécessaire d'écouter le malade. Seules les paroles du malade peuvent en effet nous renseigner sur chaque symptôme, sur la mise en relation éventuelle d'un symptôme avec d'autres symptômes, enfin sur leur mise en série, comme par exemple leur identification en tant que syndrome. En neurologie comme en psychanalyse, il est indispensable d'en passer par les informations que nous recueillons de la bouche d'un malade pour pouvoir identifier correctement ce qui concerne sa pathologie.

Psychanalyse et cognition : reconnaissance, image et objet

Nous allons d'abord évoquer la psychanalyse et la manière dont elle nous éclaire sur les conditions et sur les fonctions de la reconnaissance. La reconnaissance est une notion qui n'intéresse pas seulement les psychanalystes, elle intéresse plus généralement les praticiens et spécialement les neurologues.

La fonction de la reconnaissance nous conduit tout d'abord à examiner comment et sous quels termes la psychanalyse rend compte de la névrose. La névrose désigne pour les psychanalystes une certaine structure de la relation entre le narcissisme, autrement dit le moi d'une part, et l'objet du désir d'autre part, objet que Freud a désigné comme fondamentalement refoulé dans la névrose. Pour caractériser brièvement mais précisément cette structure, nous pouvons dire que le sujet humain y méconnaît son désir et la permanence de ce désir, en le recouvrant de son moi. C'est précisément ce qu'effectue le narcissisme. Et le résultat de ce recouvrement consiste en ce que nous appelons la reconnaissance de la réalité.

Jacques Lacan a pu montrer comment la forme *princeps* de la reconnaissance nous était donnée avec la reconnaissance par le petit humain de son image dans le miroir, à un âge compris entre 6 et 18 mois.

Les psychanalystes s'occupent tout particulièrement de la relation, pour un sujet, entre le narcissisme et l'objet du désir. Ce que nous appelons notre moi, ou encore notre image, résulte en effet du refoulement de l'objet de notre désir, objet que Freud a déterminé comme objet pulsionnel. Et les analystes sont en mesure de montrer, car cela constitue l'essentiel de leur pratique quotidienne, que le sujet humain méconnaît ordinairement son désir : l'objet de ce désir en effet, tout comme sa permanence, il le recouvre de son moi, c'est-à-dire de son image spéculaire. Dans l'article que nous avons cité, Lacan montre comment ce moi, ou cette image, a exactement la même structure que notre appréhension immédiate de la réalité, autrement dit que la reconnaissance. Nous ne reconnaissons en effet la réalité que sous la condition du refoulement. Elle suppose le maintien dans les dessous, sous le régime de la censure, de l'objet effectif du désir.

J. Lacan résume ce que nous pouvons considérer ainsi comme un acquis de la psychanalyse, en disant que le sujet méconnaît son désir en le dissimulant sous l'image de son moi, ou sous la reconnaissance, puisque cela revient au même. De cette reconnaissance ou de cette image, il a donné dans la suite de son enseignement une formule élémentaire. Il l'écrit en effet $i(a)$: i pour *image*, de a , cette lettre renvoyant à l'objet.

Cette formule très concise veut notamment indiquer que l'image que nous reconnaissons, ou encore notre perception la plus immédiate de la réalité, repose sur le refoulement de l'objet du désir, et désigne ce refoulement comme sa condition nécessaire. C'est ce que Lacan résumera de la façon suivante :

Le sujet transfère la permanence de son désir à un moi pourtant évidemment intermittent, et inversement se protège de son désir en lui attribuant ces intermittences mêmes.

Précisons ici brièvement les conditions de ce refoulement de l'objet. Ce sont celles-là mêmes qui permettent l'entrée de l'enfant dans un contexte de langage, contexte où va se jouer pour lui l'accès à la fonction symbolique. Ce que montre ici la psychanalyse, c'est que l'enfant ne peut accéder au langage que sous la condition d'une perte de l'objet désigné par Freud comme pulsionnel.

L'enfant n'entre pas volontairement dans un monde de langage. Il y entre, si l'on peut dire, à son corps défendant. C'est malgré lui qu'il est représenté dans un monde où l'autre lui parle, où l'on parle de lui. Chaque sujet humain a pu faire l'expérience de cette question éventuellement angoissante : que me veut l'autre [1][1] Lacan l'écrit Autre, avec majuscule, pour souligner... ? Qu'attend-il de moi ? Que désire-t-il de moi ? Quelle partie de mon corps souhaite-t-il ?

Comme on peut le saisir facilement, c'est de l'autre que le sujet reçoit ces questions, et elles visent toujours concrètement le corps de l'enfant, en tant que sujet venu au monde.

Ainsi, c'est la demande de l'autre, telle qu'elle s'exprime à travers le langage, qui isole un objet dans le corps de l'enfant.

Cet objet, nous pouvons le spécifier à la suite de Freud d'abord comme objet oral, objet de la demande d'amour par excellence : c'est le sein maternel, l'objet que l'on imagine volontiers comme le tout premier. Nous isolerons également l'objet anal, les *fécès*, objet par excellence de la demande de la mère, et qui correspond chez l'enfant au souhait de satisfaire les parents : c'est l'objet qu'il va tenter de restituer à l'autre, lui donner, et par là tenter de répondre à ce que l'autre attend.

Relevons également ces deux objets précisément identifiés par Lacan, mais que Freud avait déjà mentionnés, à savoir la voix et le regard, qui sont également d'abord des objets du désir de l'autre, avant de devenir objets du désir du sujet.

Au commencement de la vie, le corps du nourrisson est entièrement investi par ces objets pulsionnels. Cet état du corps ainsi investi, la psychanalyse le désigne sous le terme de *jouissance*. L'enfant est d'abord entièrement pris dans les nécessités de la jouissance, c'est-à-dire des objets pulsionnels que délimite dans son corps la demande de l'autre. Comme on le constate très simplement à observer un nourrisson, cette jouissance n'est pas un état facile ni confortable. L'enfant y montre bien plutôt une détresse et une dépendance très remarquables à l'égard de l'autre. De fait, ce rapport premier à l'objet et cette première prise de la jouissance sur le corps de l'enfant sont appelés en principe à passer dans les formes socialisées de l'échange humain. En d'autres termes, l'enfant est appelé à laisser tomber une part de cette jouissance initiale

des objets pulsionnels. Il s'agit de cette part qu'il doit abandonner à l'autre pour pouvoir entrer dans l'échange humain, autrement dit pour pouvoir accéder au langage, à la fonction symbolique.

Cela nous explique pourquoi les différents objets que nous avons évoqués – le sein, l'objet anal, la voix et le regard – sont appelés à être pour l'essentiel cédés à l'autre : en un mot, et selon le concept qu'en a élaboré Freud, *refoulés*.

L'accès de l'enfant au langage et à la fonction symbolique suppose que son rapport à l'objet puisse passer dans les formes socialisées de l'échange. C'est ce qui explique que cet objet, l'objet du désir, ne soit pas rencontrable tel quel réellement, mais soit toujours recherché sous ces formes socialisées que nous venons d'évoquer. Ce sont par exemple la nourriture et ses préparations, ou bien l'argent, ou les cadeaux, c'est ce que représente un enfant pour sa mère, ou ce que représente une femme pour un homme, etc.

Psychose, image et objet

Venons-en maintenant à ce que la psychanalyse a permis de découvrir et d'établir concernant les psychoses. Il s'agit au regard de notre propos principalement de ceci, que le refoulement ne s'y trouve pas mis en place. Ce qu'on appelle une psychose tient en effet à ceci que l'enfant n'a pas pu abandonner la part de jouissance, ou l'objet, qui se trouvent ordinairement abandonnés à l'Autre, comme nous venons de le voir. Le refoulement n'est pas mis en fonction. La psychanalyse a pu montrer, et l'un d'entre nous l'a développé ailleurs, que cette absence de mise en fonction du refoulement est corrélative d'une atteinte de l'image du corps, autrement dit de la forme *princeps* de la reconnaissance : l'image du corps, c'est-à-dire la forme *princeps* de la reconnaissance, ne tient pas.

La psychose nous permet ainsi d'observer une structure clinique dans laquelle nous trouvons corrélativement liées l'absence du refoulement et la décomposition, ou la non consistance, de l'image du corps. Cette image se présente comme morcelée, décomposée, tandis que l'objet pulsionnel vient au premier plan de l'expérience du sujet. Cette venue au premier plan de l'objet se traduit par des faits cliniques que l'on relève régulièrement dans une psychose : ce sont notamment les phénomènes élémentaires, l'automatisme mental magistralement décrit par Clérambault, ou encore les hallucinations.

Il en résulte que dans la psychose, la formule *i(a)* que nous avons vu indiquer pour Lacan la consistance de l'image spéculaire, ou encore de la reconnaissance, n'est pas tenable. En effet l'image du corps dans la psychose n'est pas à proprement parler de l'ordre de la reconnaissance. Elle est marquée des traits de l'objet, elle est même plus précisément décomposée par la venue de cet objet au premier plan. C'est ce que nous pouvons écrire non pas *i(a)*, donc, mais *i ? a* comme l'a proposé Marcel Czermak, et comme l'un d'entre nous a pu le développer ailleurs.

Cette venue au premier plan de l'objet, dans la clinique des psychoses, a des conséquences repérables dans l'ordre de la cognition et de la perception. Ce sont les hallucinations et les phénomènes élémentaires, nous l'avons vu, mais aussi les troubles cognitifs comme les ruminations stériles, les voix hallucinatoires ou les hallucinations

visuelles, les phénomènes de dispersion de la perception de l'image, les phénomènes de réduplication du visage ou de l'image du corps, et généralement un morcellement de cette image.

Quelques syndromes illustrent précisément, dans le champ des psychoses, cette venue au premier plan de l'objet et son incidence sur la perception et sur l'image du corps.

Mentionnons tout d'abord le syndrome de Cotard isolé à la fin du 19^{ème} siècle et remis à l'étude par Marcel Czermak en 1986. Dans ce syndrome, on observe régulièrement un délire de petitesse ou d'énormité, ou bien l'image du corps est morcelée. Telle que nous l'évoque le sujet, elle n'a pas de forme stabilisée. D'autre part, le sujet remarque de façon régulière comment les orifices de son corps sont bouchés : rien ne vient faire rupture ou limite à l'intérieur ou à l'extérieur de ce corps.

Les psychanalystes, et en particulier Marcel Czermak, ont pu relever à travers ces symptômes une venue de l'objet pulsionnel au premier plan, obstruant littéralement tout le champ de l'expérience du sujet. À cela s'ajoute ce que l'on peut probablement relever comme des troubles cognitifs spécifiques, en particulier ce que l'inventeur de ce syndrome, Jules Cotard, appelait « la perte de la vision mentale ». Le sujet se plaint d'une vision en quelque sorte absente, à entendre comme une vision sans regard, désubjectivée, qui s'effectue sans qu'aucun enjeu ne l'anime plus.

Mentionnons également, pour illustrer cette venue de l'objet au premier plan et cette décomposition des coordonnées de la reconnaissance, le syndrome de Frégoli, identifié par Courbon et Fail en 1927. Ce syndrome présente ceci de remarquable, que le sujet identifie toujours *le même*, c'est-à-dire la même personne derrière les apparences variées de ses interlocuteurs. Ainsi, dans le cas *princeps* de 1927, la patiente reconnaît-elle la même persécutrice, l'actrice Robine, derrière les images variées des autres qu'elle rencontre.

Elle se plaint également du fait que Robine utilise des parties de son corps à elle pour accroître sa propre beauté, ou que Robine lui envoie des ordres imposés, des « influx » et d'autres phénomènes xénopathiques, etc.

Contrairement à ce qu'on peut lire parfois, le syndrome Frégoli n'est pas du tout rare parmi les psychoses. Un auteur comme Mojtabai estime d'ailleurs que les syndromes de fausse reconnaissance, les « misidentification syndromes » comme les appelle la littérature anglo-saxonne, sont justement... « sous-identifiés ». Le président Schreber écrivait déjà dans ses *Mémoires*, au chapitre 8 :

Presque tout le public des malades de l'établissement portait la marque de personnalités que j'avais plus ou moins eu l'occasion d'approcher au cours de mon existence passée.

Ce que décrit Schreber évoque de très près le syndrome de Frégoli. Erik Porge a décrit en 1986 le cas d'une patiente pour qui tous les hommes qu'elle rencontrait étaient le même, Peter. Peter empruntait la lèvre inférieure de la patiente, ce qui modifiait sa voix, disait-elle.

Par ailleurs certains traits « frégoliques », pour ainsi dire, peuvent être repérés dans d'autres psychoses de forme paranoïaque. Ainsi, l'un d'entre nous a-t-il pu décrire un cas dans lequel une religieuse prend l'apparence de la patiente, ou encore vient se loger dans telle ou telle partie de son corps, en particulier sa main.

Lésions cérébrales, narcissisme et objet

Les lésions cérébrales innées ou acquises peuvent altérer diverses fonctions. On pense le plus souvent aux fonctions sensori-motrices, mais des lésions cérébrales peuvent aussi altérer cognition, discours ou comportement, c'est-à-dire causer des troubles de nature « psychologique ». C'est le lien entre dysfonctionnement cérébral et lésions cérébrales que le neurologue travaille à établir. Par exemple, devant un patient que sa famille juge apathique et irritable depuis plusieurs mois, qui se plaint de maux de têtes et dont l'examen révèle une perte de l'odorat, le neurologue pensera à une tumeur bénigne, ce que prouvera l'IRM. Dans ce cas, la symptomatologie psychologique, si elle disparaît après ablation de la tumeur, n'a qu'un intérêt diagnostique.

Mais le neurologue est parfois contraint de réfléchir sur la signification des troubles neurologiques d'origine cérébrale. C'est le cas quand il travaille en médecine de réadaptation. Il est habituel en réadaptation de raisonner en termes de compensation des fonctions perdues, et de voir dans la « motivation » du patient et dans sa capacité à « accepter son handicap » des éléments essentiels pour une réadaptation réussie. Pourtant, l'expérience quotidienne montre qu'il s'agit aussi pour le patient de retrouver une image acceptable de lui-même, c'est-à-dire de restaurer un certain narcissisme, et que le désir qui l'anime, qui lui permet d'être « motivé », reste opaque pour les thérapeutes.

Ceci vaut pour tout handicap, que la lésion causale soit cérébrale ou non. Quand la lésion est cérébrale, une autre question se pose : narcissisme et désir pourraient-ils être « mécaniquement » altérés par la lésion cérébrale, dans la mesure où il n'y a pas d'activité psychique qui n'ait des inscriptions cérébrales ?

Le syndrome hémisphérique droit : une pathologie du narcissisme

Le syndrome hémisphérique droit réalise un cas où le narcissisme est directement altéré par la lésion cérébrale. Ce syndrome accompagne en général une hémiparésie gauche (paralysie de l'hémicorps et en particulier de la main gauche) ; il comporte des symptômes qu'on pourrait dire « cognitivo-corporels ». Le patient ne prête pas attention aux stimuli en provenance de son hémispace gauche, il les « néglige » de même qu'il peut négliger son propre hémicorps gauche (négligence visuospatiale). Il peut ainsi heurter les obstacles à gauche, ne pas retrouver sa chambre lorsqu'elle est située à gauche de l'entrée du service, laisser la nourriture dans la moitié gauche de son assiette, ne se raser ou se maquiller que la moitié gauche du visage. Au maximum, le patient ne reconnaît pas sa main gauche paralysée lorsqu'on la lui montre ou la lui fait toucher, prétendant parfois qu'elle appartient à l'examineur (asomatognosie). Tous les patients somatoparaphréniques ont un certain degré de méconnaissance de leur hémiparésie, de ses conséquences ou des troubles cognitifs qui l'accompagnent. Cette méconnaissance a été nommée *anosognosie* par Babinski. Un patient anosognosique peut nier ou refuser d'admettre qu'il est paralysé d'un côté ou minimiser les conséquences de cette paralysie

(anosodiaphorie). Cette méconnaissance apparente de la réalité physiologique des troubles, de la nature exacte de ses troubles n'empêche pas le patient de se dire diminué, d'employer en parlant de lui-même des termes extrêmement péjoratifs.

À ces troubles peut être associé ou succéder un discours péjoratif, méprisant ou haineux concernant la main paralysée – Critchley parlait de *misoplégie* – et une personnification de cette main dont le patient parle comme étant ou appartenant à une autre personne. Gertsman désignait cette attitude sous le nom de *somatoparaphrénie*.

Le statut de cette « main-personne » doit être examiné. Dans la littérature neurologique, l'une de nous avait recensé, en 2004, 29 observations neurologiques où la personnification de la main était décrite de façon détaillée. Dans un tiers des cas (10 patients dont 7 femmes), les patients parlaient de leur main paralysée comme d'un enfant. Il pouvait aussi s'agir d'un cadavre, d'un époux ou d'une épouse, d'un animal de compagnie virtuel, d'une vieille femme, une femme morte, du médecin ou de l'infirmière. L'image du corps est ici défaite, elle n'est pas objet d'amour mais de mépris, de dégoût ou de haine. Le narcissisme est donc bien mis à mal par la lésion cérébrale.

Syndrome hémisphérique droit, image du corps et objet

Qu'en est-il du rapport à l'objet dans le syndrome hémisphérique droit ? Nous présentons ici des observations récentes de patients ayant fait un accident vasculaire cérébral hémisphérique droit dans les semaines ou mois précédents, rassemblées dans un service de Médecine Physique et Réadaptation. Ces observations éclairent les rapports entre corps paralysé, image du corps et objet.

La main paralysée comme enfant

Chez plusieurs patientes asomatognosiques et anosognosiques, nous avons observé la personnification du bras paralysé sous la forme d'une enfant. Ces observations sont exceptionnelles par la persistance des symptômes au-delà des premiers jours après l'accident causal. L'une de ces patientes, comme on lui demandait des nouvelles de ses enfants, secoua son bras paralysé en s'écriant : « Lulu, dis bonjour ! » Cette patiente avait été un temps persuadée que son bras gauche était celui de sa fille Lulu, « resté collé après un câlin », et dans le même temps elle ne reconnaissait pas la véritable Lulu, disant « Ce n'est pas ma fille, ça ! ». Une autre s'inventait un scénario, qui, disait-elle, la consolait, où son bras gauche était une fille née le jour de l'AVC, reposant dans le berceau de l'accoudeur du fauteuil roulant. Elle lui avait donné un nom : « feuille » – puisque, disait-elle en souriant, les feuilles reverdissent chaque printemps.

La main paralysée comme objet sexuel

M. L., au cours d'un entretien avec l'une de nous, dit avoir donné un nom à sa main paralysée :

« Je l'appelle ma cocotte ». Il ajoute : « Elle pourrait bien faire quelque chose pour moi, la sal.!!! ». Son interlocutrice s'enquiert : « Ma cocotte... il y a quelqu'un que vous appelez ma cocotte, votre femme, peut-être ? » et M. L. répond : « Ah non, je me permettrais pas ! Ma femme, je l'appelle ma biche ! »

Comme les observations féminines de « mains-filles », ce cas masculin – si classiquement freudien par la dissociation entre les figures de la femme comme mère idéalisée et comme objet sexuel méprisable – est en faveur du statut d'objet de la main paralysée.

La main paralysée comme objet oral

L'une d'entre nous a rapporté les cas de deux patients qui ne reconnaissaient pas leur main gauche paralysée pour leur et chez qui cette main était nantie de qualités orales : l'un de ces patients d'une part personnifiait son bras gauche (« il a plus envie de travailler, il a pas tort il a trop travaillé aussi, il voudrait s'arrêter, il est comme moi »), et d'autre part déclara un jour qu'ayant cru voir passer « un bras gauche », il avait eu « envie de le mordre ». L'autre, pourtant droitier, gratifia son interlocutrice d'un baisemain « parce que je ne peux pas serrer la main » et, avec la même justification dessina des lèvres (« un baiser ») à côté de son autoportrait.

On remarque dans ces cas, d'une part un morcellement de l'image du corps (des lèvres à côté du visage), d'autre part des traits évoquant un objet mort ou non-animé (fille-feuille), des parties du corps autonomisées (un bras qui passe, un bras « collé ») ou animées d'une vie personnelle. Tous ces traits font partie de ceux qui pour Freud suscitent l'impression d'« inquiétante étrangeté », et pour Lacan caractérisent la venue au premier plan de l'objet normalement refoulé.

Syndrome hémisphérique droit, préoccupations orales et anales

Des discours en apparence plus banals témoignent aussi de l'intrusion de l'objet oral ou anal dans la réalité psychique des patients. Ainsi Monsieur Z s'étonne-t-il, des années après son séjour en rééducation, des plaisanteries de mauvais goût qu'il échangeait alors avec son voisin de chambre : « Nous disions que si la nourriture était mauvaise, c'est parce qu'on nous donnait à manger les malades décédés ». Monsieur H, lui, propose une technique originale de rééducation : « Je crois qu'il faudrait me laisser tout seul dans une pièce où il y ait un water alors je crois que je ferais n'importe quoi mais... il faudrait que j'y aille... ce serait presque une expérience à faire... oui... qui pourrait être dangereuse mais enfin... ».

De telles préoccupations pourraient paraître banales chez des patients hospitalisés, soumis à des régimes plus au moins frustrants, obligés de demander de l'aide pour satisfaire leurs besoins naturels. En réalité, on a pu montrer, à partir d'une étude prospective dans les premiers jours après un AVC (Morin et coll., en préparation), que la fréquence de ces préoccupations orales et anales était statistiquement liée à celle de l'asomatognosie. Une d'entre nous a également décrit dans une monographie le cas d'un patient qui, présentant une négligence persistante et très invalidante de l'hémiespace gauche, décrivait sa pathologie en termes de troubles de l'oralité.

On constate dans ces cas neurologiques la concomitance des trois éléments repérés dans les psychoses : des troubles cognitifs (anosognosie, asomatognosie), une atteinte de l'image du corps qui perd son unité et son individualité, une intrusion dans la réalité psychique du patient de l'objet qui devrait normalement manquer, être refoulé, et pouvoir à ce titre susciter le désir.

Nous pouvons donc dire que dans la somatoparaphrénie comme dans les fausses reconnaissances psychotiques, l'image du corps est défaite, l'objet trop présent, la cognition troublée.

Que s'enseignent donc mutuellement psychanalyse et neurologie ?

Apport de la neurologie à la psychanalyse

La neurologie présente des variantes extrêmement parlantes et instructives de la relation d'exclusion mutuelle que nous avons relevée entre la consistance de l'image et la venue au premier plan de l'objet. Cela nous paraît conforter l'hypothèse que nous faisons de cette corrélation régulière entre le refoulement de l'objet et la consistance de l'image, c'est-à-dire la forme de la reconnaissance en général.

Apport de la psychanalyse à la neurologie

Du point de vue du neurologue médecin de réadaptation, une lecture psychanalytique des observations exposées ici présente un intérêt pratique. Elle invite en effet les rééducateurs à ne pas plaquer trop vite sur le comportement de ces patients des notions psychologiques « simples ». Par exemple, « deuil » ou « prise de conscience » sont souvent invoqués en matière de réadaptation. En pratique, même s'ils savent que l'anosognosie est d'origine lésionnelle, les rééducateurs ont spontanément tendance à tenter soit de convaincre le patient de l'existence et de l'intensité de son handicap, soit de comprendre pourquoi il ne peut « psychologiquement » supporter son handicap. Pourtant, lorsqu'ils tentent de faire prendre conscience au malade de son déficit, des risques qu'il lui fait courir, ils suscitent parfois des réactions agressives quasi paranoïaques, le patient s'estimant maltraité ou infantilisé. De fait, il semble illusoire d'espérer prise de conscience et motivation de la part de ces patients tant que l'image spéculaire, tout comme les rapports entre image du corps et objet, sont chez eux trop altérés.

Conclusion

De façon plus générale, il nous paraît possible de souligner la valeur clinique et théorique du fait que nous relevons ici en psychanalyse et en neurologie, à savoir la corrélation régulière entre la consistance de l'image spéculaire et de la reconnaissance d'une part, et le refoulement de l'objet d'autre part. Ceci conduit à se demander s'il est pertinent de tenter d'évaluer, en utilisant les « normes » établies pour des sujets chez qui l'image spéculaire est constituée et l'objet refoulé, les capacités cognitives de sujets chez qui, pour des raisons de structure (psychoses), ou accidentelles (lésions neurologiques), on observe une prévalence de l'objet dans le champ de la reconnaissance et un délitement de l'image spéculaire. L'on pourrait ainsi faire valoir à l'intention de nos collègues étudiant les troubles cognitifs de patients psychotiques que prendre comme point de départ pratique, théorique ou méthodologique ce qu'ils considèrent comme une cognition normale – les conditions normales de la reconnaissance – suppose précisément ce que nous avons évoqué ici comme les conditions premières du refoulement de l'objet et de la consistance de l'image. En se donnant d'emblée comme étalonnage de mesure ces conditions d'une reconnaissance

effective, on tombe dans un cercle, supposant présentes de principe les fonctions et les modalités fonctionnelles qu'il s'agit par ailleurs de rechercher ou d'évaluer.

Bibliographie

- Babinski, J. (1914). Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (anosognosie). *Revue Neurologique*, 27, 845-848.
- Carota, A., Annoni, J.-M., Piccardi, L. & Bogousslavsky, J. (2005). *Syndromes majeurs de l'hémisphère mineur*. EMC-17022 E 10.
- Courbon, P. & Fail G. (1927). Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, 5, 121-125.
- Critchley, M. (1962). Clinical investigation of disease of the parietal lobes of the brain. *Medical Clinics of North America*, 46, 837-857.
- Czermak, M. (2000). *Passions de l'objet*. Paris : Éditions de l'Association Lacanienne Internationale.
- Freud, S. (1990). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard.
- Gertsman, J. (1942). Problems in imperception of disease and of impaired body with organic lesions. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 48, 890-913.
- Lacan, J. (2004). L'angoisse. *Séminaire*, 10. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée par l'expérience psychanalytique. *Écrits*. (93-100). Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1966). Remarques sur le rapport de Daniel Lagache (1961). *Écrits*. (647-84). Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1966). Subversion du sujet et dialectique du désir. *Écrits*. (793-827). Paris : Seuil.
- **EN LIGNE** Mojtabai, R. (1998). Identifying misidentifications: a phenomenological study. *Psychopathology*, 31, 90-95.
- Morin, C., Thibierge, S., Bruguière, P., Pradat-Diehl, P. & Mazevet, D. Daughter- (2005). Somatoparaphrenia in women with Right Hemisphere Syndrome: a psychoanalytical perspective on neurological body knowledge disorders. *Neuropsychanalysis*, 7, 171-184.
- **EN LIGNE** Morin, C., Durand, E., Marchal, F., Timsit, S., Manai, R., Pradat-Diehl, P. & Rancurel, G. (2003). Asomatognosie et troubles de l'oralité. Une lecture psychanalytique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 46, 12-23.
- **EN LIGNE** Morin, C., Taillefer, C., Vallat, C., Helsly, N., Thibierge, S. & Pradat-Diehl, P. (2001). Qu'est-ce qu'un « gauche » ? *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 44, 192-204.
- Morin, C. & Salazar-Orvig, A. (1996). Paroles de patients hémiplégiques : discours et position subjective. *Sci Soc & Santé*, 14, 47-78.
- Morin, C., Pradat-Diehl, P., Robain, G. & Perrigot, M. (1994). Qualité de la vie : réflexions critiques sur la notion d'évaluation. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 143-148.
- Porge, E. (1986). Endosser son corps. *Littoral*, 21, 65-88.

- Schreber, D.P. (1985). *Mémoires d'un névropathe*. Paris : Seuil.
- Thibierge, S. (2007). *Clinique de l'identité*. Paris : PUF.
- Thibierge, S. (1999) *Pathologies de l'image du corps*. Paris : PUF.
- Thibierge, S. (1999) *L'image et le double*. Paris : Erès.

Notes

[1]

Lacan l'écrit Autre, avec majuscule, pour souligner combien cet autre désigne pour le sujet une adresse et une demande qui portent bien au-delà d'aucun interlocuteur dans la réalité, pour toucher les symboles fondamentaux qui font les toutes premières questions de son existence.

Résumé

Il est exposé comment, dans toute psychose, s'observent à la fois une atteinte de l'image spéculaire et une absence de refoulement de l'objet, au sens que la psychanalyse donne à ce terme. La même corrélation s'observe dans la somatoparaphrénie (personnification de la main gauche paralysée à la suite d'une lésion cérébrale) : l'image du corps est défaite, tandis que l'objet vient au premier plan, non refoulé, dans les propos du patient. Cela permet de poser l'hypothèse que, de manière inverse, la consistance et la permanence de l'image spéculaire dans la névrose sont liées au refoulement de l'objet. Cela laisse également supposer que dans les cas neurologiques ou psychiatriques d'atteinte de l'image spéculaire, la cognition ne peut pas être explorée suivant des méthodes identiques à celles en usage pour des sujets névrosés.

Mots-clés

- objet
- psychose
- image spéculaire
- somatoparaphrénie
- fausse reconnaissance
- syndrome de l'hémisphère droit

Cet article a été téléchargé sur le site ©<http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-69.htm>