

PSYCHOPATHOLOGIE HEUTE

Professor Dr. med. Dr. phil. Dr. jur. h. c. Kurt Schneider

zum 75. Geburtstag gewidmet

Herausgegeben von

HEINRICH KRANZ



GEORG THIEME VERLAG STUTTGART

Sobre la psicopatología de las depresiones

por J. J. LÓPEZ IBOR

K. SCHNEIDER anotó, en la esquizofrenia, una serie de síntomas que llamó de primer orden. Partiendo de su posición clínico-descriptiva, el valor de tales síntomas es sólo de carácter diagnóstico. La presencia de uno de ellos basta para el diagnóstico de la enfermedad. ¿Existe un síntoma de primer orden para la ciclotimia? «No sabemos de ninguno del cual se puede decir: donde aparece, se trata de una ciclotimia. Con preferencia se podría hacer valer como tal *el carácter vital de la distimia*. Puesto que el estado tímico, *como tal*, se halla corporalmente localizado, sería mucho pedir considerarlo como un síntoma de primer orden, ya que sería apoyarse sobre un punto demasiado débil, pero se podría hablar, en cambio, de un descenso o elevación general de los sentimientos corporales.»

Los sentimientos vitales o corporales, según SCHNEIDER, no poseen ni extensión espacial ni están localizados en el cuerpo. Son como una conciencia unitaria de nuestra corporalidad. Nos dicen cómo está, las oscilaciones de nuestra vida en sentido positivo o negativo. Tienen un cierto carácter anticipatorio, puesto que pueden anunciarnos un peligro. Los sentimientos vitales que cita SCHELER son: «angustia, miedo, asco, vergüenza, apetito, aversión, simpatía y repugnancia vitales respecto a hombres o animales, vértigo y otros semejantes».

Es curioso anotar que en esta enumeración no está la tristeza. Ésta pertenece al estrato de los sentimientos psíquicos, que son los sentimientos que se tienen ante algún acontecimiento: alegría, tristeza, etc. Los sentimientos psíquicos son respuestas al mundo psíquico en torno. Los sentimientos vitales son *estados de yo corporal*. Nos dicen cómo se encuentra la densa atmósfera corporal que envuelve nuestro yo. Los sentimientos sensoriales, en cambio, nos dicen cómo *está* una región determinada de nuestro cuerpo, como ocurre con el dolor.

Ahora bien: en la tristeza del melancólico se percibe, por un lado, un estado general de malestar – como un descenso de la vitalidad – y sobre ese océano de malestar flotan algunos islotes donde el malestar se condensa en forma de sensación corporal, como si la tristeza se localizase en la frente, en el pecho, en el epigastrio, etc. La tristeza del depresivo *toma casi el carácter de un sentimiento sensorial. La tristeza del enfermo es una tristeza más profundamente encarnada que la tristeza del sano. Es una tristeza más somatotropizada.* Es una tristeza que aparece con una cualidad distinta que la normal.

Cuando K. SCHNEIDER afirma que no existe una *manía vital* se toca a la médula misma de los hechos. En la tristeza del melancólico la corporalidad pesa más que en el sano. El sano dispone de su cuerpo y apenas lo siente gravitar sobre él; sólo con el avance de la edad comienza a percibir la forma especial de gravitación – de menor disponibilidad – que caracteriza al viejo. El melancólico lleva la carga de su cuerpo como la carga de su vida; ya sé que hay matices y grados, pero la tónica general es ésta. Otra cosa ocurre con el maníaco: su

disponibilidad corporal es absoluta; el yo apenas se siente envuelto por un yo corporal tan fluído y lleno de tono. Sólo raramente aparecen en los inicios de la fase hipertímica algunas sensaciones localizadas, como las que cita Constance, «un cosquilleo agradable en la columna vertebral y la sensación de calor agradable en el plexo solar». Lo más frecuente es que el enfermo se sienta incansable, lleno de energía, prepotente, etc., es decir, poseso de una vitalidad extraordinaria. *Pero, por su falta de localización, no podemos decir que la manía no sea vital, es decir, no corresponda al estrato de los sentimientos vitales.* Éstos siempre se refieren, como queda dicho, al modo de sentir la atmósfera corporal que nos envuelve. Precisamente la euforia vital no puede sentirse localizada. Es todo el cuerpo el que se siente ligero, fluído, a plena expansión. No hay obstáculos a su disponibilidad. No se siente localizada, pero sí siente el sujeto un aumento de su vitalidad; por eso no se siente enfermo.

Dice K. SCHNEIDER que la tristeza reactiva también va acompañada de sentimientos de malestar corporal, por lo que es muy difícil separarla, vivencialmente, de la tristeza vital, primaria, del melancólico, ya que la pena se siente simultáneamente como sentimiento corporal o vital. Por lo que, como dice WEITBRECHT, no se puede comparar su valor como síntoma patognomónico con los síntomas de primer orden de la esquizofrenia, ya que, cuando aparecen, no hay referencia posible a la vida psicológica normal. Para ser posible la distinción sería necesario que los trastornos vitales, primarios o secundarios, tuviesen una distinta cualidad, lo que no está demostrado.

Nos encontramos con el mismo hecho que en otras fronteras de la investigación fenomenológica: que los hallazgos empiezan a perder su carácter de evidencia. En este caso, las diferencias entre K. SCHNEIDER y mis propios puntos de vista aparecen en el límite en el que establece la distinción entre las depresiones endógenas y las reactivas. Cada vez me siento menos inclinado a diagnosticar una depresión reactiva *pura*.

A mi modo de ver, la realidad es la siguiente: los sentimientos vitales pertenecen, como es natural, a la estratificación de la vida emocional del ser normal. Lo que ocurre en el mundo patológico es que los límites entre los diversos estratos cambian su trazado. La tristeza normal apenas se siente ligada a la corporalidad. Una huella de proyección corporal existe, sin duda. El hombre entristecido por una desgracia se encoge, y este encogimiento no es sólo en su porte externo, sino también interno. El hombre alegre, en cambio, se estira y se mueve con fluidez, sintiendo, al mismo tiempo, fluída su atmósfera corporal. La traducción corporal de tales estados es acorde a la tristeza o alegría normales, que son reactivas. (Dejemos ahora de lado las oscilaciones tímicas en la vida cotidiana. De ellas hablaré más adelante). Por eso SCHELER se ocupa detenidamente de la tristeza cuando habla de los sentimientos psíquicos, y no la menciona cuando habla de los sentimientos vitales o corporales. Otra cosa ocurre en los enfermos. La enfermedad trastrueca, en el sentido ya dicho, las relaciones entre el yo y su atmósfera corporal. Las tristezas reactivas patológicas, en las que aparecen proyecciones localizadas, *de la misma cualidad* que las de la tristeza vital de los melancólicos, es porque están infiltradas de tristeza vital.

De todos modos nos hallamos aquí, como antes decía, en las fronteras de la investigación fenomenológica. Lo comprueba la existencia de depresiones, pertenecientes a la ciclotimia, que se manifiestan en alteración de los sentimientos psíquicos. No son depresiones reactivas, sino que estos sentimientos emergen, libremente, del fondo morboso. Existen, además, *depresiones sin depresión*, o sea aquéllas en las que el sujeto no se siente deprimido. Existe, finalmente, la depresión en la que lo primario, desde el punto de vista fenomenológico, es el *sentimiento de culpabilidad*, como tan excelentemente ha descrito WEITBRECHT. Estos diversos

tipos señalan la complejidad de la situación. En primer lugar podríamos preguntarnos: ¿por qué incluimos estas depresiones dentro de las depresiones ciclotímicas? La razón es clara: aunque sintomatológicamente ofrezcan algunos matices diferenciales, el resto del cuadro clínico es el mismo. No se trata, en ninguno de estos casos, de depresiones reactivas, sino autónomas y que cursan fásicamente, como las otras. Esta autonomía en su aparición y en su evolución hacen pensar que, *en el fondo*, deben coincidir con las otras. La misma experiencia terapéutica confirma esa hipótesis. Por otra parte, es frecuente que, durante su evolución, haya ciertos cambios de signo. Por ejemplo, el enfermo depresivo no se cree enfermo, sino arruinado, y, al cabo de algún tiempo, en pleno curso de su depresión, se siente enfermo, con un malestar corporal. No se trata, en un caso así, de ninguna depresión reactiva, porque el enfermo no está arruinado. Es más, algunos enfermos de depresión sin depresión aceptan, paradójicamente, que están enfermos. Otras veces, depresiones que así comienzan, se complican con agitación, etc., con otros síntomas secundarios que pertenecen al cuadro de la melancolía endógena.

K. SCHNEIDER ha descrito las depresiones de *subfondo* («*Untergrunddepressionen*») y las de *trasfondo* («*Hintergrunddepressionen*»), que debemos analizar. Las reacciones vivenciales tienen un subfondo que actúa «*ex opere operata*», causalmente, no vivencialmente. Muchas circunstancias de la vida cotidiana pueden alterar ese subfondo: el estado del tiempo, el humor vital, «por consiguiente, el modo de encontrarnos corporalmente», el sueño, el uso de «*Genußmittel*», la música, etc., pueden influenciar ese fondo. Un vaso de vino puede cambiarlo. Existen *depresiones de subfondo*. «Cuando hablamos de subfondo o de depresiones de subfondo pensamos en las oscilaciones del humor de la vida normal y psicopática». El subfondo es un concepto límite y no es un objeto susceptible de ser investigado. Es inútil fantasear sobre lo que ocurre en él y qué distinciones habría que hacer.

Estas hay que diferenciarlas de las *reacciones de trasfondo*, que son vivenciales. Un ejemplo de reacción de trasfondo es el siguiente. Alguien recibe una carta, cuyo contenido le disgusta. Aunque en el resto del día no piensa en ella, le queda un cierto y oscuro estado de tensión. De pronto, en el curso del día, por cualquier hecho trivial, salta, por regla general más excitado que triste. Por eso, y por su transitoriedad, apenas puede hablarse de una depresión de trasfondo. Otro tipo de reacción de trasfondo sería la que produce un dolor de cabeza. Pero también puede apoyarse sobre el *subfondo no vivenciado*, como cuando se tiene un mal día sin saber por qué, de tal suerte que reacciona vivamente a pequeñeces que otras veces le dejarían indiferente.

Como se ve, todo el problema se halla siempre entre la zona vivenciada y la no vivenciada; es cierto que la investigación fenomenológica no puede apoyarse más que en el análisis de las vivencias, pero también lo es que conviene no olvidar que los límites entre lo vivenciado y lo no vivenciado son fluidos. Toda la atmósfera de los estados de ánimo está a caballo entre lo vivenciado y lo no vivenciado. Estamos de mejor o peor humor según el tiempo, el estado de nuestros plasmas interiores, las noticias que recibimos, etc. etc. Aparte de las fórmulas generales, hay otras personales. La mayoría de la gente se siente triste los días lluviosos, pero también las hay que sienten una cierta euforia. Muchas veces se atribuyen tristeza y euforia a sucesos externos, cuando el curso posterior demuestra que estos sucesos no tienen importancia. El subfondo puede vivenciarse, además, de otra manera que mediante la percepción *directa* de un estado afectivo. ¿Qué son esos sentimientos *psíquicos* que emergen autónomamente, sino un modo de vivenciar el subfondo? En el sujeto normal existen los sentimientos vitales. Éstos fluyen con oscilaciones que están en relación, seguramente, con ritmos

vegetativos. De ahí que en ellos repercutan las variaciones del tiempo cósmico. Tales oscilaciones se hacen aprehensibles cuando se condensan. En los sueños también se expresan. Muchas veces pensamos que estamos de mal humor por haber tenido un sueño desagradable o angustioso; una observación detenida y continuada de este hecho demuestra que, en realidad, la sucesión de los fenómenos es al revés. Una onda distímica o depresiva nace de madrugada y se revela, precisamente, en esos ensueños angustiosos de las últimas horas. La onda continúa y por eso el sujeto se despierta de mal humor, sin saber por qué: la boca seca, la lengua saburrosa, su pensamiento es menos fluido. En el curso del día la onda va decreciendo, y ya a mediodía o al atardecer el sujeto recobra toda su capacidad vital. Todo esto dentro, naturalmente, de los límites de la normalidad.

Sobre estas oscilaciones de la vitalidad, en la frontera de lo vivenciable, se montan las oscilaciones de los sentimientos psíquicos. Hay un oscuro impulso a vivenciarlos. La conciencia tiende a aprehender todas esas «petites perceptions» de las que hablaba Leibnitz. Con frecuencia un hecho de la vida cotidiana cristaliza ese estado de ánimo de subfonfo. La cristalización de una tristeza de fondo y apenas percibida, en torno a los hechos entristecedores, es un comienzo de comprensión. El ser humano necesita comprender todo lo que en él pasa. Lo que queda en la zona de lo desconocido le atormenta. Por eso se observa muchas veces una desproporción entre el motivo y la tristeza producida. Y es que el motivo no fué más que un agente cristizador. Todas esas relaciones entre la capa vital y la psíquica han sido estudiadas muy detenidamente por mí en lo que se refiere a la angustia. («La Angustia vital». Madrid, 1950).

Cuando hablamos de los sentimientos vitales nos mantenemos en un plano puramente descriptivo de la vida emocional. No así cuando hablamos de la *vitalidad* en el sentido de *tono vital*, o *biotono*, como decía Ewald. En este caso se manejan supuestos que tienen una gran raigambre clínica. La observación clínica parece señalar que en la depresión existe una alteración negativa de las funciones vitales, del mismo modo que en la manía parece existir una exaltación de las mismas. Es, pues, una hipótesis clínica lícita poner en relación la ciclotimia con la alteración de ese tono vital, lo mismo que lo es ponerla en relación con el funcionamiento de ciertas estructuras nerviosas.

La elección del tema delirante en las depresiones se realiza según una de estas tres direcciones: delirio de culpabilidad, delirio de hipocondríaco, delirio de ruina. Se trata de la revelación de las tres angustias primordiales del hombre. (K. SCHNEIDER). Nos encontramos ante un matiz esencial para la comprensión de la sintomatología depresiva. Para que en una depresión aparezca un delirio, el acento debe desplazarse de la tristeza a la angustia. La tristeza es, en sí, delirantemente improductiva. No así la angustia. La angustia revela la estructura fundamental del ser. Los tres temas corresponden a las relaciones del ser con su envoltura corporal, con el mundo y consigo mismo. La relación con la esfera corporal se traduce por la hipocondria, la relación con el mundo por el delirio de ruina, que puede adoptar formas nihilistas extremas. El delirio de culpabilidad ofrece toda la complejidad del problema de la culpabilidad. Hay una culpabilidad histórico-personal por faltas cometidas en el pasado; las faltas aparecen como tales a la luz del delirio. En realidad, no eran más que acciones triviales de las que integran la vida cotidiana; pero, además, hay una culpabilidad primaria, que deriva de la existencia misma. La vida humana, por sí misma, consiste en un avanzar a través de los actos humanos; cada acto, en una u otra forma, es una decisión, y por eso refluye sobre el sujeto en forma de responsabilidad, y a la luz del delirio en forma de culpabilidad. En todo delirio melancólico se introyecta la nada. Cuando el delirio adquiere proporciones monstruosas, estamos ante lo que los franceses llaman síndrome de Cotard.

El problema de si el delirio de culpabilidad es primario o secundario, que tanto preocupa a WEITBRECHT, depende de la transparencia y de la condensación del estado de ánimo básico. En el fondo debe haber angustia o estructura angustiosa. La angustia se percibe como vivencia cuando el medio vivencial interno es más transparente y cuando la angustia se halla más condensada, es decir, menos desarrollada en el plano noético. Hay un cierto balanceo entre angustia → vivencia y angustia → delirio. En el delirio no se siente tan nítidamente dibujada la angustia, pero el delirio es angustia, porque está montado sobre la misma estructura. Lo mismo ocurre con el delirio hipocondríaco y de ruina. De la labilidad o firmeza del fondo angustioso depende, en buena parte, su mayor o menor accesibilidad terapéutica. Cuando ese fondo angustioso se desarrolla, adquiere una cierta estabilidad. Quizás el desarrollo sea un dispositivo defensivo espontáneo de la mente humana, que se sentiría incapaz de soportar la violencia de la angustia primordial. En ese caso, es una defensa que estabiliza el síntoma, que lo hace menos permeable a la acción terapéutica, ya sea psíquica o farmacológica.

El desarrollo de la angustia en culpabilidad eleva la vivencia del plano de los sentimientos vitales al de los sentimientos psíquicos. El yo se siente culpable; es, por tanto, un sentimiento psíquico. Pero, así como el yo dispone de los elementos que integran la vida psíquica, en este caso la disponibilidad del yo disminuye o se anula, precisamente porque tales sentimientos emergen de la capa vital. Por eso son irreductibles frente a la disponibilidad del yo.

BINSWANGER ha hecho recientemente un profundo comentario al tema de las *angustias primordiales* («Urängste») de K. SCHNEIDER. La angustia melancólica, dice, es más y algo distinto de la angustia primordial del hombre, que ella pone al descubierto. Como en ella se aflojan las texturas de la objetividad temporal, no resulta ser un fenómeno humano primario, sino un fenómeno natural, en el sentido de un experimento natural. En este experimento, la naturaleza no se repite, no reproduce nada erróneo, sino que crea, como ya JOHANNES MÜLLER y GOLDSTEIN enseñaron.

Efectivamente, en la vida humana nunca hay esas exactas repeticiones del pasado, ni aún en lo patológico, en una situación patológica. algo hay negativo y algo positivo, *en tanto la vida continúa*. La negatividad absoluta sería la muerte. No se repiten, pues, las angustias primordiales. Pero ¿qué son las angustias primordiales? Formas, se dirá, de la angustia vital; pero la angustia, como experiencia humana, no es la misma en dos momentos distintos de la vida, aunque tenga el mismo tema. Existe un esquema, un «eidos» de la angustia primordial, pero ésta cristaliza en distintas formas. No hay dos seres que se angustien de la misma manera, ni normales ni enfermos. La angustia de cada uno es algo tan personal y peculiar como su vida misma y su muerte. La angustia que ha descrito HEIDEGGER no es igual que la de los enfermos, como dice BINSWANGER; porque en la angustia de HEIDEGGER hay todavía una afirmación del ser¹).

En realidad, se trata de la diferencia entre la angustia normal y la patológica. Las dos son angustias ante la nada. En el hombre normal – aún metafísico – tiene una calidad irreal, que no tiene el melancólico. La angustia patológica es miedo a la posibilidad de aniquilarse, de disolverse en la nada; pero esa nada es una nada vivida, *encarnada* en el propio ser – de ahí su traducción corporal. El futuro se presentiza. Es el futuro imposible, el nuevo, tan tremendo y amenazador que el suicidio es preferible.

¹) »Sich in diesem Nichts der Angst erst seines eigentlichen Selbst versichern zu können. Diese Konsequenz ist dem Melancholiker, wie die Erfahrung lehrt, gerade verschlossen«. (Dice BINSWANGER).

Algunos filósofos han conocido esa angustia. En Kierkegaard probablemente existió esa angustia, que llamo vital para distinguirla de la existencial. La textura de ambas es análoga, pero no igual. La angustia del enfermo no es creadora; pero el enfermo puede beber en la fuente de su propia angustia vital, para plantearse los problemas de la existencia, tal como pasó en Kierkegaard. En un caso de mi experiencia se trataba de un destacado filósofo. Tuvo una crisis de angustia *vital*, morbosa. He aquí cómo empezó. «Estaba en el campo. Había realizado una marcha y estaba fatigado. Leyó un artículo sobre «El hombre y yo». Le chocó la palabra así escrita. Le produjo una sensación de irreverencia. Mientras descansaba, los objetos que le rodeaban le parecieron estúpidos, vacíos. No tenía ningún sentido que aquellos objetos estuvieran allí. El mundo podía prescindir de ellos. Por eso resultaban estúpidos¹). Esta vivencia le produjo la del vacío. ¿Dónde asirse? Quedaba él, él mismo, como realidad frente al vacío, a la estupidez circundante, frente a la nada. Él, pero ¿qué era él? Absurda pregunta. No se puede preguntar «¿qué es el yo?» sino «¿quién soy yo?» Sí... quién soy yo... Y así le fué invadiendo la onda de angustia, de tristeza, de melancolía, que le duró unos meses». Fué una experiencia vivida, que por nada quisiera que se repitiese. Después ha dedicado profundos estudios al problema del yo y de la intimidad - pero eso es otra cosa - dice. Es cierto, la angustia vital es distinta de la «angustia existencial» de los filósofos; pero hay una cierta analogía en su textura. En el melancólico, la crisis revela la profundidad de la existencia. Y en ella está la angustia real, *encarnada* en su ser, que, además, es capaz de pensar y reflexionar sobre ella.

¹) »In der Melancholie sehen wir daher kein Aufbrechen der melancholischen Urangeit, sondern eine Losgelöstheit von den konstitutiven Bedingungen der natürlichen Erfahrung überhaupt«, dice BINSWANGER, pág. 58.

Existe-t-il un schéma corporel ?

par J. LOPEZ IBOR (Madrid)

Oppenheim a été le premier à attirer l'attention sur le fait que, lorsque deux excitations symétriques s'exercent sur deux parties différentes du corps, l'une des sensations s'évanouit tandis que l'autre devient prépondérante. Hémon a mis en évidence un autre phénomène singulier chez les amputés porteurs d'un membre fantôme. Une excitation sur la région du membre sain correspondant au point symétrique de celui où la sensation de membre fantôme est la plus vive suffit à faire disparaître le membre fantôme. C'est encore là une manifestation du même phénomène d'« extinction ». Head, Holmes et Riddoch ont découvert qu'une double excitation lumineuse peut n'être perçue que dans un demi-champ visuel lorsque la lésion n'intéresse qu'un côté de l'appareil optique et n'est pas assez intense pour provoquer à elle seule une hémianopsie. Il s'agirait d'une hémianopsie de situation, c'est-à-dire, conditionnée par une situation donnée, monovalente, et non-omnivalente. Dans certains cas, une telle « hémianopsie relative ou de situation » est susceptible de provoquer, dans certaines lésions pariéto-occipitales, une extinction des sensations tactiles dans la moitié homolatérale du corps.

Lorsqu'on entreprend d'interpréter ces phénomènes, on a recours au mécanisme de l'*inattention* (Critchley). Mais une explication qui doit ainsi faire intervenir une fonction psychologique aussi vague que l'attention est insuffisante.

Si le malade ne prête pas attention à la sensation éteinte ou obscurcie, c'est en réalité parce qu'il ne le peut pas. Un malade du même Critchley disait : « La sensation la plus forte empêche chez moi la faculté d'en éprouver une deuxième. Il me semble ne pas pouvoir prêter attention à mon côté gauche lorsque le droit se trouve excité. »

La perception d'une sensation est une fonction psychique présentant les caractères de toute fonction psychique : l'*intentionnalité*. Dans le champ de la conscience, champ, par ailleurs ouvert, les perceptions ne se situent pas suivant un plan uniforme : il en est de *privilegiées*, vers lesquelles se tourne l'activité du sujet. Ce qui ne touche pas à la zone privilégiée reste dans la pénombre. Le phénomène de l'extinction appartient donc au sujet normal ; chez ces malades, il est plus accentué et devient anormalement manifeste.

Il en est de même dans le domaine moteur. Le schéma corporel se trouve, d'une façon ou d'une autre, lié à la motilité réelle ou virtuelle et présente aussi un caractère intentionnel. Dans une situation de repos absolu nous percevons, de notre schéma corporel, ces parties vers lesquelles se tourne notre activité psychique, ou ces autres parties qui sont en activité grâce à un contact avec le monde extérieur. Au repos, et en position couchée, le schéma corporel perçu, c'est-à-dire, l'expérience vivante de notre corporalité, se compose fondamentalement de ces points où notre corps s'appuie sur la surface qui le soutient. A ce schéma vitalement perçu, peut s'ajouter la projection d'un schéma mnésique constitué, par exemple, par le souvenir de nos expériences visuelles.

Si, au lieu de sentir le corps au repos nous le sentons en mouvement, le schéma de la corporalité vitalement perçue se trouve dans cette partie du corps *que nous mouvons plus volontairement*. Si nous parlons tout en marchant, c'est dans la première de ces actions que va se condenser notre schéma corporel.

Le schéma corporel ne résulte pas, en effet, de la somme des sensations parvenant, ou pouvant parvenir, à un point déterminé du cerveau. Le schéma n'est guère une somme de sensations, comme ne l'est pas non plus la cénesthésie de la corporalité.

Ils émergent tous d'un fond primaire et antérieur, qui est l'arrière-fond de l'expérience vécue du corps accompagnant l'activité du moi. *Le schéma corporel est, au fond, la projection corporelle de l'expérience ou perception vécue du moi*. Vu que l'expérience du moi n'est pas une expérience statique mais dynamique, le moi étant toujours vécu dans la mesure où il agit, le schéma corporel est toujours dynamique.

Il devient possible, par cette interprétation, d'éliminer certaines difficultés d'interprétation présentées par le matériel clinique. Il est curieux d'observer, indique Lhermitte, comment certains sujets peuvent se voir atteints dans leurs sensibilités superficielle et profonde sans que l'image et le sentiment d'appartenance de l'hémicorps anesthésié s'en trouvent anéantis. Très souvent, ce qui disparaît de la conscience du sujet ce n'est pas seulement une partie de sa corporalité, mais une partie de son champ visuel. De là aux phénomènes de dépersonnalisation — trouver étrangère sa propre figure — il n'y a qu'un pas.

La motilité de l'homme revêt donc un caractère intentionnel du fait, précisément, qu'elle est une psychomotilité. Une foule de troubles cliniques mettent en évidence ce caractère. Zutt a insisté sur le fait que, lorsqu'un sujet regarde un objet dans l'espace, son moi se trouve davantage dans l'objet considéré qu'à l'intérieur, pour ainsi dire, de son propre espace corporel.

L'action de regarder semble donc dépasser les limites propres de la corporalité. Les parkinsoniens enregistrent souvent un phénomène curieux. Lorsqu'ils essayent de passer le seuil d'une porte, ils se trouvent freinés sans pouvoir avancer. La crampe des écrivains révèle clairement, elle aussi, le trouble de l'intentionnalité du mouvement. Lorsqu'il essaye les mouvements de l'écriture, le malade n'y réussit pas. L'écriture, comme mouvement, est une spécification, un dynamisme moteur privilégié, émergeant d'un fond moteur. La position de la main, l'attitude assise constituent le fond moteur ; le dessin des lettres représente la spécification. L'acte intentionnel de les former apparaît troublé dans la crampe. Cependant, si le sujet n'appuie pas le bras sur la table, s'il ne dessine pas les lettres avec les doigts seulement, mais avec la main constituant une unité avec le bras, la crampe ne se manifesterait point. L'interprétation de nombreux troubles neurologiques peut se trouver grandement éclairée par la prise en considération du caractère intentionnel de la motilité.

Un grave défaut de la neurologie actuelle est à rechercher dans sa tendance à recourir aux interprétations psychologiques, surannées et, en outre, erronées. En défendant avec trop de passion l'indépendance de la neurologie, on néglige souvent sa grande frontière avec les problèmes psychologiques. Il faut renouveler de toute urgence la doctrine des aphasies, des agnosies, des apraxies, en un mot, une bonne partie de la pathologie cérébrale. Nous en avons ici un exemple.

La notion de sensation, d'un usage fréquent chez les neurologues, est insuffisante, parce que trop classique. Elle suppose l'existence d'une distinction trop tranchée entre l'organe excité et l'agent d'excitation. On admet au départ que le progrès dans la connaissance doit commencer et par la fine analyse neurophysiologique de l'organe sensoriel et par l'analyse des excitations ou stimuli produisant la sensation. Le problème se ramène ainsi à l'impact de l'agent physique chimique sur la terminaison nerveuse. Toutes ces analyses ont, certes, enrichi nos connaissances, mais qu'en est-il de la sensation ?... cet impact vibratoire, quand devient-il la qualité que nous appelons rouge ?

La recherche de l'objectivité a donné lieu au mépris de la subjectivité, comme si la science s'arrêtait là. La science — une science — peut établir là la frontière, mais il faut qu'elle sache combien graves sont les problèmes qui lui échappent. Il n'existe pas non plus, d'autre part, une subjectivité pure. Le rouge que nous voyons est toujours une qualité inhérente à un objet. Ce qui importe est donc, le rapport qui intervient entre la conscience du sujet et le monde qui l'environne. Or, ce rapport a toujours été établi à travers notre corps.

Ce que l'on est convenu d'appeler image corporelle n'est qu'une

impression de *présence*, maintenue fluide, incertaine et indéfinie, prête à s'écouler par certains canaux. Schilder indique que notre image corporelle est quelque chose de creux, de vide. Ce n'est ni une abstraction, ni un schéma même pas une image. C'est une *expérience de présence*.

Une telle présence ne peut être localisée nulle part et peut l'être partout ; sa localisation dépend de la direction que suivra notre activité psychique. Voilà le grand principe qui commande l'expérience. On dit parfois qu'elle dépend de notre *attention* : le terme serait valable s'il ne possédait un autre sens plus concret dans le vocabulaire psychologique. En réalité, elle dépend de notre *intention*. Ce qui a si improprement été appelé image corporelle dépend de notre *intentionnalité*.

Depuis Brentano, on s'est efforcé de distinguer, par l'intentionnalité, le psychique du physique. La racine étymologique vient de *tendere*, indogerman *ten-d*, en grec *tonos*, équivalent à tension, tendance. La tension s'établit entre un centre et un point possible de la périphérie. Cette tension implique la sensation « que nous existons ». Le « je pense, donc je suis » de Descartes se rapporte à cette *tension* dans la pensée, de même que la philosophie existentielle du « j'existe » a trait à la tension des couches thymiques de l'être.

Eh bien, la tension ou l'intentionnalité existe dans la corporalité. La corporalité humaine, l'homme en possession de son corps présente un caractère intentionnel. L'image corporelle découle donc de cette même caractéristique, évidente et primaire, de l'intentionnalité.

Si l'image du corps est quelque chose d'immédiat qui surgit et est perçu au contact de l'expérience du moi propre, la périphérie n'aurait-elle donc aucune part à cette expérience?... l'image corporelle serait-elle quelque chose d'engendré centralement seulement, même en conservant le terme « central » comme une référence encore indéfinie ?

La périphérie doit intervenir, mais non comme on l'avait pensé.

Le membre fantôme accompagné de sensations douloureuses ne disparaît pas par l'anesthésie du membre, ni par la section des voies périphériques ou médullaires de conduction. Inversément, l'hémisomatognosie peut disparaître, même si les troubles sensitifs persistent. L'image du corps — nous y revenons — n'est pas une synthèse, une intégration ; elle est une « présence », de perception immédiate.

Or, le membre fantôme, dans les cas où l'amputation de la jambe est bilatérale, se trouve plus raccourci que dans ceux où elle est unilatérale. Le membre sain influe par sa présence sur les dimensions du membre fantôme. Dans les cas de paraplexie accompagnés de membre fantôme, différents auteurs ont fait une observation remarquable (Christian et d'autres). Le membre fantôme reste rattaché au

corps autrement que les jambes réelles. Il a quelque chose de rigide, de mécanique, comme les jambes d'une marionnette. Dans les jambes d'une marionnette, les lois physiques sont autres que dans les nôtres, qui servent à soutenir le corps. Nous pouvons dire que celles-là sont maintenues et commandées d'en-haut. Le membre fantôme est quelque chose comme un *projet*. Un projet de mouvement *sensorialisé*, expression incorrecte mais plastique. Un projet de mouvement qu'il modifie dans son existence avec ce caractère de présence. Ce que fait la périphérie c'est de contribuer à la constitution de la réalité.

La perception a été interprétée comme étant seulement des impressions sensorielles dont nous nous rendons compte. Le rayon de lumière parvient dans la rétine, mais la perception que nous voyons n'est possible que par l'interaction de l'impulsion produite de l'intérieur et de ce qui vient du dehors. *Toute perception est une rencontre*. Et j'ajouterais : *une rencontre créatrice*. La perception complète n'existe ni au-dehors ni au-dedans ; elle se trouve dans la conjonction créatrice. Le schéma corporel est donc le résultat de la rencontre de l'activité du moi avec le monde, cette activité du moi se trouvant ancrée dans une corporalité.

Il existe une vaste zone d'interférences entre la question du schéma corporel et celle de la dépersonnalisation. Le schéma corporel est parti de la neurologie ; la dépersonnalisation de la psychiatrie et, il est pourtant impossible aujourd'hui de traiter à fond de ces phénomènes sans en tenter un rapprochement. Du point de vue clinique, on peut passer graduellement de l'anosognosie à l'hémiautoscopie et à la dépersonnalisation. De tels troubles apparaissent dans les lésions organiques du système nerveux en psychose et dans les tableaux communément appelés psychogènes.

En réalité, le problème de la personnalité humaine ne peut être abordé si l'on ignore que le corps intervient dans sa constitution. Il ne faut pas parler de personnalité ; il faut parler de l'homme. L'homme se trouve défini, entre autres choses, par la possession d'un corps. Un corps dont on dispose et qui est en même temps quelque chose d'essentiellement constitutif. *Nous sommes notre corps et nous avons notre corps*, dit Gabriel Marcel. Ce double front de rapports de la personne avec le corps donne lieu à toute la série de troubles de la personnalité qui vont depuis le membre fantôme des amputés jusqu'à l'impression de dédoublement de la personnalité et, si l'on veut, encore plus loin : jusqu'à la réalisation de ce dédoublement ; ce sont les cas pittoresques de personnalités multiples, depuis la Félicité, Morton Prince, jusqu'à celui, plus récent, d'Eva, Eva aux trois visages.

Imprimé en Belgique

Des presses des Editions ACTA MEDICA BELGICA
Dir. Jos. HILGERS, 44, Berensheide, Bruxelles 17 - Tél. 48.21.10