

# Corps commun et rupture anthropologique dans la schizophrénie

Jérôme Englebert

Je propose de partir du constat suivant : à l'heure actuelle, il y a deux alternatives, radicalement dichotomiques, pour penser la psychose, ou plus précisément la schizophrénie. D'une part, il y a l'« alternative DSM » ; d'autre part, l'alternative que nous offre la psychanalyse. Je vais d'abord brièvement esquisser en quoi l'alternative du DSM repose, pour comprendre la schizophrénie, sur une impasse radicale ; et en quoi la psychanalyse repose, elle, sur une impasse, que je propose d'appeler « méthodologique », pour penser le corps de ces sujets schizophrènes. Une fois ces deux alternatives évoquées, j'en viendrai aux propositions issues de la psychopathologie phénoménologique.

Ce n'est pas une nouveauté, le DSM est un outil nosographique mais ne permet pas de réaliser une réflexion psychopathologique. Le problème est que si l'on tient compte de cette réduction, on constate que même la dimension nosographique est truffée de contresens, d'ambiguïtés et, ce qui est certainement plus problématique, d'erreurs cliniques. Pour le cas de la schizophrénie, l'on peut observer que les symptômes mis à l'avant-plan, les symptômes dits « caractéristiques », ne sont en réalité en rien spécifiques à la schizophrénie. Prenons les deux plus importants : l'hallucination et le délire. De nombreuses études ont montré – mais aussi, plus simplement, la pratique clinique – que plusieurs schizophrènes ne présentent pas véritablement d'hallucination. Et je n'évoque pas les difficultés cliniques pour observer et identifier ces phénomènes hallucinatoires. La notion de délire pose également problème. Plusieurs travaux, je pense notamment à ceux de l'américain Louis Sass (1994), ont démontré que la définition du concept de délire n'est pas non plus si évidente que ça et que le rapport que le sujet délirant entretient à son délire est radicalement différent de celui qu'il entretient à une pensée conventionnelle. Dès lors, selon ces hypothèses, qui me semblent cliniquement fondées, on pourrait dire en quelque sorte que le sujet délirant sait qu'il est en train de délirer. Ensuite, le problème du délire, en tant que symptôme caractéristique, est que de nombreuses autres entités diagnostiques présentent ce symptôme dans leur tableau clinique : je pense, par exemple, aux paranoïaques mais aussi aux personnalités borderlines.

On ne peut donc pas considérer l'hallucination et le délire comme les symptômes fondamentaux de la schizophrénie et le DSM passe ainsi radicalement « à côté » de ce diagnostic. L'hypothèse que je développe considère plutôt que la charpente psychopathologique de l'existence schizophrénique, et donc le trait fondamental de son diagnostic, se trouvent du côté du corps.

Le corps pose, précisément, un problème majeur à la métapsychologie freudienne. Je m'en tiendrai, trop brièvement, à une considération d'ordre méthodologique. Le dispositif psychanalytique, du moins celui que Freud ne reniera jamais, et donc celui sur lequel il a échafaudé toute sa théorie, est un dispositif, extrêmement rigide, duquel la vision des corps est absente. Les deux protagonistes de la cure, le patient et l'analyste, ne se voient pas. Cette « phénoménologie de l'invisibilité » a des conséquences radicales d'un point de vue théorique, puisqu'il est par exemple impossible d'articuler à ce dispositif le principe de l'observation ou de l'interaction corporelle.

Je pense que ce constat est bien plus qu'anecdotique. Bien sûr on me répondra qu'il y a de nombreuses alternatives au divan qui se sont développées depuis Freud, certes. Mais d'une part, il est difficile de savoir si Freud aurait été sensible à cet aménagement et, d'autre part, admettre un changement aussi radical de dispositif justifie surtout une refonte entière de la métapsychologie. Puisque celle-ci repose sur un dispositif duquel le corps est absent, y intégrer méthodologiquement le corps, c'est-à-dire « observer », requiert une théorie du corps ou plutôt de l'interaction corporelle ; théorie que la psychanalyse ne parvient pas à nous fournir. En tout cas, concernant la psychose, Freud était très clair :

**« Il faut refuser les malades qui ne possèdent pas un degré suffisant d'éducation et dont le caractère n'est pas assez sûr. N'oublions pas que bien des normaux ne valent rien non plus (...). Elle [la psychanalyse] n'est pas non plus utilisable par les personnes qui ne se sentent pas attirées vers elle par leur souffrance (...). Si l'on veut agir à coup sûr, il convient de limiter son choix à des personnes dont l'état est normal (...). Les psychoses, les états confusionnels, les mélancolies profondes – je dirais presque toxiques – ne ressortissent pas à la psychanalyse » (Freud, 1905, p. 17).**

Freud précise cependant juste après qu'il s'agit de :

**« la psychanalyse telle qu'on la pratique jusqu'ici. Il ne serait pas du tout impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la méthode de façon adéquate et qu'ainsi puisse être constituée une psychothérapie des psychoses » (*Ibid.*).**

Je pense qu'ici Freud oublie de préciser qu'une modification de la méthode conduit à une modification, une refonte, de la théorie. Travail que Freud n'entreprendra jamais, ni pour la méthode, ni pour la théorie.

Pour synthétiser mon propos, nous avons donc une alternative, celle du DSM, qui ne parvient pas à cerner l'essence même du diagnostic de schizophrénie, à penser la psychose pour reprendre le titre du

colloque ; d'autre part, l'alternative de la psychanalyse révèle des difficultés au niveau du corps à corps, pour ici reprendre le titre de cet atelier.

\*\*\*

Je vous propose donc de partir à la recherche d'une théorie du corps. Et cette théorie du corps, on peut la trouver du côté de la *philosophie phénoménologique* (Sartre, 1939a, 1939b, 1943 ; Merleau-Ponty, 1945 ou, pour citer des auteurs contemporains : Zahavi, 2001 ; Gallagher, 2005 ; Gallagher & Zahavi, 2008). Nous développerons également les arguments de ce que l'on appelle la *psychopathologie phénoménologique* (Minkowski, 1927, 1933 ; Binswanger, 1933 ; Blankenburg, 1971 et, pour les contemporains, Stanghellini, 1997, 2006 ; Sass, 1992, 1994, 2014 ; Cutting, 1997 ; Parnas, 2000)<sup>1</sup>.

La phénoménologie place donc le corps au cœur de ses préoccupations, il devient le schéma de représentations. Le corps s'inscrit dans l'espace et le temps, autant qu'il crée cet espace et ce temps. Selon cette perspective, le corps est le centre de notre identité et de notre esprit. Il s'agit de montrer comment le corps forme l'esprit, comment il est la structure de notre psychisme. Il est, de ce point de vue, amusant de voir les neuroanatomistes chercher la localisation de la pensée et de l'esprit, comme si ce dernier pouvait être localisé dans une petite boîte, dans notre cerveau, dans une partie de notre corps. Il y a selon la phénoménologie une « conscience corporelle ». Cette dernière est fondamentale ; elle est préreflexive, pré-thématique, précognitive. Vous savez peut-être que là où la psychanalyse donne le primat à l'inconscient, la phénoménologie le donne à la conscience. Dès lors, ce qui dépasse l'intention et le volontaire, ce qui est outre la réflexivité est ce que la phénoménologie appelle le préreflexif ; la conscience préreflexive. On demeure donc toujours dans le champ de la conscience là où la psychanalyse glisse dans le champ de l'inconscient. Le fait de penser mon corps est l'expérience identitaire la plus profonde et la plus forte qui soit, la plus primaire et la plus intuitive. Il ne s'agit *pas encore* de se dire « Je suis » ; il s'agit *d'abord* de « ressentir » que je suis. Et, naturellement, ressentir que je suis pose la question de l'altérité, comment je suis parmi d'autres. Le corps est donc aussi, pour reprendre les termes de Sartre, un *corps-pour-autrui*. Mon corps est bouleversé par la présence des autres :

**« L'autre accomplit pour nous une fonction dont nous sommes incapables, et qui pourtant nous incombe : nous voir comme nous sommes » (Sartre, 1943, p. 394).**

---

<sup>1</sup> Pour une discussion et un développement à propos de ces différents travaux et de ces hypothèses, voir Englebert (2013).

Je fais un simple détour par la question du visage, que Sartre appelle des « fétiches naturels » (Sartre, 1939b, p. 560). Il propose :

**« Le malheur c'est que je ne vois pas mon visage (...). Je le porte en avant de moi comme une confidence que j'ignore et ce sont, au contraire, les autres visages qui m'apprennent le mien » (*Ibid.*, p. 561).**

Le corps serait donc notre principale coordonnée anthropologique. Ce concept d'anthropologie me semble très important car il serait une sorte de point de repère que nous pouvons utiliser dans la pratique clinique ; le corps est un élément qui devrait être systématiquement mis à l'avant-plan dans nos analyses. Cette anthropologie du corps me permet de basculer vers la fin de mon exposé en évoquant la psychopathologie schizophrénique.

\*\*\*

On peut faire le constat que l'ensemble des manifestations psychopathologiques, mais aussi toute forme de souffrance psychique, sont reliées au corps. Et dans le cas de la schizophrénie, ces problématiques du vécu corporel sont maximales, il s'agit en quelque sorte de l'acmé des problématiques corporelles. C'est ici le rapport primaire au corps qui est troublé. Il y a une « perte de l'évidence naturelle » : tous les éléments de notre quotidien qui nous sont évidents et intuitifs deviennent dans la schizophrénie des impasses.

Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'un *manque*, d'un amoindrissement. Il s'agirait plutôt d'une hyperactivité, d'une trop grande attention aux phénomènes corporels et interactionnels, et que celles-ci seraient à la base d'une perte du sens commun. Les phénomènes naturellement *implicites* se présentent de façon *explicite*. Louis Sass propose de regrouper ces phénomènes sous le concept d'*hyper-réflexivité*, qui serait la manière d'être au monde des sujets schizophrènes. L'hyper-réflexivité est la tendance morbide à interroger de façon excessive des phénomènes que notre statut anthropologique ne nous demande généralement pas d'interroger. Prenons un exemple qui recouvre les questions du corps et de l'autre : j'ai l'habitude de considérer que le simple fait de discuter de comment dire bonjour est souvent une excellente manière de commencer une thérapie avec un patient schizophrène. À bien y regarder, il s'agit là d'un phénomène social d'une grande complexité fait de nombreux échanges et de pactes implicites. Faut-il serrer la main de la personne que l'on rencontre, lui faire la bise, une ou deux ? ou plus ? Convient-il de se tenir à distance ? Et bien pour le schizophrène, ces gestes d'interaction corporelle et d'intuition sont source d'interrogations, d'ambiguïté. Le schizophrène a des difficultés pour s'adapter à l'autre et partager ce que je propose d'appeler le corps commun.

On peut donc parler dans la schizophrénie d'une rupture anthropologique. Cela correspond assez bien au ressenti verbalisé par les patients schizophrènes qui expriment qu'ils n'ont plus le même rapport au monde depuis qu'ils ont présenté leur première décompensation schizophrénique. Discuter avec eux de ce contact étrange au monde, de leurs sensations, de leur vécu corporel, est généralement bien reçu par les patients. Ils expliquent parfois qu'ils se sentent enfin compris, ou que cela les aide à mieux se comprendre.

Enfin, je termine sur les travaux du philosophe Gilles Deleuze qui sont à mon avis également très utiles pour cerner le phénomène schizophrénique. Il utilise avec Félix Guattari le concept de *territorialisation* et celui de *ritournelle* qui englobe ces gestes de la vie quotidienne qui nous permettent de nous approprier un espace, de faire d'un espace un territoire (Deleuze & Guattari, 1980). Il y a de nombreuses choses à dire sur les difficultés de territorialisation du schizophrène : pensons à ces patients schizophrènes qui semblent errer dans les institutions comme dans un labyrinthe alors qu'ils y vivent parfois depuis de nombreuses années. Un psychiatre éthologue portugais, Antonio Vieira, suggère que le schizophrène soit « l'homme qu'un vecteur inconnu déplacerait sans cesse vers la frontière de son territoire (...). Il se comporte comme s'il commençait à ne pas reconnaître les repères de son propre territoire (...) » (Vieira, 1974, pp. 68-69). Ces concepts, que je ne peux qu'évoquer, de la territorialisation et plus fondamentalement de l'adaptation sont à mon avis importants car ils complètent les propositions de la psychopathologie phénoménologique. Ils offrent d'importantes perspectives cliniques. Considérer le territoire induit le paradigme de la géographie, là où la psychologie fonctionne généralement avec le paradigme historique. Ces hypothèses du corps phénoménologique et de la territorialisation permettent notamment de suggérer des pistes de prises en charge institutionnelles : comment aider le sujet à s'approprier ses actes, comme se construire un territoire, comment tolérer l'autre dans l'espace social (qui est une rencontre ou une superposition des territoires), etc.

Fondamentalement, et pour conclure, c'est donc du corps commun que souffre le schizophrène : cette capacité à territorialiser tout en intégrant son propre corps et celui de l'autre dans un espace commun. Il y a une perte du corps en tant que phénomène partagé ; c'est à cet *endroit* que doit agir le clinicien. Il s'agit d'un plaidoyer pour une sorte de « contre-transfert corporel » et de « contre-transfert territorial ». Le clinicien doit mobiliser son corps et son rapport personnel à l'espace, sa capacité à mobiliser son propre corps commun.

## Références :

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Paris : Masson.
- Binswanger, L. (1933). *Le problème de l'espace en psychopathologie*. Toulouse (France) : Presses Universitaires du Mirail. 1999.
- Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'évidence naturelle*. Paris : PUF. 1991.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux*. Paris : Éditions de Minuit.
- Englebert, J. (2013). *Psychopathologie de l'homme en situation*. Paris : Hermann.
- Freud S. (1905), De la psychothérapie, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1999
- Cutting, J. (1997). *Principles of Psychopathology : Two Worlds, Two Minds, Two Hemispheres*. Oxford : Oxford University Press.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Cambridge : Oxford University Press.
- Gallagher, S. & Zahavi, D. (2008). *The phenomenological mind : An introduction to philosophy of mind and cognitive science*. London : Routledge
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie*. Paris : Payot. 2002.
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu*. Paris : PUF. 2005.
- Parnas, J. (2000). The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia. A phenomenological study. In D. Zahavi (Éd.) *Exploring the Self : Philosophical and Psychopathological Perspectives on Self-Experience*. (pp. 115-148). Amsterdam/Philadelphia : Benjamins.
- Sartre, J.-P. (1939a). *Esquisse d'une théorie des émotions*. Paris : Hermann. 1995.
- Sartre, J.-P. (1939b). Visages. In M. Contat & M. Rybalka (Éds) *Les Ecrits de Sartre*. (pp. 560-564). Paris : Gallimard. 1970.
- Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant*. Paris : Gallimard.
- Sass, L.A. (1992). *Madness and Modernism: Insanity in the light of Modern Art, Literature, and Thought*. New-York : Basic Books.
- Sass, L.A. (1994). *Les Paradoxes du délire : Wittgenstein, Schreber et l'esprit schizophrénique*. Paris : Ithaque. 2010.
- Sass, L. A. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis. (Current issues, New directions). *Schizophrenia Research*, 152(1), 5-11.
- Stanghellini, G. (1997). *Antropologia della vulnerabilità*. Milan : Feltrinelli.
- Stanghellini, G. (2006). *Psicopatologia del senso comune*. Milan : Cortina. 2008.
- Vieira, A.B. (1974). De l'évolution de la schizophrénie considérée comme conflit territorial. *Acta Psychiatr Belg*, 74, 57-79.
- Zahavi, D. (2001). Schizophrenia and self-awareness. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8(4), 339-341.