Le schéma corporel, la corporalité et l'hypocondrie [1]

Professeur Lopez-Ibor (Madrid)

La notion de schéma corporel est apparue en neurologie à partir des observations cliniques sur le « membre fantôme », la anosognosie, etc., faisant allusion à la présence en nous d'une sorte de dessin ou d'image de notre corps vu de l'extérieur. Une telle notion comporte en elle un oubli. Cet oubli vient de ne pas intégrer dans la notion d'image corporelle celle de la *corporalité intérieure*, c'est-à-dire de ce que nous appelons de façon classique la « cénesthésie » et que Ortega appelait « intracorps », le corps vécu de l'intérieur. Il est évident que notre corps n'est point vu, mais vécu de l'intérieur. Nous pouvons voir un foie ou un rein, mais ceci n'a rien à voir avec la sensation interne de la corporalité, qui ne nous révèle pas la présence du foie ou du rein, et présente des caractères bien différents.

La neurophysiologie d'aujourd'hui a fait de grands progrès dans l'étude des stimuli et des voies conductrices des divers types de sensibilité. La traduction psychologique de telles connaissances serait celle-ci : la pluie de stimuli de notre corporalité qui viennent de la périphérie est conduite aux centres sensoriels, et ainsi s'établit notre image corporelle intérieure. Leibniz, dans sa correspondance avec Arnauld, disait : « il est vrai que nous ne nous apercevons pas distinctement de tous les mouvements de notre corps, comme par exemple celui de la lymphe ; mais pour prendre un exemple dont je me suis

(1) Extrait de la REVUE DE MEDECINE FONCTIONNELLE - 1971 - 1

déjà servi, de même qu'il m'est nécessaire d'avoir quelque perception du mouvement de chaque vague sur la grève pour pouvoir percevoir l'ensemble des vagues, à savoir le grand bruit que l'on entend au bord de la mer, de même nous ressentons aussi quelque résultat confus de tous les mouvements qui s'effectuent en nous. Mais comme nous sommes habitués à ce mouvement intérieur, nous ne nous en apercevons distinctement et d'une manière réfléchie que lorsqu'il subit une grande altération comme au début d'une maladie. Et il est à désirer que les médecins cherchent à distinguer avec plus d'exactitude ce type de sensations confuses que nous avons dans notre corps. »

Le fait curieux est que cette somme de « petites perceptions », comme dans une prodigieuse opération mathématique, donne un résultat négatif. Celui qui perçoit plusieurs composés avec des reliefs plastiques divers est l'hypocondriaque. Chez l'homme sain, la somme tend vers zéro, mais cette expression est inexacte, car en réalité elle tend à un. En effet de notre intracorps nous parvient un message de caractère immédiat, compact, unitaire, qui est la perception de notre « moi ». Notre moi corporel est une unité de présence dynamique. Nous ressentons notre corporalité comme quelque chose dont nous disposons et que nous appliquons à l'action. Le message qui nous parvient est celui des réalisations de la corporalité.

Essayons de vérifier quel est notre schéma corporel d'homme sain. J'ai décrit, il y a des années, le phénomène que j'ai proposé d'appeler « membre fantôme négatif ». Il se produit dans les conditions suivantes : on met le sujet en situation de repos, essayant d'obtenir une relaxation musculaire maximum, comme dans les exercices d'entraînement autogène de Schultz. Dans la phase préparatoire, au cours de laquelle on recherche seulement une relaxation musculaire généralisée, le sujet a la sensation que ses membres disparaissent. Il est comme s'il n'avait pas de jambes ni de bras. L'absence fantasmagorique se remplit avec l'impression de présence du membre lorsque le sujet concentre sur lui son attention.

Il est difficile d'appréhender l'image de notre corporalité normale. Dans ce genre d'entreprise on voit combien il est faux de parler de schéma corporel, car il ne s'agit pas de schéma, qui rappelle toujours une figure géométrique. Ce n'est rien de définitif ni de fixe, mais au contraire quelque chose de mouvant et imprécis.

A l'état de repos, nous avons la sensation de notre attitude ; en mouvement celle de la partie du corps qui intervient dans l'exécution de ce mouvement. De même que l'on dit que le moi n'existe que dans la mesure où il exécute son action, notre corps n'existe que dans la mesure où il se réalise dans le monde. L'intracorps ne commence à nous envoyer des messages que lorsqu'il se trouve dans des situations limites. L'homme sain sent son cœur battre lorsqu'il court beaucoup. Seul le malade a une sensation de pression des secteurs de sa corporalité malade. La symptomatologie subjective des maladies consiste en cela.

Il ne s'agit pas pour l'instant de poursuivre sur cette voie, mais de tirer une déduction pour la critique de cette notion qu'on utilise en neurologie : « schéma corporel ». L'image corporelle ne serait-elle pas une impression primaire et non pas une synthèse, non pas une intégration mais quelque chose d'antérieur à la synthèse ? A mon avis, nombre de neurologues ont travaillé sur des schémas psychologiques préconçus, et, ce qui est pire, dépassés. Une rénovation des grands chapitres de la neurologie clinique est nécessaire, comme dans les aphasies, les cécités psychiques, etc., par le moyen d'autres perspectives.

SCHEMA CORPOREL ET INTENTIONALITE

Oppenheim fut le premier à attirer l'attention sur le fait que lorsqu'on produit simultanément deux stimuli symétriques, sur deux parties distinctes du corps, l'une des sensations s'éteint, et en échange l'autre prévaut. Hemon a mis au clair un autre phénomène singulier qui se produit chez les amputés porteurs d'un « membre fantôme ». Un stimulus sur la région du membre correspondant au point symétrique à l'endroit où la sensation du membre fantôme est la plus vive suffit à faire disparaître la sensation. C'est une autre manifestation du phénomène d'extinction. Head, Holmes et Riddoch découvrirent qu'une double excitation lumineuse peut n'être perçue que dans un visuel si l'appareil optique a une lésion d'un seul côté, mais ceci seulement lorsque la lésion n'est pas assez intense pour provoquer à elle seule une hémianopsie. Il s'agirait donc d'une « hémianopsie de circonstance », c'est-à-dire conditionnée par une situation déterminée. Quelquefois une telle « hémianopsie relative ou

de circonstance » est capable de provoquer — dans certaines lésions pariéto-occipitales — une extinction des sensations tactiles de la moitié homolatérale du corps.

Pour l'interprétation de ces phénomènes on a recours au mécanisme de l'inattention, comme le fait CRITCHLEY. Mais l'explication qui fait appel à une fonction psychologique aussi vague que l'attention donne peut de satisfaction. Car le fait est que le malade ne prête pas attention à la sensation éteinte ou estompée *car il ne peut le faire.* Un malade de CRITCHLEY disait : « la sensation la plus forte distrait en moi la faculté de pouvoir éprouver la seconde. Il me semble que je ne peux porter mon attention sur le côté gauche quand le droit est excité. »

La perception d'une sensation est une fonction qui présente les caractères de toute fonction psychique : son intentionalité. Dans le champ de la conscience, qui par ailleurs est ouvert, les perceptions ne se situent pas sur un plan uniforme ; il en existe au contraire de *privilégiées,* auxquelles s'adresse l'activité du sujet. Ce qui n'affecte pas la zone privilégiée reste dans l'ombre. Le phénomène est donc un phénomène d'extinction et appartient à un sujet normal ; chez ces malades il est seulement plus accentué, et par conséquent il se manifeste d'une façon anormale.

Il se passe la même chose dans le champ moteur. Le schéma corporel se trouve lié, d'une forme ou d'une autre, à la motilité réelle ou virtuelle, et a de même un caractère intentionnel. Dans l'état de repos absolu, nous percevons les parties de notre schéma corporel vers lesquelles se dirige notre activité psychique, ou encore les autres parties qui se trouvent en activité par contact avec le monde extérieur. Au repos et allongés, le schéma corporel perçu, c'est-à-dire l'expérience vécue de notre corporalité, est constituée fondamentalement par les points par lesquels notre corps s'appuie sur la surface qui le soutient. A ce schéma vécu peut venir s'ajouter la projection d'un schéma mnésique constitué par le souvenir de nos expériences visuales.

Si, au lieu de sentir le corps en repos nous le sentons en mouvement, le schéma de la corporalité vécue se situe dans la partie du corps que nous mouvons avec le plus d'intention. Si nous marchons et sommes en train de parler, c'est sur cette seconde action que se condense notre schéma corporel.

Depuis BRENTANO on a voulu distinguer le fait psychique du fait physiologique par cet aspect significatif de l'intentionalité. Sa racine étymologique vient de « tendere » indo-européen « tend », grec « tonos », qui équivaut à tension, ton, tendance. La tension s'établit entre un centre et un point possible de la périphérie. Dans cette tension se trouve implicite la sensation que nous existons. Le « je pense, donc je suis », de DESCARTES, se réfère à cette tension dans la pensée, de même que l'affirmation de la philosophie existentielle du « j'existe » se réfère à la tension des couches thymiques de l'être.

La tension ou l'intentionalité existe dans la corporalité. *La corporalité humaine a un caractère intentionnel,* et c'est pour cela que l'image corporelle est le résultat de ce même aspect, évident et primaire, de l'intentionalité.

LE CORPS COMME PRESENCE

Ce que l'on appelle image corporelle n'est autre qu'une impression de présence, qui se maintient fluide, vague et indéfinie, prompte à se déverser dans des canaux déterminés. SCHILDER parle de notre image corporelle comme de quelque chose de creux et de vide ; ce n'est pas une abstraction, un schéma, ni même une image. C'est une expérience de présence.

Cette expérience ne se localise nulle part et peut se localiser partout ; cette localisation dépend de la direction suivie par notre activité psychique. Ceci est le grand principe, recteur de l'expérience. On dit quelquefois qu'elle dépend de notre attention. Le mot serait valable s'il n'avait une autre signification plus concrète dans le vocabulaire psychologique. En réalité, ce dont elle dépend, c'est de notre intention. Celle que l'on appelle à tort « image corporelle », dépend, comme nous l'avons dit, de notre intentionalité.

Si l'image du corps est quelque chose d'immédiat qui surgit et se perçoit au contact de l'expérience du propre moi, la périphérie n'y participerait-elle nullement ? L'image corporelle est-elle seulement engendrée d'une façon centrale, même si nous donnons à ce dernier mot une référence encore indéfinie ?

La périphérie doit intervenir, mais non pas comme on a pu le penser jusqu'à maintenant. Le membre fantôme, accompagné de sensations douloureuses, ne disparaît pas avec l'anesthésie du moignon, ni par la section des voies périphériques ou médullaires de la conduction. Inversement, l'hémisomatognosie peut disparaître bien que les dérangements sensitifs demeurent. L'image du corps, nous insistons, n'est pas une synthèse, une intégration, mais une « présence » de perception immédiate.

Maintenant, le membre fantôme est moins important dans les cas où l'amputation est bi-latérale, que dans les cas où elle est unilatérale. Le membre sain influe par sa présence sur la dimension du membre fantôme. Dans les cas de paraplégie, accompagnés de « membre fantôme », plusieurs auteurs ont fait une observation remarquable (CHRISTIAN et d'autres). Le membre fantôme est rattaché au corps d'une manière distincte de celle des jambes réelles. Il a quelque chose de rigide, de mécanique, comme les jambes des marionnettes. Pour les jambes des marionnettes les lois physiques qui servent à maintenir le corps sont différentes des nôtres. Elles sont soutenues et commandées pour ainsi dire d'en haut. Je dirais volontiers que *le membre fantôme est comme un projet.* Un projet de mouvements sensoriels et vécus. Cette expression n'est pas correcte, mais du moins elle est plastique. Ce que fait la périphérie, c'est de contribuer à la constitution de la réalité, telle que nous la percevons.

On a interprété la perception passivement comme le résultat des impressions sensorielles dont nous nous rendons compte. Le rayon de lumière parvient à la rétine ; mais la perception de ce que nous voyons n'est possible que par l'itération de *l'impulsion venue de l'intérieur et ce qui vient de l'extérieur. Toute perception est une rencontre, et je dirais plus : une rencontre créatrice.* La perception complète n'existe pas à l'intérieur, ni à l'extérieur, mais dans la conjonction créatrice elle-même. Ce que l'on appelle « schéma corporel » est le résultat de la rencontre de l'activité du moi avec le monde, au travers, précisément, de cette activité du moi ancrée dans une corporalité.

En ce qui concerne l'image corporelle, que nous enseigne la clinique ? Tout d'abord que, dans la sensation du membre fantôme en l'absence du membre réel comme lorsque ce dernier est présent, ou

dans l'expérience de la héautoscopie, etc., il s'agit d'une sensation de présence. Il se passe la même chose, mais à l'envers, dans les cas d'anosognosie : il s'agit d'une absence ou du fait de ne « pas faire attention ».

Diverses expériences vont nous permettre d'éclaircir cette remarque si importante de l'expérience de la corporalité, ou, si l'on veut employer un langage plus classique, de l'image corporelle. Ross a réalisé quelques expériences sur la perception du visage lorsque les yeux sont fermés. Si on tourne le visage vers un côté, on a l'impression qu'il regarde vers l'avant, mais qu'il s'aplatit. Le résultat de l'expérience est plus clair si on la réalise comme je le propose, en regardant son visage dans un miroir dans la même position (tournée au maximum). L'explication de Ross n'est pas du tout satisfaisante : il pense que l'organisme essaie de maintenir le même rapport entre le visage et le corps. A mon avis, les choses se passent ainsi : le regard fixé sur notre propre image est le principe recteur de la perception de la corporalité. D'où vient que la perspective selon laquelle il nous est offert soit dominée par ce principe recteur et puisse faire que s'annule la perception interne, c'est-à-dire celle que nous donnerait l'image cénesthésique du visage, image que nous voyons seulement aplanie, telle que nous l'offre la perspective visuelle.

L'intentionalité suppose une tension entre un centre et sa périphérie. Lorsque nous regardons un objet, ne sommes-nous pas, dans une certaine mesure, dans l'objet lui-même ? Dans les expériences de relaxation absolue, ce que nous percevons de notre corporalité est la superficie sur laquelle nous nous appuyons. C'est-à-dire la frontière où l'activité perceptive se condense car elle rencontre un obstacle. Une autre expérience : j'essaie de percevoir les yeux fermés l'image corporelle de la main reposant sur la table. La zone de « condensation perceptive » s'établit sur les points d'appui. Je pose un livre sur le dos de la main ; la frange perceptive se déplace au livre lui-même. Si je retourne la main et soutient le livre, la présence de la sensation de la main est plus nette, pourquoi ? Parce que le coefficient d'activité est plus grand à cause de la pression du livre et de l'effort pour le soutenir.

Dans cette analyse nous avons acquis trois points fondamentaux qui vont nous servir dans l'interprétation des faits pathologiques.

a) Tout d'abord, l'« image corporelle » est une expérience pure du fait même d'exister. Dans le « Da-sein » de la philosophie existentielle, dans le « Da » est impliquée cette expérience. Le « Da », c'est-à-dire le « là » de notre existence, se réfère à la présence de notre corps. La présence du corps est ce qui confère au fait d'exister son caractère de réalité, sa spatialité et sa temporalité. Sans le « là » de notre corporalité le fait d'exister serait un errement de spectres.

b) L'expérience est tendue, intentionnelle. Elle a un centre et une périphérie. Elle se caractérise par sa mobilité. La tension ne peut s'exercer dans le vide. Dans la perception, la corporalité doit tendre à quelque chose. Et ce quelque chose dépend des circonstances pathologiques et psychologiques où se trouve le sujet. *La pathologie se caractérise parce que « ce quelque chose » a un caractère impositif.* Le sujet qui ressent une douleur ou tout autre sensation pathologique dans son corps peut très difficilement l'éloigner du champ de son attention.

c) Cette dynamique intentionnelle de la perception tend à dépasser les limites de la corporalité. Dans la vie quotidienne, notre image corporelle disparaît. On dit qu'elle est au fond. On peut accepter cette affirmation si elle exprime qu'elle est inconsciente. Ce que nous percevons est la réalité extérieure. Lorsque la main s'appuie sur le livre ou le soutient, on ne perçoit pas la main, mais le livre lui-même (principes de transcendance et de projection).

Ce déplacement frontalier se trouve altéré dans la pathologie. Un exemple que j'ai eu l'occasion d'observer très souvent est celui des parkinsoniens. Très souvent, au moment de franchir une porte ouverte, ils ont de la difficulté et s'arrêtent. L'étroitesse de l'espace les emprisonne tout comme si l'espace physique se rétrécissait réellement et entrait en contact avec leurs frontières matérielles.

Notre corporalité vécue présente la même structure que la vie humaine. PLESSNER parle de la position excentrique et concentrique du moi par rapport au corps humain. MARCEL de l' « avoir » et du « *posséder* », etc., mais cette structure est celle qu'offre la vie humaine en général. L'homme se trouve dans un lieu déterminé par le temps et l'espace — le ici et le maintenant. En celà il est comme les animaux. Et même le parallélisme est plus grand encore : l'homme est dans ce qu'il fait ; nous pourrions concéder aussi que l'animal est dans ce qu'il

fait, par exemple dans la proie qu'il poursuit. La différence se fait jour sur ce point : supposons, dit ZUTT, que nous sommes avec un ami et que nous parlons dans une pièce. Le chien est là ; il y a une certaine structure situationnelle commune à tous les trois. Mais l'homme peut faire quelque chose que ne peut faire le chien : sans changer de lieu, voir la situation de l'extérieur. Ce fait de se retourner, de réfléchir sur lui-même, et par conséquent sur son propre corps et sur sa propre vie vécue sur le plan animal.

Nous acquérons ainsi une perspective. La possibilité des diverses perspectives nous permet, ensuite, de les condenser en une seule. Nous avons une expérience de notre corps et aussi une idée. Le langage contribue à fixer les idées. Pour cela il est nécessaire de pouvoir exercer cette possibilité de s'éloigner du corps ; en définitive, de le considérer comme un instrument. Chez l'hypocondriaque au contraire, la présence du corps envahit la vie noétique : la possibilité d'auto-réflexion devient un impératif d'auto-réflexion. Il se passe quelque chose de semblable chez l'obsédé.

Le corps, d'un côté, nous apparaît, se manifeste à nous. Cette manifestation est en rapport avec la motilité volontaire ; d'autre part le corps nous supporte. Comme support, il est ce que nous pourrions nommer « les états de la corporalité » : instincts, humeurs, affections. Dans ces derniers est incluse une condition de la conduite. Ils entrent dans le chapitre des nécessités. La faim n'est pas un état corporel qui s'accompagne d'un état psychique spécial : nous sommes affamés, nous sommes un corps vivant affamé. La faim n'est pas un état qui nous conduit à un restaurant, mais un état qui exige d'être assouvi, et par conséquent détermine une conduite.

PROJET DE REACTION DE CONVERSION

Il existe dans les maladies psychosomatiques des dérèglements nerveux d'organes, par exemple une tachycardie, ou une crise de coliques, etc. ; mais, d'une manière intimement liée à ces dérèglements existe une altération de la perception de la partie du corps ou de la fonction intéressée. Ces parties, organes ou fonctions du corps sont normalement silencieux. Ce n'est que dans les cas de dérèglement qu'ils se manifestent à la conscience. Le passage de l'inconscience à la

conscience dans la genèse de la névrose et des dérèglements psychosomatiques a lieu non seulement en ce qui concerne les souvenirs refoulés ou les pulsions instinctives, mais encore en ce qui concerne la présence de secteurs, auparavant silencieux, de la corporalité. Si une partie du corps se manifeste, c'est qu'il y a eu une scission. Le sentiment unitaire, flexible, de la santé, devient alors polyphonique. L'existence d'une altération psychosomatique dans la conscience est perturbatrice. Ce n'est pas que la sensation présente fût réprimée auparavant. Elle n'avait jamais existé à l'état normal de santé. L'anatomie que l'homme sain connaît par expérience de son propre corps est très limitée. Cette fissure du sentiment unitaire et global de la corporalité est la maladie même. Ce n'est pas qu'il y ait une projection somatique d'un état émotif, même pas une réaction de conversion : la maladie est une expérience désintégrante et l'apparition de la cénesthésie est une forme de désintégration. L'émotion morbide, et surtout l'angoisse morbide, sont au fond somatotropiques. C'est la menace de la dissolution de notre « moi corporel » qui conduit à cette forme de dissolution partielle qui est le vécu du dérèglement neurotique et psychosomatique.

Cette structure des symptômes apparaît plus clairement dans la névrose. Dire que les symptômes neurotiques correspondent à des mécanismes défensifs est dire une vérité partielle. Il vaudrait mieux parler de l'ambiguïté des symptômes, si nous prenons le terme au sens restreint où l'emploie MERLEAU.-PONTY. Il est vrai qu'ils sont hybrides de par leur propre nature. Ils expriment d'une part la maladie et d'autre part ils sont cette maladie. Si un malade s'angoisse, c'est parce qu'il croit avoir des palpitations, les palpitations sont l'expression de son angoisse, mais en même temps elles sont l'angoisse même.

Le concept de projection a besoin d'être rectifié. Dans la dynamique de la personne on pense que l'angoisse de base originale qui les provoque se projette sur des zones corporelles déterminées. Si l'on accepte cette thèse, le symptôme est le résultat d'une projection de l'angoisse. Peu importe pour l'instant de spécifier l'origine de cette angoisse, ni des autres états analogues. Ce qui est certain c'est que le schéma mental sur lequel se fonde le concept de projection est un schéma dualiste. L'angoisse, phénomène psychique, se projette sur la région précordiale et produit des palpitations, phénomène physique. Le lien entre les deux phénomènes devrait se faire au travers de la « réaction de conversion ».

Il est évident que cette réaction de conversion ne va pas très loin dans l'explication du phénomène. C'est une manière de dire facile, brillante, qui surprend par sa facilité, mais qui escamote le mystère des relations psycho-somatiques. Elle nous indique seulement qu'une émotion se transforme en symptômes corporels déterminés, comme nous pouvions le savoir par l'expérience personnelle de l'émotion normale. Dans cette dernière, elle se transforme, c'est-à-dire qu'elle s'accompagne de symptômes moteurs, sécréteurs et végétatifs. L'émotion pathogène s'accompagne aussi de certains phénomènes corporels. Nous admettons alors que son potentiel énergétique se transforme en symptômes corporels. Le comment de cette transformation reste pour nous une énigme.

Il est, cependant, un principe dynamique certain : celui selon lequel, il y a eu un transvasement du potentiel énergétique. L'émotion a diminué en violence, en tant qu'expérience psychique, à mesure qu'elle s'est transformée en phénomène corporel.

Si l'on examine avec attention la constitution de la symptomatologie, on s'aperçoit que l'angoisse initiale a subi une certaine transmutation qui la concrétise dans sa propre existence temporelle. La palpitation est déjà angoissante par elle-même. Ce n'est pas que l'angoisse se projette en palpitation, mais que cette dernière apparaît déjà comme une forme cristallisée et concrète de l'angoisse matérialisée et incarnée. Le symptôme est l'expression de la névrose, mais en même temps il *est* la névrose.

De là vient qu'il soit difficile à l'hypocondriaque de se défaire de ses symptômes, et que ceux-ci parviennent au contraire à s'intégrer dans sa propre manière de vivre. Sa forme vitale est l'angoisse faite corps. C'est son corps lui-même qui est angoissé. Ce n'est pas l'angoisse qui se projette dans le corps, mais sa corporalité altérée est la genèse de l'angoisse.

Ce qui caractérise l'hypocondriaque c'est qu'il prend une certaine distance de cette angoisse. Le symptôme névrotique a une structure hybride qui transparaît à divers niveaux. L'un des plus important est celui de l'intimité et de l'éloignement du symptôme. C'est une question non d'existence mais de coexistence. Si le symptôme était toute l'existence, celle-ci serait noyée dans l'angoisse totale. Un tel effondrement

est insupportable ; de là la nécessité de composer avec elle, et ce procédé de « convivence » ou de coexistence est appelé métaphoriquement « *mécanisme de défense* ».

La médecine croyait auparavant que ce qui se passait dans le corps avait une explication, mais non un sens. En celà elle répondait à la conception cartésienne de l'homme : dans l'une de ses parties, — la corporelle —, commandent les coordonnées causales et explicatives ; dans l'autre, — la spirituelle —, les coordonnées de sens. La distinction de DILTHEY-RICKERT, et de tant d'autres entre les sciences de la nature et les sciences de l'esprit a la même racine.

Mais la médecine a contribué autant sinon plus que la philosophie à imposer à cette perspective un changement radical. Si l'homme est un — unité de substance et unité existante —, cette unité doit se manifester dans les deux parties. Et il en est ainsi. Prenons un exemple simple : d'un côté une action instinctive semble déterminée par une causalité intérieure, comme par exemple une hypoglycémie engendre la faim ; mais d'un autre côté, elle apparaît avec un sens, comme par exemple, à propos de la faim, il arrive avec l'anorexie nerveuse. Le malade souffrant de l'anorexie nerveuse n'a pas d'appétit, n'a pas faim, comme étant l'expression d'un déterminisme interne qui le pousse à repousser la vie. Il n'a pas envie de manger car il n'a pas envie de mûrir, de croître, de vivre. Toute action instinctive révèle que l'homme est une nature incarnée.

Ceci est l'un des thèmes les plus fascinants que pose la médecine d'aujourd'hui. Celui du sens du corps humain dans son aspect de nature incarnée. Il est curieux de noter que cette nouvelle perspective de la corporalité correspond à la revalorisation du corps dans le monde moderne. Le corps est cultivé amoureusement, maternellement. L'hygiène corporelle, le sport, la propreté, sont les rites d'une nouvelle religion du corps. Il y a en cela un curieux processus de sacralisation corporelle. Les va-et-vient de l'histoire humaine sont stupéfiants. La culture humaine croît à mesure que l'homme se désacralise et à mesure que son esprit se transforme en raison et sa raison en intelligence et l'intelligence en processus cybernétique ; un contre-courant, au contraire, sacralise le corps, et même en commençant par ses parties les plus basses, la vie même des instincts. En psychanalyse la libido est un « *deus ex machina* » qui régit la conduite humaine.

Le corps humain n'est pas comme les autres corps de la nature, car il est plein de significations propres sous-jacentes. Les mouvements de l'homme ne sont pas physiques, mais intentionnels. Le rapport que j'ai avec mon corps n'est pas le même que celui que j'ai avec ma table. Je peux toucher celle-ci, elle me sert, je m'appuie sur elle. Mon corps me sert aussi, il est aussi mon instrument lorsque j'écrit ou que je lance une pierre, mais en même temps mon corps est quelque chose de si inhérent à moi-même que je ne peux exister sans lui.

L'attitude face à notre corps est l'une des caractéristiques essentielles des temps nouveaux, comme je viens de le dire. La découverte de l'intimité va de pair avec la découverte du corps comme structure intime. Ce n'est pas le corps qu'étudie l'anatomiste, ni même que représente l'artiste. C'est le corps comme foyer de l'homme, foyer inconnu, et surtout dans les premières années de la vie. La maturité de la vie humaine comporte en elle la découverte de ses divers foyers. Si l'anthropologie et la philosophie ont découvert dans cette attitude une nouvelle source de connaissances, la médecine nous révèle et nous fait apparaître la corporalité d'une manière plus vitale que la connaissance philosophique.

La conduite humaine extrait des instincts des réserves énergétiques et les instincts sont liés à la corporalité. Il est évident que les instincts humains sont ouverts, comme toute la structure de l'être. Les symptômes de la névrose et de nombreuses maladies somatiques nous apparaissent comme des dérèglements instinctifs. La psychanalyse a entrepris d'éclairer le chaos des instincts, en rationalisant leurs manifestations. Freud a accompli le plus gigantesque essai de rationalisation dans l'interprétation de la vie instinctive que l'on connaisse ; essai, par ailleurs, plein de fissures. Pour sauter de l'irrationalité du corps à la rationalité de l'esprit il a inventé l'inconscient. L'inconscient est la trame magique qui rationalise les symptômes neurotiques, les oublis, les erreurs, et les turpitudes de la vie quotidienne.

L'inconscient est le pont qui s'établit entre le corps et l'esprit. C'est, au fond un mécanisme pour expliquer, par hypothèse, le fait que l'homme soit une nature incarnée. Au travers de l'inconscient, la pensée se convertit en instinct et l'instinct en pensée. L'inconscient est la corporalité en tant qu'il se trouve en contact étroit avec l'esprit qui l'anime ; c'est pour cela qu'il me semble plus proche de la réalité

de pénétrer dans cette couture qui unit le corps à l'esprit par le biais des stratifications vitales que par celui de l'hypothèse de l'inconscient. L'exposition de ce point demandera beaucoup de temps ; il suffit que j'apporte ici la conclusion : l'inconscient est pour moi ce que nous appelons autrement la structure vitale (thymopsyché). C'est pour cela que j'ai parlé dans d'autres publications de l'« inconscient vital ».

La différence entre vie et vie humaine, ou si l'on veut, en d'autres termes, entre la vie et l'existence, consiste dans le fait qu'exister — ou vivre humainement — est vivre une vie qui a un sens. Vivre tout court n'est pas humain. Ce qui cause l'angoisse et le désespoir chez l'homme n'est pas tant les difficultés de vivre tout simplement, mais celles de réussir une vie pleine de significations. Ceci n'est pas de la philosophie, mais une observation.

Dans les camps de concentration, ce qui faisait souffrir le plus profondément n'était pas la réduction des satisfactions vitales au minimum, mais la réduction des satisfactions humaines. La culture consiste précisément à remplir la vie de significations. Chaque vie humaine est une œuvre d'art en tant qu'elle réalise une signification propre.

La maladie est un phénomène naturel ; mais la maladie humaine ne s'épuise pas dans sa phénoménologie naturelle, pour la même raison que la nature humaine ne s'épuise pas dans une dynamique purement biologique. La maladie, en tant qu'humaine, a un côté culturel. L'étude des rapports entre la culture et la maladie est passionnante. Ce n'est pas mon propos de l'exposer maintenant, mais je vais donner quelques boutures du thème.

L'homme pourrait se définir, entre autres, comme pouvant tomber malade d'une façon psychique. Les animaux ne présentent aucune maladie mentale. Il n'est aucun animal, qui, ayant la syphilis, soit pris d'un délire de grandeur tel que celui dont peut-être souffrit NIETZSCHE lorsqu'il écrivit son « Ecce Homo ». Il n'y a pas de chiens schizophrènes ni même névrotiques. A moins d'utiliser le mot dans un sens aussi élémentaire et réduit que celui qu'emploie DALI, parlant de l'habileté picturale des crabes.

Je sais que l'on parle de névrose expérimentale. L'animal qui a été soumis à un conditionnement déterminé doute lorsque le stimulus positif s'approche du négatif. Le doute, l'insécurité de l'animal, ses conflits instinctifs n'ont qu'une lointaine analogie avec ceux de l'homme. De même dans les « animaux cybernétiques » l'on peut observer des réactions semblables. Les conflits humains sont de nature différente. Ce ne sont pas primairement des conflits instinctifs, mais au contraire des conflits humains exprimés au niveau des instincts. Que sont les conflits instinctifs, sinon le résultat de la dialectique qui s'instaure entre l'être et le doit-être ? Le problème de tout névrosé est celui de l'évolution et du développement de sa personnalité.

Dans toutes les maladies, on voit la lutte de l'homme en tant qu'être, et dont la « nature » consiste en sa « culture ». Il est logique de penser que cette marque culturelle soit plus manifeste dans les maladies psychiques. Les racines biologiques de la maladie peuvent être les mêmes, mais la maladie se manifeste différemment. L'hystérie exubérante et quasi démoniaque du Moyen Age n'est pas la même que l'hystérie pudique de nos jours. L'hystérie de nos jours se déguise sous des symptômes organiques. L'hystérique ne crie ni ne se tord comme les convulsés classiques, mais ses organes — son cœur, ses poumons, sa vésicule, — expriment la souffrance d'une manière plus profonde et mesurable, et ceci correspond à une époque où le contact personnel s'éteint et est souvent sur le point de disparaître. On a dit que l'hystérique dramatise la situation par un désir exhibitionniste. Le véritable drame est celui de son isolement, de l'impossibilité de partager sa souffrance avec autrui.

C'est dans l'époque des masses que la distance entre les personnes s'agrandit le plus. La distance est raccourcie non pas par la connaissance mais par la confiance. Avoir confiance est avoir la foi, et c'est un contact irrationel qui s'établit entre les personnes ; la vie est de plus en plus emmêlée juridiquement, et elle est de plus en plus éloignée quant à la fidélité.

J'ai dit qu'exister c'est remplir une vie de significations. L'homme a besoin de trouver une signification à tout ce qu'il rencontre, et de chaque rencontre humaine jaillit une signification. Les particules physiques se choquent et se repoussent au milieu de la neutralité la plus absolue. Quand l'homme se heurte avec le monde ou avec autrui, ce

choc manque précisément de neutralité ; puisque le *choc* même provient du sens de la vie, et dans ce *choc* le sens est mis à l'épreuve, s'enrichit et se charge de nouvelles significations. La maladie est le *choc* de l'homme avec sa propre nature ; d'où vient que forcément elle ait une signification pour l'homme. Dans les zones obscures de la conscience du malade apparaît toujours le désir de connaître la signification de sa maladie ; le bon médecin est celui qui, sans mots, par sa conduite même, sait répondre à cette interrogation du malade. Pourquoi suis-je malade aujourd'hui et de cette manière ? Quelle signification secrète a cette maladie dans le cours de ma vie ? Même la maladie la plus bénigne apparaît aux yeux de la conscience comme un fait historique. Il n'est pas d'histoire sans sens. La vie humaine n'est pas un parcours cyclique ; mais on revient au point de départ (naissance, croissance, vieillesse, mort).

Le sens de la maladie est lié au passé de l'homme, mais cette interprétation part d'un certain concept immanent de la vie. La vie n'est pas seulement une continuité de faits immanents. Il y a un commencement et une fin qui la transcendent, mais cette transcendance est liée à l'acte même de vivre. SCHELER se demandait un jour comment l'on pouvait avoir conscience de la mort sans l'avoir vécu — de l'intérieur — la vie d'autrui, pas même celle des animaux. Il pensait que dans le cycle du développement de la vie étaient implicites la croissance et la décrépitude, et que le fait de retomber ferait connaître à l'homme sa caractéristique d'être nécessairement mortel. L'expérience psychologique prouve que la conscience d'être limité ne surgit pas selon ce processus de rationalisation. Ce n'est pas une prise de conscience mais un sentiment obscur, non formulé la plupart du temps. Nous pourrions dire que c'est un pressentiment, donnant au mot deux sens possibles ; d'une part pour ce qu'il renferme de futurition, et d'autre part pour ce qu'il contient de forme germinale du sentiment, c'est-à-dire comme forme primordiale et non dessinée du sentir. Ce pressentiment obscur existe depuis l'enfance : c'est le nœud de l'expérience angoissante qui est sous-jacente à toute existence. C'est dans l'expérience de l'angoisse que se situe la rencontre de notre aspect fini et de l'ouverture vers l'inconnu que suppose cet aspect. Tout acte humain possède, comme une épine dans la chair, cette structure.

L'homme est une nature incarnée et l'incarnation prend assise sur le contraste sans solution entre le caractère limité de son corps et le caractère illimité de son esprit. Il n'existe aucune solution rationnelle à ce problème. La vie ne s'explique jamais par elle-même. S'il en était ainsi, la maladie, qui est l'impact de la non-vie, ou de la mort dans la vie elle-même, n'apparaîtrait pas greffée sur son essence même. La maladie humaine est ressentie comme une déchirure intérieure qui n'a aucune suture possible. La maladie révèle à l'homme jusqu'à quel point la nécessité de transcender est implicite dans ses plasmas.

Le mot crise vient du grec « krisis », transposé au latin « scribum » qui veut dire séparer, passer au tamis. L'homme est un être en continuelle crise. Sa marche dans la vie suppose toujours une scission, entre quelque chose qu'il accepte et quelque chose qu'il laisse. Il est impossible de vivre sans cette propulsion. Il ne s'agit pas, naturellement, d'une décision volontaire. Les plus profonds changements critiques s'opèrent dans les couches vitales les plus enfouies. Lorsque l'homme suit un chemin bien déterminé et lorsque ses buts vitaux sont les plus conscients, sa structure critique en semble moins transparente. Par contre, à certains moments, cette dernière devient une expérience translucide. Toute maladie est une crise vitale et la maladie mentale est une crise vitale qui se révèle au niveau psychique. Les fondements mêmes de l'existence sont remués. C'est ce qui se passe dans toute époque historique de crise. C'est pour cela que nous vivons aujourd'hui ce rapprochement entre le monde de l'homme normal et celui de l'anormal. Le ferment pathologique agit comme un germe qui féconde l'histoire.

RESUME

Le schéma corporel, où on doit intégrer la notion de corporalité intérieure, est un concept à rénover.

Cette perception mouvante et imprécise du moi, globale et une chez l'homme sain, a un caractère d'intentionalité. La corporalité a un aspect significatif de « tension » vers quelque chose qui dépend du psychisme, de la pathologie et de l'intention.

De plus, cette expérience corporelle (expérience pure du fait même d'exister) est une rencontre créatrice du moi avec le monde, entre l'impulsion intérieure et ce qui vient de l'extérieur. C'est la structure même de la vie humaine en général, de l'homme situé dans le temps, dans l'espace et dans ce qu'il fait.

Dans les maladies psychosomatiques, le sentiment unitaire et inconscient de la santé devient expérience consciente et désintégrante. Le concept de projection (de l'angoisse sur une zone corporelle) n'explique pas comment l'angoisse morbide qu'exprime le mal, est aussi le mal.

Nous touchons là un grand problème du corps humain — que FREUD a tenté d'éclaircir par l'inconscient. La maladie chez l'homme a un caractère culturel. C'est une crise vitale qui se révèle au niveau psychique et ces conflits instinctifs révèlent toujours l'importance de la rencontre avec les autres hommes : incommunication et isolement. Notre époque, qui voit augmenter les distances entre les hommes, voit donc les fondements même de l'existence remués.

ZUSAMMENFASSUNG

Das körperliche Schema, dem man den Begriff der innerlichen Körperlichkeit einfügen müsste, ist erneuerungsbedürftig.

Diese veränderliche und ungenaue Perzeption des Ich, beim gesunden Menschen global und einheitlich, trägt den Charakter der Intentionalität. Die Körperlichkeit zeigt eine kennzeichnende « Spannung » gegen etwas, das von der Psyche, der Pathologie und der Intention abhängt.

Zudem ist diese körperliche Erfahrung (reine Erfahrung der Tatsache, da zu sein) eine schöpferische Begegnung des Ich mit der Welt, zwischen dem inneren Antrieb und dem von aussen Kommenden. Es ist die Struktur des menschlichen Lebens überhaupt, des Menschen, der hineingestellt ist in die Zeit, den Raum und das, was er tut.

Bei psychosomatischen Krankheiten wird das einheitliche und unbewusste Gefühl der Gesundheit zu einer bewussten und desintegrierenden Erfahrung. Der Begriff der Projektion (von Angst auf eine körperliche Zone) erklärt nicht, wie die krankhafte Angst, die das Ubel zum ausdruck bringt, das Ubel selbst ist.

Wir rühren hier an ein grosses Problem des menschlichen Körpers — welches Freud durch das Unbewusste zu klären versucht hat. Die menschliche Krankheit hat kulturellen Charakter. Sie ist eine vitale Krise, die sich auf psychischem Gebiet offenbart und diese instinktiven Konflikte zeigen immer die Bedeutung der Begegnung mit dem anderen Menschen : Kontaktmangel und Isolierung. Unser Zeitalter, das die Entfernungen zwischen den Menschen vermehrt, So werden in unserer Zeit, in welcher sich die Entfernungen zwischen den Menschen vergrössern, die Grundlagen der Existenz überhaupt angetastet.

SUMMARY

The concept of body has to be brought up to date, by integrating the notion of interior corporality.

This changing and imprecise perception of the self, overall and undivided in the healthy human being, is bound up with act psychology. Corporality has a significant aspect of « tension » towards something depending on the psychological make-up, pathology and intention.

Moreover, this bodily experience (pure experience of the very fact of existing) is a creative meeting of the self with the world, between the interior impulsion and what comes from outside. It is the very fabric of human life in general, of man situated in time, space and action.

In psychosomatic illnesses the unified and unconscious feeling of health becomes conscious and disintegrating experience. The idea of projection (of anxiety onto a bodily area) does not explain how morbid anxiety as an expression of ill is in itself the ill.

Here we are touching on a large problem of the human body — which FREUD tried to explain by the unconscious — that human disease has a cultural aspect. It is crisis in vitality manifesting itself at the psychical level and its instinctive conflicts always reveal the importance of encounter with other human beings — namely, lack of communication and isolation. Our time, in witnessing an ever-widening gap between people, is witnessing thus the shaking of the very foundations of existence.

RESUMEN

El esquema corporal, en el que hay que integrar la noción de corporalidad interior, es un concepto a renovar.

Esta percepción dinámica y imprecisa del YO, global y singular en el hombre sano, tiene un carácter de intencionalidad. La corporalidad posee un aspecto significativo de « tensión » hacia cualquier cosa que dependa del psiquismo, de la patología y de la intención.

Además, esta experiencia corporal (experiencia pura por el mismo hecho de existir) es un encuentro creador del Yo con el mundo, entre las pulsiones interiores y lo que viene del exterior. Es la estructura misma de la vida humana en general, del hombre situado en su tiempo, en el espacio en el que se desenvuelve.

En las enfermedades psicosomáticas, el sentimiento unitario e inconsciente de la salud se hace experiencia consciente y desintegrante. El concepto de proyección (de la angustia sobre una zona corporal) no explica como la angustia morbosa que expresa al enfermedad, es también, al mismo tiempo, la enfermedad.

Abordamos aquí un gran problema del cuerpo humano, que FREUD intentó aclarar por el inconsciente. La enfermedad, en el hombre, tiene un carácter cultural. Es una crisis vital que se revela a nivel psíquico y sus conflictos instinctivos descubren siempre la importancia del contacto con los otros seres humanos : incomunicación y aislamiento. Nuestra época, que vé aumentar la distancia entre los hombres, vé también removidos los fundamentos mismos de la existencia.