

I

Corpul trăit și perspectiva sa psihopatologică manuscris

2013

1/ **Corpul trăit.** Simptomatologia variată a tulburărilor psihice include cazuri centrate pe resimțirea distorsionată a propriei corporalități, cum ar fi preocuparea excesivă și nejustificată privitoare la aspectul corporal „deformat și urât,, din sindromul dismorfofobic. Pacientul se verifică ore în șir în oglindă în oglindă ..și ajunge la nenumărate consulturi medicale, în marginea preocupării sale aberante că fața sa își schimbă conturul iar alții ajung s-l privească batjocoritor. Tot sub semnul anormalității se prezintă unele „iluzii corporale,, acesta fiind resimțit mai mare sau mai mic decât în realitate; sau convingerea de nezduncinat în existența unor boli...negarea funcționării unor organe ca inima,...impresia subiectului că este continuu privit și urmărit etc. În sec.XX corpul omului a ajuns în atenția specială a unor psihopatologi de orientare antropologică și fenomenologică. Într-un studiu din 1929 Zutt și Kulenkampf au propus o distincție între „corpul suport” (*tragende Leib*) pe care subiectul îl resimte ca substrat al identității sale; loc în care se petrec bolile, e resimțită oboseala și durerea, e plasată mintea și subiectivitatea. Iar, pe de altă parte,.. corpul apariției, „estetic-fisiognomic” (*erscheinende Leib*); prin care subiectul se relaționează expresiv cu alții. Depresia e resimțită predominant la nivelul corpului suport, pe când histrionismul și paranoidia implică mai ales cel de al doilea aspect.

Către mijlocul secolului trecut fenomenologia germană a insistat asupra distincției semantice între denumirea perspectivei impersonale, de obiect, al corpului - *Körper* – și cea care indică „corpul trăit,..resimțit subiectiv („*Leib*” în germană, „*corp vecú*” și „*lived body*” în franceză și engleză). Primul sens se

referă la corpul uman în mod similar cu orice alt lucru corporal, așa cum apare el în câmpul de interes al anatomistului sau chirurgului. Cel de al doilea sens se referă la felul în care trupul este resimțit ca sediu al propriei minți, al intenționalității subiective, al identității cu sine a persoanei conștiente; și, în același timp, ca punct de pornire a raportării la lume, a căutării informaționale și acțiunilor, a deschiderii spre alții, a rezonării afective, a comunicărilor culturale intersubiective. Corpul trăit joacă deci un rol bazal atât în identitatea cu sine a psihismului persoanei cât și în desfășurarea acțiunilor sale realizatoare și a relaționărilor sale interpersonal sociale - care se realizează în multiple forme culturale. El ajunge astfel să fie implicat în caracterizarea socio-culturală a individului.

Alte ființe umane ne remarcă prin intermediul corporalității noastre. Relaționarea cu ceilalți oameni din lumea înconjurătoare prin intermediul corpului joacă un rol aparte în comunicarea interumană. Faptul e valabil atât pentru comunicarea prin intermediu limbajul articulat narativ, cât și pentru cea realizată prin limbajul corpului, care își păstrează importanța pe care o avea în biologie. Apoi, noi ajungem să ne reprezentăm faptul că alții, concomitent cu receptarea conținutului mesajelor ce le transmitem, ne receptează și expresivitatea corporală, ca indice caracterizant. Percepându-i și cunoscându-i pe alții, subiectul deduce și părerea pe care ceilalți și-o fac despre el, implicând dimensiunea corporală a personalității sale.

2/ Toposul mundan al propriului corp și trăirea spațialității

Limitele corpului-eu și schema corporală; spațiul propriului corp și cel al ambianței proxime. Subiectul uman se resimte continuu pe sine ca localizat în lume prin corporalitatea sa, care este un topos mundan delimitat și centrat. Limitele sunt asigurate, atât în perspectivă obiectivă cât și subiectivă, prin tegumente, mucoase și fanere, circumscriindu-se astfel o zonă „din interiorul”

corpului-eu și una din exteriorul acestuia. În interiorul acestor limite sunt resimțite și plasate informațiile interoceptive ce vin de la organele interne, inclusiv durerea, greața, palpitațiile, dar și plăcerea. Precum și informațiile artromiokinetice care vin de la mușchi, articulații, sistemul vestibular și toate organele ce controlează poziția și mișcarea corpului; inclusiv privirea și vorbirea. În afara tegumentelor se află lumea înconjurătoare a subiectului, din care vin și ne sunt accesibile informații despre lucrurile și ființele din jur, inclusiv din partea altor persoane vorbitoare. Delimitarea biologică a corpului prin tegumente și fanere este dublată în mediul cultural al omului, prin îmbrăcăminte și podoabe. În plus, părul poate fi coafat, tegumentele fardate sau tatuate.

În interiorul corpului ajung și dispar alimentele ingerate și medicamentele; și la fel, aici se localizează plăcerile și durerile, bolile. Chirurgii operează oamenii bolnavi pătrunzând în interioritatea corpului lor și extirpând țesuturile nocive, deseori injectându-l, inclusiv cu ocazia unor vaccinări. Copilul se formează și crește în pântecul mamei de unde este expulzat la naștere. Dar, tot în interiorul propriului corp, subiectul își localizează sufletul - pe care-l corelează cu suflarea respirației. Și, împreună cu el, dragostea, ce izvorăște din inimă sa; apioi mintea, ce e localizată în cap. Atunci când cineva se referă la sine, la identitatea sa, el își îndreaptă mână spre propriul corp.

Omul percepe, la fel ca alte animale, obiectele și ființele ce sunt prezente în situație, în fața sa, plasându-le în spațiul exterior al lumii ce se află în afara corpului său, (pe unele sesizându-le sau intuindu-le în diverse direcții; la dreapta..la stânga..în spate..în sus..în jos...precum și la diverse distanțe față de locul în care corpul său se află)...Dar în raport cu perceperea nemijlocită actuală.. reprezentarea mnestică ulterioară se proiectează – la fel ca orice amintire și imaginare – pe o scenă meta-reprezentativ imaginară...a unui „spațiu interior”, pe care subiectul conștient o resimte ca distinctă de ambianța nemijlocit perceptibilă. Tot astfel e trăit și visul din condiția de deprivare informativ

Perceperea normală și patologică a propriului corp

Către sfârșitul sec.XIX a început să fie studiată și psihopatologia percepției propriului corp plecând de la diferențierea între simțul cutanat, celelalte simțuri și “sensibilitatea interioară”. Încă Aristotel acorda o importanță specială simțului pipăitului pe care îl corela cu sensibilitatea “cărni în general”. Mai recent, în sec.XVIII s-a încetățenit ideea lui Locke privitoare la faptul că, corpurile se caracterizează pe lângă extensia spațială pe care o invocă Descartes și prin soliditate. Pe această bază în sec.XIX s-a diferențiat între sensibilitatea cutanată, care ne desparte de lumea exterioară conturându-ne limitele corporale perceptibile de către alții și de către noi înșine (*Tastsin* în germană – Weber); și sensibilitatea comună, internă (*Gemeingefühl* – în germană) ce a fost numită apoi cenestezie. În interioritatea corporalității sale, subiectul poate resimți, pe lângă senzațiile corelate instinctualității – sete, foame, greață, sexualitate, plăcere, durere – și senzații difuze de discomfort, cenestopatii, asociate cu un sentiment de oboseală, de astenie fizică. Perceperea corporalității s-a corelat și cu trăirile emotive și dispoziționale – anxietate, depresie, iritabilitate, emoții sociale etc.; precum și cu blocarea depersonalizantă a acestora prin “anestezie afectivă”. A apărut treptat și conceptul de “anhedonie” care include pierderea intenționalității și disponibilității subiectului de a se orienta apetitiv în raport cu lumea și cu ceilalți; și de a rezona la aceasta, inclusiv prin plăceri corporale.

Către sfârșitul sec.XIX a început să se contureze și conceptul de sine, de conștiință de sine; iar mai târziu cel de “agenție”, și cel de apartenență la sine a propriilor acțiuni și propriilor trăiri (*ownership*). Deoarece psihologia populară a plasat întotdeauna sufletul – mintea – în interiorul corpului, “în piept”, “în cap”, localizarea sinelui și a conștiinței a fost și ea elaborată ca fiind intracorporală. Pe această bază în a doua jumătate a sec.XX fenomenologia (Husserl, Merleau Ponty) a elaborat doctrina “intersubiectivității intercorporeale”; care, preluată de cognitivism, a jucat un rol important în dezvoltarea psihologiei și psihopatologiei dezvoltamentale și evoluționiste.

Revenind la percepția limitelor corporale, perturbarea acestora a fost semnalată în psihopatologie cu mențiunea că, la acest nivel se consideră dificilă diferențierea între iluzie și halucinație. În alcoolism, (delirium tremens) s-au descris halucinații cu animale mici ce se urcă pe corp; iar în intoxicația cu cocaină au fost identificate “furnicații”. Comentarea dismorfofobiei de către Morselli a atras atenția asupra aspectului expresiv al limitelor propriului corp. Aceasta a fost abordat apoi în sec.XX prin prisma noțiunilor de imagine și schemă corporală. Autopercepția corporală a integrat în sec.XX nu doar senzațiile corporale și proprioceptive, ci și pe cele artromiokinetice, vestibulare și sexuale.

Diverse aspecte ale psihopatologiei percepției corporale – iluzii, halucinații, ideeație prevalent delirantă – au fost apoi comentate în cadrul sindromului de depersonalizare, derealizare. În acest context unele trăiri sunt dificil de diferențiat de convingerile delirante. De ex. trimerile invocate de Descartes (în sec.XVII în “Discurs asupra metodei”) la:...”nebuni care afirmă că sunt înveșmântați în purpură când de fapt sunt goi....care cred că toată ființa lor e un dovleac...ori că sunt alcătuiți din sticlă”. În aceeași direcție se plasează și “delirul Cotard” în care pacientul afirmă că “nu mai are organe....inima nu mai bate....a murit de mult”. În corelație cu trăiri depersonalizante poate fi plasat și sindromul obsesiv al contaminării cu murdărie, microbi, substanțe, conjugate cu compulsia spălării. În spectrul patologiei obsesiv compulsive sunt plasate și alte tulburări în care există o preocupare anormală față de limitele corpului: dismorfia corporală, delirul senzitiv odorant, tricotilomania, compulsia escoriațiilor.

ambientală a somnului. Și la fel, la psihotici, în această arie metareprezentatională a „spațiului subiectiv intern”, sunt plasate halucinațiile și scenariile delirante.

Reprezentarea neuropsihică a limitelor propriului corp a fost denumită de neurologi „schemă corporală”. Ea e susținută cerebral de o zonă din partea posterioară a cortexului lobului parietal nedominant; alături de care, se află și rețelele neuronale care asigură orientarea în spațiul ambiental și recunoașterea figurii altor persoane. Neuropsihologia a comentat, ca exemplu edificator pentru schema corporală, cazul „membrului fantomă”; acesta constă în sentimentul prezenței unui membru care a fost amputat (deoarece conturul său cerebral - și deci de resimțirea sa psihică - nu dispare brusc din reprezentarea cerebrală odată cu amputarea). Conturul propriului corp pe care-l asigură în subiectivitate schema corporală, se perturbă în tulburări psihoalimentare precum anorexia mentală a tinerelor fete și bulimia însoțită de obezitate. În psihopatologie tulburarea sa e implicată în depersonalizarea corporală. În toate aceste cazuri e modificată global imaginea corporală, ce include schema corporală într-o reprezentare mai complexă, relațională. Alte tulburări psihice care implică schema și imaginea corporală pot fi considerate: delirul dermatozic de infestare, convingerile de contaminare din patologia obsesiv compulsivă și dismorfofobia.

Schema corporală, care delimitează spațiul lumii exterioare de interioritatea personală a propriului corp-eu, e un reper psihobiologic ce e modelat și modulat de lumea culturală a omului. A fost deja menționată îmbrăcămintea, a cărei utilitate umană nu e doar de a menține constantă temperatura corpului; ci, este o importantă instanță expresivă, inclusă, împreună cu ornarea trupului, în limbajul cultural al comunicării interpersonal sociale. Rolul acesteia în relaționarea și atractivitatea socială e deosebit de important. Se

cere acum scos în relief însă, și un alt aspect, mai special al prelungirii schemei corporale, cel ce se realizează prin delimitarea locuinței.

Spațiul delimitat al locuinței conține obiecte de uz zilnic. El e resimțit ca o zonă spațială familiară și protectivă; ca un fel de „piele lărgită”, ce separă zona socio-spațială a familiei și intimității, de cea publică; în care,.. comportamentul se cere a fi autocontrolat, pentru a respecta normele oficiale de conviețuire în cadrul structurii ierarhice a colectivității. În spațiul familial îmbrăcăminte poate fi neglijentă iar relaționarea față de persoanele familiare e spontană și degajată. Cei prezenți își cunosc în mare istoria de viață și firea, dorințele, preferințele și intențiile. De aceea și înțelegerea reciprocă e rapidă, uneori doar din priviri sau prin mici gesturi.

În psihopatologie întâlnim stări - ca cele ale agorafobiei și fobiei sociale - care se exprimă prin frica și reținerea subiectului de a părăsi locuința – simbol al siguranței spațiului protector - și de a se manifesta departe de casă, în spații publice. În Tb.obsesiv-compulsivă, o serie de simptome se centrează nu doar pe limitele corporalității...ci și pe ambianța proximală, ce e resimțită ca insuficient de ordonată (și ca incontrollabilă); se întâlnesc și frecvent ritualuri la părăsirea locuinței sau la parcurgerea unor trasee din propria locuință..

3/ Corpul în acțiune.

Extinderea limitelor propriului eu-corp – pe care „schema corporală,, propusă de neurologi o cantonează la tegumente și mucoase –, până la toposul comunitar al locuinței, nu trebuie considerată o metaforă poetică. Corporalitatea unui om viu nu se poate confunda cu cea a unei statui; și aceasta, mai ales deoarece prin acțiune, ea implică lumea din jur cu obiectele pe care aceasta le conține, în direcția manipulării unora dintre ele...și a transformării altora. Omul, individul din specia om, de când s-a definit ca atare, face „corp comun” cu obiectele pe care le utilizează și le confecționează. În timpul acțiunilor efectoare eficiente,

ciocanul, arcul sau sabia... sunt prelungiri nemijlocite ale corporalității. Evoluția biologică a condus, prin competitivitate și selecție, spre animale dotate cu organe tot mai performante de atac și apărare - sau implicate în reproducere. Dar, odată ce evoluția s-a orientat spre telencefalizare..în direcția hominizilor...a omului., succesul în competiție a fost asigurat tot mai mult de operarea problematicii situațiilor actuale – și găsirea e soluții a scenariilor imaginate - pe modele probabilistice. La om, evoluția oprește diversificarea organelor corporale tradiționale de adaptare,... amplificând în schimb capacitatea crescută de operare pe modele...corelată cu apelul la tehnologia uneltelor și instrumentelor.... ce prelungesc și diferențiază organele și funcțiile înnăscute ale propriului corp.

Utilizându-și propriul corp ca instrument de acțiune – la care subiectul adaugă apoi instrumente și unelte produse de sine – subiectul se angajează în acte și proiecte cu scop în lumea ce-l înconjoară, implicând și parcurgând dimensiunile spațio-temporale ale acesteia. În această perspectivă, corpul trăit este elementul central în evaluarea „spațialității,, lumii corelative oricărei persoane active; lume ce se desfășoară „în afara sa,, pornind de la toposul propriei corporalități..în variate direcții – în raport cu poziționarea propriului corp-eu - vizând deplasări, drumuri și parcursuri la diverse distanțe de propria corporalitate etc.

Mutația evolutivă ce se realizează odată cu omul, susține nu doar producerea de unelte și instrumente ce amplifică și diversifică percepția și acțiunea, ci **și implicarea cooperativă a tot mai mulți oameni în utilizarea lor**, odată cu implicarea modelelor probabilistice. De aceea, tehnologia umană va susține amplu și comunicarea dintre oameni, verbal situațional prin dialog, dar și prin scris, tipar, bani, monede; iar recent, prin mijloacele mass media. Apoi, uneltele și instrumentele produse sunt bunuri comunitare. Desigur, **uneltele și instrumentele pot fi interpretate ca un corp uman lărgit**, prin elemente morfo-funcționale exterioare. Calul, carul, trenul, mașina și avionul amplifică deplasarea umană. Ochelarii, microscopul, telescopul lărgesc enorm

percepția vizuală. Dar toate aceste „organe funcționale” sunt accesibile mai multor oameni, reprezentând un fel de „corp social”. (Și aceasta chiar dacă uneori câte un om se atașează mult de mașina lui, integrând-o în corporalitatea sa lărgită; la fel precum în vechime se petrecea între călăreț și calul său... până devenea centaur). Comentând diferențierea evolutivă a corporalității la ființele multicelulare, Dawkins eticheta metaforic corpul ca o „mașină greoaie de multiplicat gene”. În cazul omului, această formulă rămâne mai puțin de jumătate de adevăr, dată fiind proiecția corporalității sale în instrumente de acțiune și comunicare.

Un individ uman atunci când face corp comun, de exemplu cu bicicleta, prin aceasta își prelungește schema corporală. Dacă folosind un ac și își coase o haină pe care o poartă, schema sa corporală e de asemenea susținută de tehnologia umană. Și la fel când folosește o cârjă sau o proteză pentru un picior amputat. Problema pe care o ridică „corporalitatea socială a instrumentelor produse” pentru dimensiunea corporală a persoanei umane, are o arie aparte de interes în zona **protezării corporale**.

Corporalitatea persoanei umane e implicată deci, în continuitatea funcțiilor sale din biologie, în exercitarea ciclurilor instinctive, de la alimentare la multiplicare, implicând acum multitudinea de activități specific umane care se corelează cu acestea, în interiorul „lumii umane,, așa cum ar fi munca...viața de familie educația etc. Tot în marginea ciclurilor instinctive se desfășoară alte activități umane ce angrenează, toate (inclusiv cele spirituale) corporalitatea, precum: **exercițiile** (de învățare, sportive, spiritual - yoga), **jocul, dansul, manifestările din timpul ritualurilor sociale și sacrale, rugăciunea, contemplația, meditația** etc. Corpul propriu este mobilizat specific în astfel de activități... și resimțit ca suport al identității proprii.. în toate tipurile de acțiuni, comunicări și interrelații. Felul în care poate fi comentată corporalitatea în perspectiva extinderii sale prin acțiunea specific umană ce utilizează instrumente, ne atrage atenția că, pentru psihismul omenesc, problema relației

interior/exterior este una complexă, ce nu se reduce la amplificarea schemei corporale prin îmbrăcăminte și podoabe. Ea se va arăta și mai complicată în perspectiva comunicării interpersonale. în care corporalitatea joacă de asemenea un rol deosebit

4/ Trupul ca sediu și suport al identității persoanei.

Psihismul fiecărui om este resimțit, trăit și exercitat de subiect, ca localizat într-o instanță identitară corporală, delimitată de ambianță și de lume în general. Reflexia asupra acestei perspective – ce se exprimă și în psihopatologie - ne trimite spre realitatea biopsihică a corporalității persoanei umane.

Corporalitatea biopsihică a individului uman este baza existenței sale identitare în lume, dintre nașterea și moartea sa. Ea este suportul identității sale cu sine, care se păstrează de-a lungul ciclurilor vieții, de la copilărie la îmbătrânire, cu toate metamorfozele ce apar și a eventualelor protezări. Identitatea corporală poate fi evidențiată printr-o serie de markeri, atât cromozomiali și imunologici cât și morfologici, cum ar fi amprenta digitală și cea iridică. Ea este cea care stă la baza transmiterii unui set de gene specifice spre descendenți. Desigur, și în biologie, pentru identificarea unui individ de către congeneri intervin particularități corporale, un rol important avându-l mirosul. **La om, pentru identificarea unei persoane de către alți congeneri, se consideră a fi caracteristic în primă instanță aspectul feței sale, încadrată în constituția sa corporală;** aspect care, diferențiază persoanele ce sunt „cunoștințe familiare,, ale unui subiect, de persoanele oficiale și de străini.

De-a-lungul istoriei culturale, identitatea unei anumite persoane, ca membru al unei comunități umane, a ajuns să fie marcată de mulți parametrii sociali de circumscriere (nume, caracteristici de origine, locație, statut, competențe, opere, avut..toate pe fundalul unui rezumat al biografiei sale); dar recunoașterea facial corporală a rămas bazală până în prezent. La sfârșitul epocii moderne s-a ajuns

la utilizarea fotografiei de pașaport; iar actualmente la identificarea electronică a feței.

Perspectiva acestei identificări socio-culturale prin aspectul corporal facial s-a conturat mai pregnant în perioada civilizației Antichității greco-romane, în paralel cu forjarea problematicii re-representative a „persoanei juridice,, a cetățeanului și a scenariilor sale dramatice. În acea perioadă istorică s-a impus și o amplă galerie de portrete sculptate ale potentatilor din Imperiul Roman; tot atunci afirmându-se și ideea unui „statut social de cetățean,, pentru persoana umană biopsihică (=„cetățean roman,,). În societățile modernității Occidentale această dimensiune psihosocială de „cetățean identificabil al unei comunități,, s-a generalizat administrativ, fiecare subiect fiind oficial înregistrat la nașterea sa corporală și înscris într-un Registru al Stării Civile; din care e șters odată cu decesul său oficial, constând în moartea corporalității sale biologice. Pe parcursul existenței ale, persoana biopsihică se integrează în rețelele sociale publice și intime ale practicilor instituționalizate dintr-o socio-cultură dată; în cadrul căroră, fiecare subiect exercită funcții și determină evenimente, bazându-se pe „prezența sa efectivă, corporală,,.

Dimensiunea identitară a unui subiect uman circumscris printr-o biografie și incluzând „persoana socială,, cu care el face corp comun, se bazează în permanență pe **corporalitatea sa biopsihică**. Iar acest pol identitar al subiectului este cel ce stă în spatele manifestărilor psihice situaționale actuale, integrate în structura vieții cotidiene; care, la rândul lor, se articulează cu proiectele, preocupările și relaționările interpersonale de durată ale persoanei.

Metamorfoza antropologică culturală ce s-a impus în perioada antichității clasice a dezvoltat dezbaterea publică argumentată asupra problemelor omenești individuale în „agora comunitară,,; context în care s-a decantat conceptul de persoană. Acesta a fost comentat în mod special în cadrul dezbaterilor juridice, care pretindeau „re-reprezentarea,, unui subiect incorporat, în fața unei instanțe de decizie. Termenul de „persoana,, derivă însă de la cel de „mască teatrală,,... scena

teatrului antic a dramaturgiei și comediei aducând într-un spectacol public conflicte și caractere ale indivizilor umani, în jurul unui „scenariu evenimential,, care-i implică afectiv și pe spectatori; (context în care s-au utilizat și măști = „persona,,). Dar reprezentarea prin „masca-persona,, a unui subiect uman în cadrul circumstanțialităților – ca persoană juridică sau a unui scenariu teatral -, evocă dar nu epuizează identitatea existenței individuale a oamenilor. Se cere amintit cu acest prilej și faptul că „masca,, e un accesoriu foarte vechi în manifestările de tip cultural ale omenirii, ea inserându-se în tradiția originării totemice; iar în epoca ceva mai recentă a marilor civilizații agrare, s-a impus un scenariu politico sacral în care potențaii puterii lumești cu deschidere spre transcendență ...au utilizat tot timpul un mod de „mascare,, și „ornare,,... prin care să se diferențieze de cursul vieții cotidiene, în cadrul ritualurilor mitico-sacrale... ce punctau semnificativ derularea vieții colectivităților. Ceea ce se petrece în perioada antichității...e parțiala desacralizare a acestei tradiții. De aceea, dincolo de „masca-persona,, se impun în această perioadă și statuile potențailor, ce tind spre același rang cu cele ale zeilor.

Voga portretisticii sculptate din finalul antichității se va relua într-o manieră și mai „lumească,, odată cu portretele si autoportretele pictate din **Renașterea Europeană**; prin care, individul uman real este re-prezentat ca o persoană ce include o proprie perspectivă biografico caracterială, morală și spirituală...exprimând și inteligența educația... diapazonul afect.. virtuțile etice... Într-un mod parțial similar, dar altfel orientat, s-a dezvoltat - începând tot cu antichitatea - o știință a „**fisiognomiei**,,,; aceasta era preocupată de studierea și reliefaarea particularităților tipologico-caracteriale ale oamenilor - inclusiv privitoare la virtuți și vicii -, care se manifestă în expresivitatea lor facială. Ea s-a bazat o perioadă de timp și pe analogia cu virtuțile simbolice ale animalelor, ipostaziate în fabule, povestiri și legende mitice, (e. g. curajul și forța leului, viclenia vulpilor etc). Fisiognomia a fost susținută de o portretistică de tip caricatural tipologic, fiind cultivată și în Modernitatea Europei, până în sec XIX

(Daumier), ea interesând lumea politicianului (inclusiv selecția a consilierilor potențailor).

Menționata înțelegere a psihismului uman fixează „caracterul,, unei persoane în expresivitatea sa psihocorporală a unui „portret,, - ce poate fi și sculptat sau pictat - are în vedere un fundal identitar bazat pe psihocorporalitate și dimensionat biografico caracterial și prin circumscriere socială; și ea s-a sedimentată la capătul modernității, având în vedere un **psihism uman deja amplu conturat** (deasupra moștenirii sale biologice, psiho-corporale); **ce are o dimensiune de fond conștient subiectivă, intențional reflexivă, centrată agențial printr-un sine (eu) autogenerativ și sintetizator.. ce vizează o lume semnificantă. Psihism care, se autopercepe continuu- centrat pe polul său corporal -, ca fiind organizat printr-o subiectivitate reflexivă (interioară) polarizată cu o lume înconjurătoare (exterioară) obiectivă, în care el se manifestă în zone publice.** Cu toată complexitatea acestui psihism, omul vieții cotidiene își localizează și acum mintea și sufletul în interioritatea propriului său corp identitar.. în cap..în piept.

Dintre specificitățile majore prin care acest psihism identitar încorporat al omului se diferențiază de cel biologic, se cere subliniată „subiectivitatea conștientă (intracorporeală),, prin care el se receptează ca o ființă autonomă; ce resimte că „el însuși,, este autorul responsabil al gândurilor, deciziilor și acțiunilor sale; că acestea „îi aparțin intim lui însăși,,. În intimitatea subiectivității sale (intracorporeale), persoana își poate păstra unele secrete „doar pentru el,, și cei ce îi sunt intimi...se poate autoreprezenta imaginativ în scenarii fictive aparte ...se poate ruga de unul singur lui Dumnezeu. **Tot la nivelul intim al subiectivității interioare (intracorporeale), el își resimte identitatea sa cu sine : EU = EU; fapt ce implică centrarea și delimitarea sa de lume, situații și alte persoane; precum și coerența sa trans-temporală.** Psihopatologia poate altera aceste caracteristici.

Depersonalizarea în planul sinelui corporal

Din simptomatologia depersonalizării o importantă parte se referă la trăirea și resimțirea corporalității. Limitele corpului, reprezentate cortical prin “schema corporală” pot fi percepute ca modificate, mai mari sau mici deformate. Subiectul simte că se transformă, nu se mai recunoaște în oglindă; el se întreabă; “mai sunt eu eu?” Limitele corporalității pot fi resimțite apoi ca vagi, dialuate până la dispariție, cu împrăștierea sinelui. E direcția dispariției, aneantizării sinelui-eu corporal, ca support al unei identități personale căreia îi aparține.

O altă ipostază patologică în depersonalizare e cea de a se resimți în afara propriului corp, de a-l percepe din exterior ca ceva strain; și la fel propriile mișcări, propriul comportament, ca într-o dedublare. Trăirea se poate corela cu sentimentul existenței într-o lume paralelă. Perceperea poate lua forma “heautoscopiei”, caz în care subiectul se vede efectiv pe sine în afara sa, din față, din profil sau din spate, ca un “dublu”. Tema dublului a fost comentată în literatură romantică, dar mai ales în sensul dedublării moral comportamentale (cu excepția nuvelei lui Dostoievski “Dublul”). S-a descris și o heautoscopie negativă în sensul că subiectul nu se mai vede pe sine în oglindă.

Autoperceperea corporală anormală se poate referi și la sensibilitatea generală din interiorul limitelor corporale. La acest nivel, starea firească a resimțirii corporalității e denumită “cenestezie”, ea neatrăgând atenția decât în cazul oboselii, senzațiile neplăcute, de obicei difuze și migratorii, care sunt denumite cenestopatii. Cenestopatiile însoțesc oboseala, se pot accentua până spre intensitatea durerii și erau descrise în clasică “neurastenii” a lui Beard. Mai recent ele sunt comentate și în astenia ce însoțește tabloul “apersonalizant” al vulnerabilității progresive spre schizofrenie, în descrierile “tulburării bazale” ale școlii din Bonn. Dar în aceste cazuri devine evidentă și o slăbiciune sau problematizare a centralității sinelui, asupra căreia a atras atenția școala din Copenhaga. Mai apropiată de depersonalizare este senzația de “devitalizare” : corpul e resimțit “ca de vată, ca de lemn putred....de plastic...de sticlă...de metal”...etc.. Senzația devitalizării poate fi relatată și prin expresii ca : “eu nu mai sunt deloc viu...nu mai exist defel....mă tem că am părăsit viață...sunt mort...etc.”.

În orbita depersonalizării corporale poate fi încadrat și sd. de negare a existenței și funcționării organelor inetrne, descries initial de Cotard în melancholia involutivă. Pacienții afirmă că:”inima, stomacul nu mai funcționează...nu mai am nevoie de mâncare,,nu au urinat de un an...creierul și toate organele sunt distruse...nu mai există etc.”. Se poate ajunge la negarea complete a existenței. La cazurile clasice s-a descris și o convingere de imortalitate și de damnare. Sd.Cotard se plasează în direcția unui delir în care însăși identitatea e negată, anulată.

Problematizarea depersonalizării corporale are în vedere faptul că propriul corp e resimțit ca sediul sinelui identitar și al agenției proprii. De aceea trăirile anormale care exprimă fragilitatea limitelor acestuia, așa cum e sentimentul de contaminare și alte simptome obsesiv compulsive, precum și tulburări din spectrul TOC – indică o alunecare spre orbita psihopatologică a depersonalizării apersonalizante, ce include și o incosistență a sinelui. Propriul corp este și suportul identității persoanei, motiv pentru care el joacă un rol parțial și în sentimentul dedublării. Totuși, fenomenul “transpersonalizării” delirante nu va mai avea referință decât la simptomatologia depersonalizării și nu la dedublare.

unitatea; **că el nu mai este el, cel de dinainte și din totdeauna, inclusiv d.p.d.v. corporal.** În Tulburarea de **Depersonalizare/ Derealizare**, subiectul poate resimți modificări ale limitelor propriului corp, ale aspectului corporal, deformări... capul sau întregul corp poate fi resimțit mai mare sau mai mic, mâinile ca întinzându-se până departe..deformări corporale în diverse zone... pierderea limitelor...corpul parcă se topește în infinit...subiectul nu se mai recunoaște în oglindă...își resimte corpul desanimat...lipsit de viață .. capul ca de vată...între el și lume pare a se instala un clopot de sticlă...pare a-și privi corpul din afara sa.. sau din altă lume.... oamenii îi apar ca mișcându-se automat,..ca păpușile trase pe sârmă...ca în filme sau la teatru...ireali . Ansamblul acestor trăiri sunt subiective, neexprimate comportamental sau expresiv, neobservabile și identificabile de către alții.

Subiectul se resimte ca lipsit de viață...fără emoții sau dispoziții afective...fără atașament față de lume și alții ..amorțit afectiv.. insensibil.. detașat..neimplicat..indiferent față de orice..față de alții și lume... față de trecutul și identitatea sa.. de prezentul situațional.. de viitor

Astfel de trăiri depersonalizante se pot manifesta în debutul **tulburărilor psihotice delirante**, însoțindu-se și de sentimentul schimbării lumii ambientale și a celor din jur. În unele cazuri, depersonalizarea conduce spre o transpersonalizare,, în direcția impunerii unei noi identități. Adică, la **convingerea de nemodificat prin argumente.. într-o nouă condiție identitară de „personaj,, în relație cu alte personaje reale sau fictive.** Această situație este evidentă mai ales în delirurile cu tematică religioasă, în care pot apare și convingeri de posesiune (demoniacă). Trecerea spre o nouă identitate se poate exprima prin convingeri delirante în care se desfășoară scenarii narative, de ficțiune, ce evocă personaje publice, istorice sau fantastice, mitologice, supranaturale. În alte cazuri însă, modificarea identitară se exprimă în prim plan doar printr-o temă ce pleacă de la o condiție situațională: de transformare a sa în condiția identitară de

om persecutat, urmărit, supravegheat, înșelat, iubit, vinovat, cu o origine particulară.. cu capacități și valori modificate, cu misiuni speciale etc..

Trăirea identității cu sine, presupune unitatea și coerența persoanei. Aceasta se modifică în trăirile de **“posesiune”**. Fenomene de posesiune au o tradiție culturală îndelungată, în perspectiva credințelor în ființe supranaturale, pe care omul le poate invoca, și care l-ar putea poseda. La nivel superior se înscrie invocarea zeilor prin ritualuri, rugăciuni și trăirea contactului, comunicării sau contopirii cu instanța supranaturală (extaz, transă). Istoria culturală înfățișează însă multiple feluri de ființe supranaturale și spirite potențial posesive – unele invocate de magicieni și vrăjitori – inclusiv diavolul. Posesiunea nesolicitată și nedorită de subiect a constituit de-a lungul istoriei culturilor un fenomen aparte. Ea poate fi întâlnită în prezent în multe cazuri de delir cu tematică religioasă. În acestea, se întâlnește uneori și convingerea unei familiarități excesive cu personajele pozitive ale mitului religios (Dumnezeu, Iisus etc.); trăire ce poate ajunge deasemenea până la identificare. Sunt pacienți care afirmă: “mă simt când Dumnezeu ...când satana).

Posesiunea psihopatologică de către ființe și instanțe supranaturale exprimă o stare de dedublare a personalității, o alterare a identității și unității (coerenței) sale. Posesiunea demoniacă este resimțită de obicei corporal, ca prezență a diavolului în interiorul corpului; de unde induce senzații, pulsuni și comportamente neobișnuite. Ea se poate manifesta și prin preluarea vocii subiectului: diavolul – sau Dumnezeu, Sfântul Duh etc. – vorbesc cu cuvintele acestuia. O altă modalitate de dedublare se manifestă ca inserție de gânduri, induse de instanțe exterioare: de ființe supranaturale, instituții sau alți oameni.

Dedublarea identitară se manifestă însă, parțial și circumstanțial, și în registrul relaționărilor interpersonal sociale curente - pe diagrama intim public -. în cadrul căroră subiectul exercită și „joacă”, continuu o serie de roluri, mai constante și oficiale sau mai conjuncturale. Nivelul de sinceritate și autenticitate în cadrul acestor relaționări poate fi variat; tendința de „a înșela”, și manipula

făcând deseori parte din strategiile de succes. Desigur, această perspectivă relațională interpersonală implică și ea corporalitatea, tema „măștilor sociale,, fiind constitutivă pentru conceptul de persoană. Una din variantele psihopatologice tradiționale ale unor astfel de dedublări constituie condiția „dubei personalități,,.

5/ Trăiri motivaționale resimțite direct la nivelul corpului-suport.

Interesul pentru aspectul „incorporat,, al psihismului uman e întreținut în prezent și de ascensiunea psihologiei și psihopatologiei evoluționiste, a cognitivismului și a problematicii Inteligenței Artificiale. Dar această dimensiune corporală a psihismului persoanei impune și o amplă viziune ontologică asupra acestuia, a organizării dinamismului său motivațional, a structurii sale spațio temporale și intenționale.

Corpul trăit, resimțit ca bază obiectivă și perceptibilă a identității, se impune percepției subiective ca un topos special, ce se întinde înlăuntrul unor limite – reprezentate cerebral prin „schema corporală,,. Această zonă de inserție a persoanei în lume și de suport a identității sale, în mod natural nu e resimțită efectiv de către subiect, decât în situații aparte: de foame, oboseală fizică, greață, durere, excitație sexuală; eventual, plăcut în stare de odihnă, satisfacție și echilibru biologic. Ea este însă pre-simțită constant ca locul de inserție în lume a persoanei, toposul în care el plasează “sufletul său”, afectivitatea, mintea sa, intențiile și deciziile sale, gândurile sale. În această zonă, subiectul resimte afirmarea moștenirii biologice a unor cicluri și pulsioni instinctive, cum sunt cel alimentar și sexual; precum și reactivitatea emotivă sau dispozițiile afective, prin care se raportează la situații.

Subiectul resimte că, din interiorul corporalității sale izvorăște foamea și dorințele sexuale; că, aici sunt resimțite senzațiile negative ce culminează cu durerea.. Și cele pozitive... plăcerea. Senzația de sațietate și greață vin și ele din interiorul corpului, la fel ca cenestopatiile, oboseala, diverse senzații cutanate,

olfactive sau kinestezice, plăcute și neplăcute. Durerea și alte fenomene corporale neobișnuite (de ex. palpitațiile) semnalează posibile stări de afectare a sănătății. Subiectul uman, cu întreg eșafodajul psihismului său, este sensibil la problema menținerii stării de **sănătate**. Grijă pentru propria sănătate face parte din recuzita de preocupări constante ale oamenilor, ea bazându-se de regulă pe semnale corporale; și putând avea și variante psihopatologice. ș

Corpul personal devine o „problemă”, mai ales în contextul îmbolnăvirii. Această problemă poate fi elaborată și trăită în plan metareprezentational în diverse modalități, între care principalele sunt: -problematizarea fobică (anxietatea de boală); -problematizarea obsesivă; -problematizarea prevalentă (centrată de o idee supraevaluată); -problematizarea delirantă (delir monotematic somatic). În cazul acestor problematizări, sunt preluate împreună trăirile corporale neobișnuite și tematica sănătății, tema înclinând mai mult spre interpretarea senzațiilor (somatizare, durere) sau spre interpretarea bolii (hipocondrie).

Subiectul își trăiește particular nivelul corporal al sinelui său cu ocazia diverselor emoții, care sunt o moștenire biologică de reacție psihologică; și în cadrul diverselor dispoziții afective, care exprimă poziționări atitudinale de ansamblu ale subiectului față de situația în care se află. Aceste atitudini, cu o durată variabilă, se plasează în continuitatea stărilor emotive - care sunt reactive și circumstanțiale. La om putem diferenția următoarele dispoziții afective (care au fiecare și variante psihopatologice): **-dispoziția anxioasă, depresivă, euforică, tensionat iritabilă, indiferentă**. În cadrul trăirii unei dispoziții afective, ansamblul psihismului subiectului – inclusiv corporalitatea sa -, capătă o anumită configurație, centrată de atitudinea adoptată: - în anxietate se manifestă nesiguranța unui pericol posibil iminent; - în depresie se exprimă replierea pe sine, pe trecut a subiectului ce a suferit o pierdere și se detașează de viitor și prezent; - în euforia sărbătorească se exprimă trăirea cu intensitate a

unui prezent deschis spre un viitor omniprezent, în condițiile unei dezinhibiții globale și sociabilitate gregară; - în starea de tensiune, se manifestă o încărcare suspicioasă care întreține o permanentă explozivitate aversivă; - în apatia indiferentă, subiectul este detașat de tot ceea ce se întâmplă și/sau îl privește. O parte din stările dispozițional afective, mai ales cele negative – implică polul corporal al sinelui, atât obiectiv (în maniera emoțiilor biologice), cât și subiectiv, ca preocupare pentru corporalitate. În anxietate întâlnim o serie de perturbări ale funcționării corporale, similare emoției de spaimă; dar și o atenție crescută față de funcționarea corporală, ca preocupare exagerată față de îmbolnăvire și moarte. În depresie corpul este resimțit „greu”, inutil, cu multiple cenestopatii; iar teama morții prin boală (hipocondrie) este asimilată.

Trăirile tensionate și pozitive ale ciclurilor instinctive, cele corelate variatelor activități și cele în care semnalul de pericol malativ alternează cu buna sănătate, toate se detașează pe fundalul unei resimțiri perceptive continue a corpului, ca suport al identității, intenționalității și manifestărilor subiectului. Acest fundal de percepție corporală continuă și subliminară a fost denumit cenestezie. Starea de disconfort corporal, care nu atinge o formă foarte clar definită în sensul durerii sau o altă trăire corporală negativă, a fost denumită cenestopatie. Cenestopatiile sunt comentate în psihopatologie ca senzații corporale (interoceptive) neplăcute, greu de precizat ca tip de senzație și uneori și ca localizare. Ele sunt descrise metaforic ca: arsură, furnicătură, mâncărime etc., toate resimțite în interiorul corpului (și nu tegumentar sau pe mucoase). Sunt, de obicei, distinse de durere, nu doar ca intensitate ci și prin alte caracteristici (localizare, iradiere etc.). deseori fiind asociate cu o senzație de oboseală (astenie) sau depersonalizare. Desigur, și durerea este o trăire subiectivă, greu de evaluat ca intensitate, ceea ce face ca să poată fi comentată și o algie psihogenă. Dispozițiile afective internalizate precum depresia și

anxietatea, accentuând replierea pe sine reflexiv autoanalitică, favorizează afirmarea cenestopatiilor și durerilor.

Un alt fenomen psihopatologic subiectiv ce implică trupul-suport e anhedonia, semnificând inițial „incapacitatea de a simți plăcerea,,. Sindromul a fost descris în secolul XIX de către Duprè prin similitudine cu analgezia, ce semnifică incapacitatea de a simți durerea. Tulburarea afectează trupul-suport nu atât ca spațiu senzorial – ca cenestopatiile –, ci mai ales ca loc de urgență al intenționalității instinctive (alimentare, sexuale) și afective (incapacitatea de a se emoționa, de a rezona afectiv împreună cu alții, de a se atașa, de a iubi etc.); și în sens mai general, a interesului față de acțiuni în lume, contact social etc. În acest sens general, termenul este folosit în depresie și schizofrenie, depășind instanța psihologică a corpului trăit (a trupului – suport). Ea se poate însoți și de un sentiment de devitalizare corporală: corpul e resimțit parcă ar fi de piatră, sticlă, lemn, lipsit de viață. Fenomenul e numit și depersonalizare a corpului.

6/ Boala și preocupările față de corp

Boli pot apărea la plante, animale și oameni. Boala afectează desfășurarea firească a programului vital la individul unei specii, putând duce la deficiențe corporale funcționale și moarte neobișnuită. Omul bolnav resimte durerea și alte senzații corporale neplăcute, suferă, la fel ca orice organism cu sistem nervos central dezvoltat. De când avem date despre istoria omului cultural, știm că oricând și oriunde sistemul social a fost atent la bolile oamenilor, tămăduitorul fiind un personaj ce nu lipsește din nici o socio-cultură. Indiferent de interpretare a bolilor și suferințelor omenești, de corectitudine și adecvare biomedicală a intervențiilor cu intenție terapeutică, medicina – și echivalentele sale – au fost o constantă a socio-culturilor omenești. Primele universități ce au luat ființă în Europa au fost cele de teologie, drept și medicină, cele de arte și științe apărând mai târziu. Medicina actuală, care se dorește tot mai mult bazată pe cunoștințe bioștiințifice, nu ignora suferința și simptomatologia subiectivă a

bolilor, chiar dacă la acordă o importanță mai mică decât în urmă cu un secol. De fapt, pacientul ajunge în circuitul medical în mare măsură în urma durerilor, reducerii capacităților psihofizice și a altor simptome subiective.

Plângerile bolnavului rămân importante pentru diagnosticul medical, urmând a fi coroborate cu examinarea corporală directă și cu datele de laborator, pentru un diagnostic și o terapie adecvată.

Dincolo de suferință și soarta pacienților individuali, preocuparea cu bolile, cu sănătatea populației, este și instituționalizată.. Medicul și personalul ce lucrează în domeniul medical, au un statut și rol special desfășurându-și activitatea într-o rețea instituțională specifică. Medicina instituționalizată se bazează pe un corp de cunoștințe tot mai bine fundamentate, utilizând un sistem nosologico-nosografic care definește fiecare boală. În sfârșit, boala este un eveniment, o situație de viață, posibilă sau reală, ce poate fi tematizată. Subiectul poate fi preocupat, în diverse feluri, de bolile pe care le are sau le-ar putea avea, într-o manieră fobică obsesiv prevalentă, chiar delirantă. Această preocupare poate fi și anormală, interesând astfel psihopatologii.

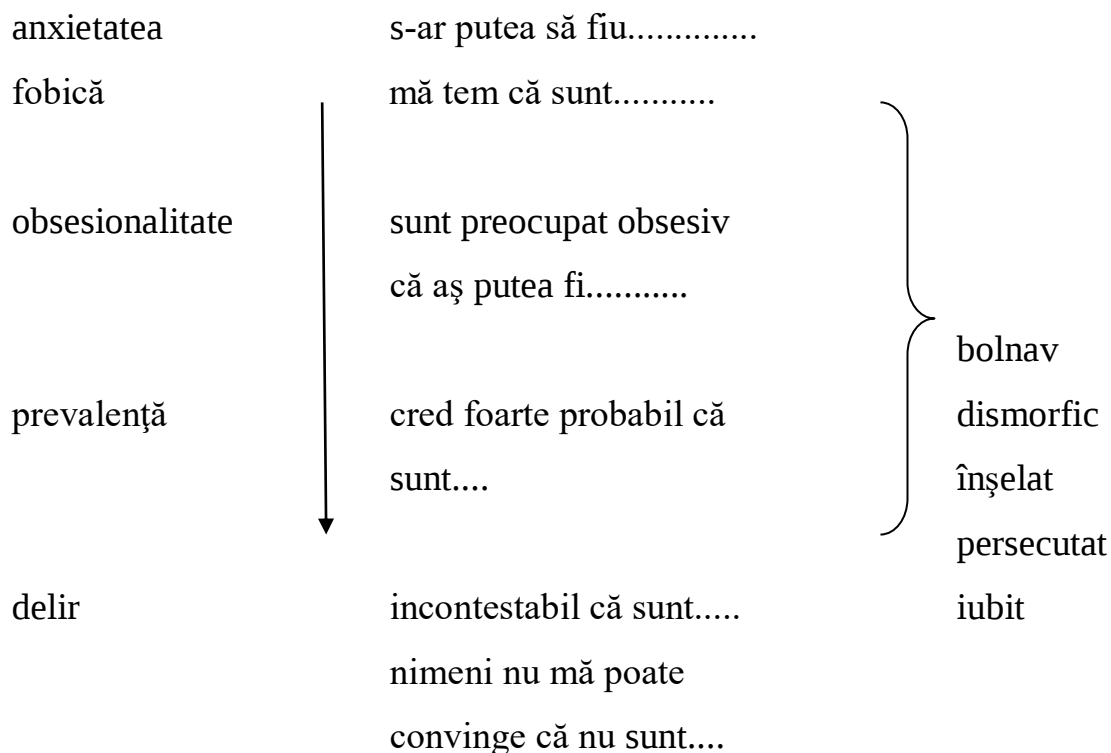
În actualul manual american de diagnostic DSM-5 există un capitol dedicat tulburărilor ce se referă la preocuparea anormală față de simptome corporale somatice, care sunt corelate problematicii medicale, fără a exista pentru ele explicații într-o patologie somatică reală. Tulburarea somatică (de somatizare) care e principala categorie a acestui capitol, se referă la unul sau mai multe senzații corporale disconfortabile, resimțite în diverse părți ale corpului, de formă și intensitate variabilă – până la durere – pentru care nu se găsește un suport într-o suferință organică; acestea creează suferință, ocupă mult timp și consultații medicale. Alte tulburări corelate acesteia și cuprinse în acest capitol se referă la: Tb.conversive – ce constau în manifestări pseudoneurologice; Tb.anxietății de sănătate – ce constă într-o excesivă preocupare anxios fobică legată de eventualitatea unei boli (deci, nu centrarea pe simptomele corporale

resimțite neplăcut, ci pe tema, ideea bolii); Tb.factice care constă în solicitarea insistentă, anormală, a unui statut de om bolnav.

Ansamblul tulburărilor de somatizare reunește o preocupare anormală a subiectului față de propria corporalitate, în perspectiva unei relaționări cu medicina, cu orizontul bolilor. Faptul are un dublu aspect: unul privește relaționarea subiectului cu el însuși, cu condiția sa corporală, posibil maladivă; celălalt vizează, mai direct sau mai indirect, o relaționare cu ceilalți, din perspectiva bolii, a statutului de om bolnav. Faptul asupra căruia merită atrasă atenția – asupra căruia DSM-5 nu insistă – este posibila tranziție prin etape psihopatologice succesive, ce se pot evidenția mai clar în cazul preocupărilor față de tema bolii. Subiectul se poate poziționa în raport cu aceasta: anxios-fobic, obsesiv-compulsiv, prevalent, delirant. Trimiterea la delirurile monotematice se impune la acest nivel, mai presus de tematica somatică a acestora. În acesta e inclusă tradițional și varianta delirantă a Tb.dismorfic corporală; care și ea poate trece prin etapele menționate mai sus (deși în actuala ediție DSM-5 aceasta este inclusă într-un capitol separat, alături de Tb.obsesiv-compulsivă). În cazul Tb.dismorfic corporală întâlnim, de asemenea, dubla preocupare anormală a subiectului: față de anormalitate sau deformarea unor părți ale propriului corp.. și, față de relaționarea negativă cu alții, pacientul considerându-se diform, urât. În grupul delirurilor monotematice cu tematică corporală se mai includ două variante, dintre care cel puțin una, constând în preocuparea de a răspândi un miros neplăcut, este predominant nerelaționată (Delirul dermatozic are mai puține implicații relaționale, interpersonale).

Faptul că un manual de diagnostic nu analizează mai amănunțit statutul psihopatologic al tulburărilor pe care le identifică, nu exclude posibilitatea ca aceasta să fie cercetată. Și aceasta, cu atât mai mult, cu cât oscilațiile și eventuala tranziție între preocuparea anxios fobică, obsesiv-compulsivă, prevalentă și delirantă, se poate evidenția clar și la unele teme centrate pe relaționare, așa cum ar fi gelozia. S-ar putea imagina în această direcție, o

schemă a preocupărilor și problematizărilor subiectului, deschisă între posibilități și certitudini.



S-ar putea revedea acum tematica delirurilor monotematice care gravitează între problematizarea corporalității, a relației și identității, având o coloratură dispozițională anxios depresivă sau expansiv megalomană. În domeniul delirurilor somatice, pe lângă cel hipocondriac și cenestopat algic se mai menționează cel dermatozic, de infestație (Eckborn = convingerea delirant halucinatorie că sub piele circulă microorganisme), tematica dismorfic corporală și delirul halucinator osmotoc (convingerea că, corpul emană un miros urât ce-i deranjează pe alții). Ultimele două variante au o importantă componentă relațional senzitivă. În perspectivă relațională se menționează delirul de gelozie, cel erotoman și paranoia sau delirul de persecuție. Apoi, se mai inventariază deliruri expansive de capacități și realizări deosebite (invenție, creație, bogăție, misiune); și, tematica de descendență aparte, de obicei de substituie a familiei.