

15

Fenomenologie van de lichaamservaring

Sanneke de Haan

- 1 Inleiding: waarom het lichaam?
 - 2 Fenomenologische achtergrond
 - 3 De fenomenologische methode en psychopathologie
 - 4 Fenomenologie van de normale lichaamservaring
 - 5 Fenomenologie van psychopathologische lichaamservaringen
 - 6 Discussie en controversen
 - 7 Conclusie en vooruitblik
- Noten
Literatuur

1 Inleiding: waarom het lichaam?'

Descartes' dualisme kent zowel binnen de filosofie als daarbuiten nauwelijks nog aanhangers. Toch ligt zijn beroemde scheiding tussen *res extensa* (materie, lichaam) en *res cogitans* (cognitie, geest) (Descartes, 2008) nog altijd aan de basis van ons geneeskundig bestel. Binnen die verdeling houdt de psychiatrie zich bezig met de ziekten van de geest. Het doel van dit hoofdstuk is om het belang van de ervaring van het lichaam voor de psychiatrie te tonen. Met de opmars van de biologische psychiatrie wordt weliswaar een sleutelrol toegekend aan de 'lichamelijke kant' van de verklaring en de behandeling van psychische stoornissen, maar daarbij wordt vooral gekeken naar de chemie van het lichaam, en dan vooral van de hersenen. Ons lichaam is echter niet alleen een biologisch lichaam; het maakt ook fundamenteel deel uit van onze persoonlijke identiteit. Om psychische aandoeningen te begrijpen, kunnen we niet aan het lichaam voorbij – niet alleen als de toevallige locatie van neurotransmitters, receptoren, en hormonen, maar ook als *ervaren* lichaam.

De cruciale rol van het lichaam wordt op steeds meer terreinen erkend. Wat betreft gevoelens, emoties en stemmingen ligt de lichamelijke component wellicht nog het meest voor de hand. William James betoogde al in 1890 dat de lichamelijke uiting van een emotie fundamenteel is voor het ervaren van het overeenkomstige gevoel: 'a purely disembodied human emotion is a nonentity' stelt hij (James, 1950 p. 1068). Steeds meer hedendaags onderzoek (Niedenthal, Barsalou e.a., 2005) bevestigt niet zozeer James' idee van het *primaat* van de lichamelijke expressie, maar wijst op een duidelijke *wisselwerking*. We zitten bijvoorbeeld niet alleen rechter op als gevolg van onze blijdschap, maar een open, 'blijje' lichaamshouding kan ook een vrolijker gevoel oproepen.²

Recentelijk komt ook steeds meer aandacht voor de lichamelijke basis van 'hogere', cognitieve processen als taalgebruik, denken en beslissen (Damasio, 1999; Lakoff & Johnson, 1999). Cognitie en lichaam zijn niet langer elkaar uitsluitende categorieën. Onder de noemer *embodied cognition* wordt zelfs een gemêleerd scala aan experimenten en theorievorming ondernomen, met als grove gemene deler een interesse in de manier waarop hogere mentale processen hun oorsprong vinden in en gevormd worden door het lichaam.

Het idee van het reflectieve, sturende en allesbeheersende bewustzijn staat al sinds de negentiende-eeuwse 'meesters van het wantrouwen' Marx, Freud en Nietzsche (Ricoeur, 1970) onder druk, en dat is met de opkomst van de cognitieve neurowetenschappen in de laatste decennia alleen nog maar verhevigd. Naarmate de geloofwaardigheid van dit traditionele beeld van het bewustzijn afbrokkelt, is de onstane leegte enerzijds omarmd als het definitieve bewijs dat onze autonomie en vrije wil, ja zelfs ons 'zelf' slechts illusies zijn die ons door onze hersenprocessen worden voorgespiegeld (Wegner, 2003; Metzinger, 2010); waar eerst bewuste subjecten de touwtjes in handen leken te hebben, zou nu blijken dat onze hersenen eigenlijk de baas zijn over ons. Aan de andere kant kan de afkalving van het sturende bewustzijn ook worden beschouwd als een *herverdeling* in plaats van als een vacuüm: onze bewuste cognitie doet misschien minder, ons lichaam doet waarschijnlijk meer (Gallagher, 2005). Zo ontstaat ruimte voor een herwaardering van alle in ons lichaam gesedimenteerde ervaring en kunde (Dreyfus, 2002).

Alleen al vanwege het lichamelijke aandeel in emoties, denken en handelen is het lichaam relevant voor de psychiatrie. Daarnaast kan het lichaam een gedeelde basis bieden voor een inherent interdisciplinair vakgebied als de psychiatrie. Door het in dit hoofdstuk beschreven

dubbele karakter van het lichaam als biologisch object enerzijds, en ervarend subject anderzijds bevindt het lichaam zich namelijk op het snijvlak van verklaren en begrijpen, van biologie en existentie. Bovenal echter gaat het erom dat een psychiater betrokken is op zijn patiënt als een integraal persoon, dus inclusief lichaam.

Een fenomenologie van de lichamelijkeheid kan enerzijds een belangrijke conceptuele functie vervullen: het behoedt voor een eenzijdige, inadequate focus op het bewustzijn, en plaatst organische en neurobiologische overwegingen binnen het kader van de persoon als geheel, in interactie met zijn omgeving. Haar praktische relevantie ligt in de eerste plaats in de aanmoediging om de lichamelijke dimensie van 'psychische' aandoeningen te exploreren en serieus te nemen, teneinde recht te kunnen doen aan de ervaringen van de patiënt. In dit hoofdstuk ligt de nadruk op fenomenologische analyses van de veranderde lichaamservaring bij verschillende psychopathologieën.

2 Fenomenologische achtergrond

De klassieke vraag naar het samenspel tussen geest, lichaam en wereld neemt in de fenomenologie een centrale positie in. Husserl (1993), de grondlegger van de fenomenologie, wees erop dat ons bewustzijn altijd ergens op gericht is, altijd bewustzijn *van* iets is (zie hoofdstuk 13). Met dit begrip van intentionaliteit stelt hij de correlatie tussen bewustzijn en wereld voorop. Heidegger (1999) vond het bewustzijn als zodanig nog altijd een te beperkte categorie en introduceerde het begrip 'in-de-wereld-zijn' om het menselijke bestaan en zijn fundamentele relatie met de wereld aan te duiden. Sartre (2003) benadrukte vervolgens de rol van de ander en de spanning die dat oplevert bij de vormgeving van het eigen leven. Het was Merleau-Ponty die in zijn hoofdwerk *Fenomenologie van de waarneming* (Merleau-Ponty, 1997) heeft laten zien hoe *lichamelijk* ons in-de-wereld-zijn is. Onze relatie tot de wereld is niet in de eerste plaats het denken aan de wereld, maar het in de wereld bewegen en handelen. Tegenover de intentionaliteit van het 'ik denk' stelt Merleau-Ponty de intentionaliteit van het 'ik kan'. Heidegger had al het primaat van een praktische omgangswijze met de wereld beargumenteerd, Merleau-Ponty voegt daar aan toe dat het ons lichaam is dat ons daartoe in staat stelt. Via ons lichaam, onze bewegingen en handelingen maken we ons de wereld eigen. Daarnaast beschrijft Merleau-Ponty hoe onze lichamelijke vermogens en vaardigheden de wereld voor ons 'ontsluiten'. Dat wil zeggen dat hoe wij de wereld waarnemen, gestructureerd wordt door de actuele behoeften en mogelijkheden van ons lichaam. We zien geen neutrale verzameling objecten voor ons in een ruimtelijk assenstelsel, maar we zien een bakker als we honger hebben, en als het begint te regenen zien we een metrostation op loopafstand, of een boom als een plaats om te schuilen. Waarnemen is voor Merleau-Ponty niet het mechanisch opnemen van informatie, als een 'dom sponsje', en het is al evenmin een projectie van mijn bewustzijn, alsof ik alleen datgene zou kunnen zien wat ik er zelf in leg. Het gaat om de *koppeling* tussen mij als persoon en wat de wereld aanbiedt. Afhankelijk van mijn geschiedenis, actuele behoeften en plannen, trekken bepaalde dingen me aan of stoten juist af. Wat als uitnodiging ervaren wordt, verschilt van persoon tot persoon en ook van moment tot moment. Zo oefent een vleugel een andere aantrekkingskracht uit op een pianist dan op iemand die niet kan spelen, of zelfs niet in muziek geïnteresseerd is. Maar ook voor de pianist hangt het van de omstandigheden af of hij eerst ziet dat het een Steinway is, of dat hem eerst het schaalte met pinda's opvalt dat er bovenop staat.

Tegen de eeuwenoude dominante voorstelling van het lichaam als ‘voertuig’ (Descartes, 2008) of zelfs als ‘gevangenis’ (Plato, 1999) van de ziel, stelt Merleau-Ponty het belang van ons lichaam voor onze identiteit. Hij betoogt dat het lichaam de ‘uitdrukking van onze existentie’ is, waarbij uitdrukking constitutief op te vatten is: ‘Het lichaam drukt de totale existentie uit, niet omdat het er een uitwendig begeleidende vorm van zou zijn, maar omdat de existentie zich in het lichaam verwerkelijkt’ (Merleau-Ponty, 1997, p. 212).

3 De fenomenologische methode en psychopathologie

De fenomenologische methode om ‘naar de zaken zelf’ (Husserl, 1950) te gaan, bestaat uit het opschorten van je gangbare oordelen. Het doel is om via een systematische ‘verwondering’ (Fink, 1957) voorbij de toevallige inhoud tot de onderliggende structuur van ervaringen te komen. Teneinde het toevallige van het essentiële te onderscheiden, maakt de fenomenoloog gebruik van zogenoemde ‘eidetische variaties’: hij verandert eigenschappen van het fenomeen in kwestie om te zien of het dan nog steeds hetzelfde fenomeen is. Rota (Rota & Van Atten, 2008) noemt het eenvoudige voorbeeld van een sleutel. Wat is een sleutel? We kunnen ons onmiddellijk een archetypische, ijzeren, ik zou haast zeggen ‘sleutelvormige’, sleutel voorstellen. Maar dan gaan we variëren, en wat blijkt: een plastic kaartje kan ook een sleutel zijn, of zelfs een vingerafdruk, als het toegang verschaft tot iets zeer exclusiefs. Materiaal en vorm doen er dus niet toe, als je er maar in principe iets mee kan openen en/of sluiten. Bovendien moet het daarvoor bedoeld zijn (een koevoet is geen algemene huissleutel), en zo zouden we nog meer wezenlijke dan wel toevallige kenmerken van de sleutel kunnen onderscheiden.

Eidetische variaties kunnen de vorm aannemen van gedachte-experimenten, maar ze kunnen zich ook in de werkelijkheid aandienen. Zo vormen (psycho)pathologische verschijnselen een soort eidetische variaties op wat we als normaal beschouwen.³ Meer in het bijzonder bieden (psycho)pathologieën de mogelijkheid om processen te articuleren die doorgaans te vanzelfsprekend zijn om opgemerkt te worden.

Merleau-Ponty (1997) wijst erop dat we een ziekte niet moeten beschouwen als de simpele negatie of afwezigheid van het normale: de ziekte is een eigen vorm van existentie. De manieren waarop de zieke probeert het normale te vervangen, zijn echter verhelderend voor wat die normale functies dan inhouden. Hij maakt in zijn betoog dan ook veelvuldig gebruik van gevalsbeschrijvingen uit de (psycho)pathologie. Zijn conclusie is dat een fenomenologische analyse van cruciaal belang is om zowel de *samenhang* tussen de uiteenlopende problemen van een patiënt te zien, alsook om hun *betekenis* voor de patiënt als persoon te begrijpen. Als we iemands aandoeningen puur als ‘mechanisch’ biologisch probleem zouden opvatten, zouden we die aspecten nooit ontdekken. Kenmerkend voor een fenomenologisch onderzoek is dus dat gekeken wordt naar het geheel van iemands veranderde wijze van in de wereld staan. Het lichaam neemt hierbij een bijzondere positie in, omdat het zowel een bemiddelende rol speelt in onze interacties met onze omgeving, alsook een identificerende rol heeft als een uitdrukking van wie we zijn.

4 Fenomenologie van de normale lichaamservaring

Een terugkerend thema binnen de fenomenologische traditie is dat de menselijke existentie gekenmerkt wordt door een fundamentele openheid en ambiguïteit. Veel is weliswaar bepaald met onze biologische constitutie, maar de mens heeft de mogelijkheid om zijn houding ten opzichte van zichzelf en zijn eigen bepaaldheden in te nemen. Sterker nog, hij kan niet anders. Heideggers begrip van existentie verwijst precies naar deze gesteldheid, namelijk dat het de mens in zijn zijn *om* dit zijn zelf gaat (Heidegger, 1999). De iets minder bekende Duitse fenomenoloog Plessner (1965) noemt het de ‘excentrische positie’ van de mens: wij vallen nooit restloos samen met wie we zijn, maar verhouden ons altijd ook tot onszelf. In die reflectie ligt de mogelijkheid van vrijheid en zelfbestemming.

Het lichaam weerspiegelt eveneens zowel het feitelijke als het mogelijke. Het is enerzijds als organisme bepaald door biologische wetmatigheden, maar tegelijkertijd is het lichaam ook geleefd en ervaren en overstijgt het daarmee de biologische categorie. Het veelgebruikte onderscheid tussen het lichaam-als-object (het Duitse *Körper*) en het lichaam-als-subject (*Leib*) verwijst naar deze dubbele aard van het lichaam.⁴ De beleving is respectievelijk die van een lichaam *hebben* en die van een lichaam *zijn*. Husserl (1952) gebruikt het voorbeeld van met de ene hand de andere hand aanraken om duidelijk te maken dat er twee manieren zijn om dit ene lichaam te ervaren. Als ik met mijn rechterhand mijn linkerhand vastpak, is mijn linkerhand enerzijds een betast object waarvan ik eigenschappen als ruwheid en dergelijke kan vaststellen. Anderzijds voel ik met mijn linkerhand dat ik aangeraakt word, ik ervaar de aanraking ‘van binnenuit’. Mijn linkerhand is dus zowel materieel (*Körper*) als voelend (*Leib*) lichaam.

In ons normale, alledaagse handelen zijn we met onze aandacht niet gericht op onszelf of op ons lichaam, maar op de wereld en op wat we aan het doen zijn. Plessner (1965) beschrijft de rol van het lichaam als ‘bemiddelde onmiddellijkheid’: het stelt ons in staat met onze aandacht bij de dingen te zijn door zelf op de achtergrond te blijven. Die functie als medium kan het lichaam alleen vervullen als het ook echt een medium blijft en niet zelf object van aandacht wordt. Als je je bewust wordt van je eigen stem, bijvoorbeeld door een echo in de telefoonlijn, maakt dat het moeilijk om je te blijven concentreren op wat je wilt zeggen en begin je al gauw te hakkelen. Als je op je voeten let terwijl je een trap afrent of snelle danspassen probeert te maken, struikel je juist. De verschuiving van je aandacht van de handeling naar de lichamelijke uitvoering van die handeling, zorgt ervoor dat je uit de modus van het lichaam-zijn in de modus van het lichaam-hebben terecht komt. Je neemt je eigen lichaam en bewegingen waar en die afstand maakt van je lichaam een object. Dit onderbreekt de natuurlijke vloeiendheid van de beweging: ook ons lichaam kan niet spontaan zijn onder toezicht.

Dit laat zien dat wat betreft onze lichamelijke vaardigheden reflectie niet altijd onze vrijheid vergroot. Sterker nog, als we vrijheid opvatten in termen van handelingsmogelijkheden is de direct ervaren vrijheid vaak zelfs groter bij het *ontbreken* van reflectie. Reflectie hindert namelijk de bemiddelende rol die het lichaam alleen op basis van de eigen transparantie kan vervullen (Dreyfus, 2007). Hoe beter we een vaardigheid onder de knie hebben, hoe minder we er bij hoeven na te denken, en hoe meer reflectie ons daarbij kan storen. In die zin neemt de ervaring van vrijheid toe naarmate minder bewuste reflectie nodig is om de handeling goed uit te voeren (Dreyfus, 1996). Maar er is geen *lineair* verband tussen de ervaring van vrijheid en van samenvallen met ons lichaam; het is niet zo dat we steeds vrijer zijn naarmate we meer

ons lichaam 'zijn' dan ons lichaam 'hebben': ook de verhouding tot ons lichaam-als-object speelt een cruciale rol.⁵

Hoewel het lichaam doorgaans impliciet en op de achtergrond functioneert, zijn er verschillende situaties waarin onze aandacht verschuift naar het lichaam-als-object. Deels gebeurt dat als ons lichaam ons op de een of andere manier in de weg zit. Zoals Heidegger (1999) erop wees dat we gereedschap pas als object gaan waarnemen als het ontbreekt, kapot is, of ons herinnert aan een onvolbrachte taak, zo dringt ook ons organisch lichaam zich aan ons op als het iets nodig heeft, door pijn, honger, dorst, lust, vermoeidheid, enzovoort. Daarnaast kunnen we ons in sociale situaties bewust worden van de blik van de ander en onszelf vervolgens ook door de ogen van de ander zien. De ander confronteert mij dan met mezelf als lichaam-als-object en kan me daardoor van mezelf vervreemden (Sartre, 2003). Ook als we een nieuwe vaardigheid leren, stappen we uit de impliciete beleving en richten ons expliciet op het coördineren van onze bewegingen, totdat we het 'in de vingers hebben'. Reflectie maakt het dus mogelijk om nieuwe dingen te leren en zo ons repertoire van gewoonten uit te breiden.

De ervaring van het lichaam-als-object behelst een vorm van reflectie, van afstand tot het vanzelfsprekend geleefde lichaam. Bovengenoemde situaties zijn van voorbijgaande aard; zodra we gegeten hebben, gewend zijn om 'blind' te typen, en ons niet meer bekeken voelen, vergeten we onszelf en gaan we weer op in de dingen die we doen. De impliciete lichaamservaring heeft doorgaans de overhand, maar er is een steeds terugkerende modulatie van de ervaring van het lichaam-als-subject en van lichaam-als-object; van opgaan in en reflecteren op. Iets leren behelst dan ook een circulaire wisselwerking – waarbij de in het lichaam gesedimenteerde ervaring steeds meer de overhand krijgt op de reflectie. De ervaren (handelings)vrijheid ligt dus niet exclusief in de ene of de andere modus, maar in de mogelijkheid om deze verhoudingen af te wisselen.

5 Fenomenologie van psychopathologische lichaamservaringen

Zoals we noemden kan de analyse van psychopathologische ervaringen helpen om het 'normale', het vanzelfsprekende beter te begrijpen. De psychopathologie kan op haar beurt haar voordeel doen met deze fenomenologische inzichten voor de beschrijving van de betreffende ziektebeelden. Op deze hermeneutische cirkel berust de traditie van de fenomenologische psychopathologie.⁶ In navolging van deze traditie (Fuchs, 2010) gebruik ik het onderscheid tussen lichaam-als-subject en lichaam-als-object om verschillende psychopathologieën te beschrijven.

5.1 Body dysmorphic disorder

Bij body dysmorphic disorder (BDD) is de fundamentele rol van het lichaam moeilijk over het hoofd te zien; het is namelijk een stoornis van de lichaamservaring. Patiënten ervaren hun gezicht, hun lichaam, of specifieke lichaamsdelen als niet passend, grotesk of afstotelijk. Deze verstoorde beoordeling van het lichaam is doorgaans gebaseerd op een waarneming 'van buitenaf': de patiënt ziet bijvoorbeeld de scheefheid van zijn neus in de spiegel en raakt geobsedeerd door zijn vermeende lelijkheid.⁷ Het lichaam wordt als object bekeken, als door de ogen van een ander geobserveerd.

Sartre (2003) beschrijft treffend hoe de blik van een andere persoon ons confronteert met het feit dat wij 'als object' kunnen worden waargenomen. Stel, schrijft hij, dat ik uit jaloezie of nieuwsgierigheid door een sleutelgat spied en daar volledig in opga, als ik ineens voetstappen hoor. Plotseling neem ik mezelf waar vanuit het perspectief van deze toevallige voorbijganger, en simpelweg door zijn aanwezigheid wordt mijn gegluur genadeloos als zodanig blootgelegd. Ik schaam mij – zelfs al zou het oordeel van de ander niet afwijzend zijn, zelfs al zou er helemaal geen ander blijken te zijn. Ik kan daarna niet meer opgaan in het gluren, ik ben me vanaf dat moment van mijzelf bewust.

Al in 1934 formuleerde Mead (1962) het idee dat mensen hun reflectieve vermogens ontwikkelen in en door sociale interacties. Mead legde de nadruk op de rol van taal, maar binnen de hedendaagse ontwikkelingspsychologie wordt die sociale invloed al veel vroeger in de ontwikkeling gesignaleerd: doordat we ons bewust worden van andermans perspectief op ons, ontwikkelen we het reflectieve vermogen om onszelf ook als van een afstand waar te nemen (Hobson, 2002; Reddy, 2008; De Haan e.a., 2011). Dat reflectieve vermogen kan nieuwe inzichten en mogelijkheden openen, maar Sartre benadrukt dat het ook een vorm van zelfvervreemding inhoudt. Daarbij gaat het niet om de daadwerkelijke blik van een daadwerkelijke ander, maar om de verhouding tot het eigen zelf.

Fuchs (2002) noemt BDD een 'stoornis van schaamte' en beschrijft hoe bij BDD de verhouding tot het eigen lichaam als object de overhand krijgt op de impliciete geleefde ervaring van het lichaam. De met schaamte beladen blik van buitenaf wordt de dominante verhouding tot het eigen lichaam. Niet voor niets begint BDD vaak in de puberteit, als het bepalen van de eigen identiteit tot een verhoogd zelfbewustzijn en daaraan gerelateerde gevoeligheid voor de blik en het oordeel van anderen leidt. Het lichaam was altijd al uitdrukking van de existentie, maar wordt in de puberteit voor het eerst nadrukkelijk als zodanig beleefd: het lichaam als visitekaartje van de eigen identiteit. Of anderen daadwerkelijk kijken en oordelen maakt niet uit, waar het om gaat is dat ik me er van bewust ben dat zij zo naar mij zouden kunnen kijken en dat ik daardoor mijn eigen lichaam anders beleef.

Bij Sartre is de vervreemding van het ervaren van mijn lichaam-als-object absoluut: ofwel we zijn ons lichaam ('voor zich'), ofwel we hebben ons lichaam ('op zich'). Maar zoals we hebben gezien aan de ervaring van het voelen van je eigen hand is het kenmerkende van ons lichamelijke zijn nu juist dat het ook dit lichaam als ding omvat. Met andere woorden: de ervaring van vervreemding hoort bij de eigenheid van het lichaam (Slatman, 2008). Ook de ervaring van schaamte is op zich niet verkeerd of pathologisch. Zo vervult schaamte een belangrijke sociale functie: schaamte en onze pogingen om schaamte te vermijden, maken ons zelfkritisch en behoeden ons voor sociale uitsluiting. Problematisch is het pas als het schaamtevolle zelfbewustzijn de overhand krijgt en daarmee de spontane gerichtheid op de wereld onmogelijk maakt – zoals het geval is bij BDD. We kunnen hieruit afleiden dat het pathologische niet bestaat in die objectiverende verhouding op zich, maar in het gebrek aan modulatie tussen de twee fundamentele ervaringen van het eigen lichaam als subject zowel als object – waarbij de objectkant van het lichaam ook nog eens overwegend negatief beleefd wordt.

5.2 Anorexia nervosa

Ook patiënten met anorexia nervosa (AN) hebben een vertekend beeld van hun eigen lichaam. Hoewel duidelijk is dat patiënten met AN hun eigen lichaamsomvang overschatten, wordt dit

gegeven verschillend geïnterpreteerd, namelijk ofwel als een stoornis van de waarneming, ofwel als een stoornis van het oordeelsvermogen (Smeets, 1997). Vanuit een fenomenologisch perspectief is deze dichotomie een vergissing: zoals we al zagen, wijst Merleau-Ponty (1997) er juist op hoe ons waarnemen altijd ingebed is in ons hele in-de-wereld-zijn. In plaats van de aandacht te richten op perceptuele dan wel cognitieve stoornissen, ligt het fenomenologisch voor de hand om te beginnen met de ervaring van de magerzuchtige: de ervaring van haar eigen lichaam en van de wereld in het algemeen (Sanz Porras & Burkitt, 2001). De strijd om gewicht te verliezen kan gezien worden als de uitdrukking van een fundamentele strijd tegen de afhankelijkheden die horen bij het lichamelijke zijn (Fuchs 2010). Deze these sluit aan bij de twee gangbare ideeën over de achterliggende motivatie van magerzucht: een hang naar controle enerzijds en een weigering om seksueel volwassen te worden anderzijds. Ook de afwijzing van seksuele ontwikkeling hangt echter met beheersing samen omdat seksuele begeerte net als eten een sterke lichamelijke impuls is, die als het ware de 'eigen wil' van het lichaam uitdrukt. Want het lichaam mag ons dan als instrument dienen, het is ook kwetsbaar en behoeftig en als zodanig niet volledig onder onze controle. Anorexiapatiënten laten zien hoezeer zij het lichaam onder hun controle hebben, in plaats van omgekeerd een slaaf te zijn van de lichamelijke noden. In het streven naar totale onafhankelijkheid neemt het lichaam-hebben overhand op het lichaam-zijn en verwordt zelfs tot een lichaam-beheersing. De spontaniteit die het lichaam-zijn kenmerkt, maakt plaats voor extreme beheersing. Een beheersing die de patiënten vervolgens niet meer onder controle hebben: ze zijn in zekere zin verslaafd aan controle. Het is een strijd die de patiënt met zichzelf voert, tegen het overgeleverd-zijn aan het lichaam. Dat gevecht valt onmogelijk te winnen – met het hoogste sterftecijfer van alle psychiatrische aandoeningen als gevolg. Met de onderdrukking van de ervaring van het lichaam-als-subject, rest alleen het instrumentele, bewust gestuurde lichaam. Zo'n eenzijdige, instrumentele lichaamsbeleving heeft oude papieren. Descartes (2008) geldt dan wel als het filosofische boegbeeld van het dualisme, maar hij was in feite een consequent christen die een eeuwenoude leer systematiseerde. Van oudsher worden vastenperiodes in verschillende religies gebruikt om los te komen van de aardse behoeften en zich geheel en al op de hogere dimensie te richten. Heiligen, meer nog dan fotomodellen, vormen het voorbeeld voor anorexiapatiënten (Fuchs, 2009).⁸ Elke geweigerde hap betekent een overwinning van de geest op het vlees – en een verdere vervreemding van het geleefde lichaam.

5.3 Depressie

Zowel BDD als AN tonen hoe de dominantie van de ervaring van het lichaam-hebben over het lichaam-zijn leidt tot een verregaande vervreemding van het eigen lichaam – en daarmee van de eigen persoon. In een depressie gebeurt het omgekeerde: hier schiet de ervaring van het lichaam-hebben te kort. In tegenstelling tot magerzuchtige patiënten beheersen depressieve patiënten hun lichaam niet, maar zitten erin gevangen.

De depressieve patiënt zit in zichzelf opgesloten. De wereld nodigt hem niet meer uit, ze verliest aan kleur, smaak en aantrekkingskracht. De wereld biedt geen reden om in beweging te komen. De andere kant van hetzelfde proces is dat de patiënt zelf geen lust, geen wil en geen verlangen ervaart. Ook het contact met anderen is moeilijk: zij kunnen zijn beleving van het met schuld beladen verleden en de tot mislukking gedoemde toekomst niet delen – hetgeen de patiënt nog eenzaamder maakt.

Zoals we eerder zagen, vervult het lichaam normaal een bemiddelende functie tussen onszelf en de wereld. Wat gaat daar mis in een depressie? De bemiddelende rol van het lichaam vergt dat we onszelf en ons lichaam in zekere zin kunnen vergeten zodat we met onze aandacht bij andere dingen kunnen zijn. Het impliciete karakter van onze lichamelijke vermogens maakt dat we aan het hier en nu van het feitelijke lichaam voorbij kunnen gaan, dit kunnen overstijgen. We kunnen spelen, dollen, uitproberen, mogelijkheden en kansen zien. Dat lukt in een depressie niet. Wat mist, is de mogelijkheid om op een instrumentele manier met zichzelf en de wereld om te gaan. Op het niveau van de lichaamservaring betekent dit dat de ervaring van het lichaam-hebben tekortschiet. Zonder die modulatie wordt het lichaam een hindernis, in plaats van een toegang tot de wereld (Fuchs, 2005).

5.4 Schizofrenie

Ook bij schizofreniepatiënten functioneert het lichaam niet meer als vanzelfsprekend medium. Maar waar een depressie gekenmerkt wordt door het te zeer samenvallen met het lichaam, gebeurt bij schizofrenie het tegenovergestelde: er vindt juist een verregaande vervreemding van het lichaam en lichamelijke functies plaats. Deze vervreemding is noch ingegeven door een blik van buitenaf op het eigen lichaam zoals bij BDD, noch door een rigide beheersing zoals bij anorexia. Het lijkt erop dat de structuur van de ervaring zelf in het geding is (Parnas, 2003). Zelfs hele basale processen, zoals waarnemen, denken, voelen en handelen, gebeuren niet meer op de normale vanzelfsprekende manier (zie hoofdstuk 14). De impliciete functies van het lichaam-als-subject worden expliciet en daarmee treedt een afstand op tot de eigen ervaringen waar we normaal gesproken mee samenvallen (Fuchs, 2001).

De bekendste uitdrukking hiervan is de vervreemding van de eigen gedachten die schizofrene patiënten er toe brengt om te ontkennen dat bepaalde gedachten van henzelf afkomstig zijn. Het bevreemdende is dat die gedachten zich weliswaar in hun hoofd bevinden, maar dat zij niet de ervaring hebben dat zij zelf die gedachten denken.⁹ De ontkenning van eigenheid gaat soms gepaard met ideeën over specifieke andere personen of bronnen die deze gedachten in het hoofd van de patiënt projecteren 'alsof mijn geest een scherm is' (Mellor, 1970).

Eenzelfde afstand kunnen patiënten ervaren ten opzichte van hun waarnemingen. In plaats van alleen de wereld te zien, zien ze tegelijkertijd hun eigen waarneming. Patiënten beschrijven hun ogen als camera's en ze bekijken het beeld vanaf een afstand 'achter in het hoofd' of zelfs 'vanaf een andere planeet' (De Haan & Fuchs, 2010).

Zelfs bij gevoelens treedt een vergelijkbare distantie op: ze worden wel gesignaleerd, maar niet echt gevoeld. Bij gevoelens is dat misschien nog wel het minst goed voorstelbaar: hoe kun je gevoelens wel *hebben* maar niet *voelen*? Een patiënt beschreef zijn gevoelens als 'chemische reacties' van zijn lichaam, zoals hardlopen endorfine opwekt.¹⁰ Hij registreert een verandering, maar beleeft die niet als iets dat met hem persoonlijk te maken heeft: het lijkt een autonoom lichamenlijk proces.

Ook handelingen verliezen hun vanzelfsprekende eigenheid. Ze worden ofwel totaal automatisch, waarbij het bewustzijn als het ware is uitgeschakeld ('hyperautomatisme': De Haan & Fuchs, 2010). Vaak kunnen patiënten zich zulke handelingen achteraf niet herinneren. Of handelingen worden juist extreem bewust gestuurd en gecontroleerd. Patiënten beschrijven hoe ze nadenken over elke beweging, bewust stap voor stap een trap oplopen. Dit voortdurende meedenken bij alles wat je doet, wordt 'hyperreflectiviteit' genoemd (Sass, 1992). Vooral in sociale situaties komt het veel voor dat patiënten alles wat ze zeggen en doen tegelijkertijd

overdenken en analyseren. Het is de vraag of dit bewuste sturen een strategie is om een gebrek aan vanzelfsprekende bewegingen te *compenseren* (Fuchs, 2005) of dat het zelf een *oorzaak* (Sass & Parnas, 2003) is van het verlies van die vanzelfsprekendheid. In ieder geval is duidelijk dat de voortdurende reflectie het alleen nog maar moeilijker maakt om natuurlijk en spontaan te reageren, en dus de afstand tot de eigen handelingen juist nog vergroot in plaats van verkleint. Zoals het afleidt wanneer iemand anders over je schouder meekijkt bij wat je aan het doen bent, zo is het even storend als je als het ware steeds bij jezelf over je eigen schouder meekijkt.

Hoewel de cartesiaanse gespletenheid van een 'geest in een machine' (Ryle, 1949) geen goed beeld geeft van onze normale ervaring, lijkt het ironisch genoeg wel van toepassing op de ervaringen van schizofreniepatiënten. Zowel ervaringen van hyperautomatisme als van hyperreflectiviteit geven de indruk van een kloof tussen lichaam en geest, waarbij ofwel het lichaam ofwel de geest regeert (De Haan & Fuchs, 2010). Wat mist is het vanzelfsprekend doorleefde lichaam, het lichaam-als-subject. Bij hyperautomatische ervaringen nemen lichamelijke processen de overhand die zich als het ware buiten de patiënt om zelfstandig voltrekken. Bij hyperreflectieve ervaringen vertrouwt de patiënt al evenmin op de natuurlijke kunde van zijn lichaam, en neemt in plaats daarvan zijn toevlucht tot bewuste aansturing.

Daarnaast ervaren patiënten vooral in de beginfase regelmatig zogenoemde cenestetische sensaties: vreemde lichamelijke gewaarwordingen, zoals gevoelens als van een elektrische stroom die door het lichaam trekt, trillingen of steken in bepaalde lichaamsdelen, of het waarnemen van organen (Jenkins & Röhrich, 2007). Het is goed mogelijk dat deze gewaarwordingen het gevolg zijn van het zich naar binnen richten van iemands aandacht, waardoor lichamelijke processen op de voorgrond treden die normaal onopgemerkt blijven (Fuchs, 2007). Opvallend in dit verband is dat veel schizofreniepatiënten spreken over het gevoel afgesloten te zijn van de wereld, hetgeen een reden zou kunnen zijn voor deze omkering van de aandacht. Experimenten waarin mensen weinig tot geen prikkels van buitenaf krijgen leiden namelijk tot vergelijkbare cenesthesieën en bij langdurige isolatie zelfs tot psychoseachtige ervaringen (Suedfeld, 1975).

6 Discussie en controversen

In dit hoofdstuk hebben we het fenomenologische onderscheid tussen lichaam-hebben en lichaam-zijn toegepast op verschillende psychopathologieën. De verandering van de lichaamservaring verschilt per aandoening, maar die verandering heeft wel steeds betrekking op een verstoorde modulatie van deze vormen van lichaamservaring. Wat zijn nu de consequenties van deze analyses? In de eerste plaats vergroten ze mogelijk het inzicht in de stoornis en bieden ze een andere toegang tot de belevingswereld van de patiënt. Daarnaast kunnen we uit de analyses de algemene hypothese afleiden dat de flexibiliteit van het samenspel van lichaam-hebben en lichaam-zijn bijdraagt aan de coherentie van het zelf. Die coherentie wordt dan uitgelegd als een balans tussen enerzijds het vermogen om op te gaan in onze alledaagse praktijken, en anderzijds het vermogen tot reflectie en afstand nemen. Een directere therapeutische consequentie is dat de analyses de hypothese ondersteunen dat lichaams- en bewegingsgerichte therapieën een belangrijke aanvulling zijn op de gangbare praatgerichte therapieën.

Tot nu toe hebben we de modulatie van lichaamservaringen alleen op het *individuele* niveau bekeken. Gezien de ingrijpende invloed van sociale interacties op zelfs onze vroegste en meest basale ervaringen (Stern, 1985), is dit dus slechts een deel van het verhaal. Een volgende stap in de analyse is om ook de intersubjectieve dimensie bij de psychopathologie van de lichaamservaring te betrekken (Fuchs, 2010).

De fenomenologische benadering is niet oncontroversieel. De belangrijkste zorg is of de fenomenologische methode niet te veel blijft steken in subjectieve beschrijvingen van subjectieve ervaringen. Hoe valt uit zoveel subjectiefs een algemeen geldige conclusie te trekken? Gallagher en Zahavi merken op dat: ‘a subjective account of experience should be distinguished from an account of subjective experience’ (Gallagher & Zahavi, 2008, p. 19). Het verschil is dat de fenomenologische analyse betrekking heeft op de *structuur* van de ervaring en dat deze structuur wel degelijk algemeen gedeeld is. Welk lichaamsdeel precies als misvormd beleefd wordt, is bijvoorbeeld irrelevant: de structuur van schaamte en bijbehorend gedrag van vermijden en verbergen is bij alle patiënten met BDD hetzelfde. Daarom kan een diepgaand fenomenologisch onderzoek van slechts enkele gevallen toch algemene zeggingskracht hebben. Sterker nog, voor een goed begrip van specifieke ervaringen en van verbanden tussen ervaringen hebben we niet genoeg aan kwantitatieve methoden omdat die niet doordringen tot de betekenis van de betreffende ervaring. Een statistisch correlaat leert ons bijvoorbeeld niets over eventuele causale verbanden. Tegelijkertijd is ook de fenomenologische methode uiteraard niet onfeilbaar en is het zaak om de analyses kritisch te toetsen. Daarbij is juist toetsing in de praktijk van belang, in dit geval dus de psychiatrische praktijk van onderzoeken en behandelen.

Hier valt nog veel werk te doen. Het is opvallend dat fenomenologische analyses van psychische aandoeningen nauwelijks systematisch empirisch getoetst worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan semigestructureerde interviews waarin deze analyses als hypothesen getoetst worden aan de ervaringen van de patiënten zelf.¹¹ Zo kan een hermeneutisch proces op gang komen, hetgeen het begrip ongetwijfeld zou verdiepen en waarin bovendien een actievere rol voor de patiënten is weggelegd. Ook experimenten zouden de theorieën kunnen onderbouwen of tot verbeteringen kunnen aanzetten. Zo zouden naar aanleiding van de analyses van lichaamservaringen in samenwerking met bewegingstherapeuten specifieke oefeningen per patiëntengroep ontwikkeld kunnen worden om vervolgens te testen of deze daadwerkelijk effectiever zijn. Dit is een vorm van wat Gallagher *front-loaded phenomenology* noemt: het inzetten van fenomenologische analyses voor het ontwerpen van experimenten (Gallagher & Zahavi, 2008).

7 Conclusie en vooruitblik

We hebben gezien dat bij verschillende aandoeningen de ervaring van het lichaam op verschillende manieren in het geding is. Overkoepelend thema bleek het belang te zijn van een flexibele modulatie tussen de ervaring van het lichaam-als-subject enerzijds en van het lichaam-als-object anderzijds. Een vervolgvraag zou kunnen zijn in hoeverre en op welke manier die modulatie ook een intersubjectief proces is, dat wil zeggen: welke rol tussenmenselijke afstemming daarbij speelt. Relevant is vooral ook de empirische toetsing. Op grond van deze analyses vallen goede ervaringen te verwachten van lichaams- en bewegingsgerichte

therapieën als aanvulling op praatgerichte therapieën. Meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit van deze therapieën in het algemeen en van op de betreffende aandoening toegespitste oefeningen in het bijzonder.

De motivatie van dit hoofdstuk is dat het binnen de psychiatrie van belang is om oog te hebben voor het lichaam: en dan niet alleen als biologisch organisme, maar vooral ook als expressie van de persoon en zijn wijze van in de wereld staan. Dit is in de eerste plaats van belang omdat het per slot van rekening de ervaringen van de patiënt en zijn levenswereld zijn die het begin- en eindpunt vormen van psychiatrisch onderzoek en behandeling. Een fenomenologische psychopathologie probeert precies de specifieke (lichamelijke) wijze van het in de wereld zijn van de patiënt inzichtelijk te maken. Daarnaast kan de nadruk op het lichaam-als-subject helpen om de rol van de hersenen en van neurologische processen in een breder persoonlijk en ecologisch perspectief te plaatsen (Fuchs, 2008). Psychiaters behandelen immers mensen, geen hersenen. Ten slotte kan een breed perspectief op het lichaam helpen om een gedeelde basis te vinden voor de verschillende disciplines die binnen de psychiatrie een rol spelen. Juist doordat het lichaam zowel een organisch object als ervaren subject is, biedt het de mogelijkheid om biologische en persoonlijk-existentiële processen met elkaar te verbinden.

Noten

- 1 De auteur ontvangt een beurs van Marie Curie Research Training Network 035975 discos: Disorders and Coherence of the Embodied Self. Met dank aan Leon de Bruin, Hanne De Jaegher, Gustaaf Haan en Marc Schaeffer voor hun behulpzame opmerkingen.
- 2 Strack (Strack, Martin & Stepper, 1988) heeft aangetoond dat proefpersonen die een pen tussen hun tanden klemmen en zo hun lachspieren aanspannen, een stripverhaal als grappiger beoordelen dan proefpersonen die een pen met getuited lippen vasthouden. Zo vreemd is dit verschijnsel niet: als je tegen wil en dank naar een feestje gaat en daar in eerste instantie een beetje gemaakt meelacht, is de kans groot dat je gaandeweg daadwerkelijk 'in de stemming komt'. Ouders hebben dus gelijk: als je geen zin hebt, kun je zin maken – of toch in ieder geval de omstandigheden zo gunstig mogelijk maken om zin te laten ontstaan. De interessante consequentie van deze wederkerige feedbackloop is dat een verandering van beide kanten in gang gezet kan worden – hetgeen een aanknopingspunt biedt voor de ontwikkeling van specifieke lichaamsgerichte behandelingen van psychische problemen.
- 3 De geschiedenis van de psychiatrie laat zien dat onze opvattingen over wat normaal is en wat niet aan verandering onderhevig zijn. En hoewel de terminologie van 'wezen' en 'essentie' direct associaties oproept met eeuwig en onveranderlijk, ging Husserl ervan uit dat we zeker mentale fenomenen nooit helemaal zouden kunnen doorzien en dat intersubjectieve toetsing dus extra belangrijk was (Husserl, 1976).
- 4 Merleau-Ponty gebruikt deze termen zelf overigens niet. Verder zijn lichaamsschema (*body schema*) en lichaamsbeeld (*body image*) populaire begrippen om het verschil tussen respectievelijk het ervaren lichaam en het (door anderen) waarneembare lichaam mee aan te geven. Aangezien er vele uiteenlopende en zelfs tegenstrijdige definities in omloop zijn (Gallagher, 2005), verkies ik het gebruik van lichaam-als-subject en lichaam-als-object.
- 5 Bovendien is een strikte scheiding tussen reflectie enerzijds en vanzelfsprekend handelen anderzijds problematisch omdat er allerlei tussenvormen mogelijk zijn (Rietveld, 2008).

- 6 Voor een historisch overzicht, zie Spiegelberg, 1972.
- 7 Dit in tegenstelling tot een proprioceptieve sensatie waarbij een verandering 'van binnenuit' gevoeld wordt: de neus voelt scheef aan, onafhankelijk van of het spiegelbeeld die sensatie bevestigt. Zulke ervaringen zijn eerder kenmerkend voor (beginnende) schizofrenie (Parnas, 2003). De van buitenaf waargenomen 'afwijkingen' bij BDD kunnen overigens wel tot een veranderde ervaring van binnenuit leiden: de verstoring van het lichaam-als-object beïnvloedt ook het ervaren lichaam (Fuchs, 2002).
- 8 Magerzuchtigen gaan door met vermageren ver voorbij de slankheid die de mode voorschrijft. Dat dit niet toe te schrijven valt aan een simpele waarnemingsstoornis, blijkt wel uit het feit dat anorexiapatiënten desgevraagd een onderscheid kunnen maken tussen hoe ze zelf hun eigen lichaamsomvang ervaren en hoe andere mensen hun lichaamsomvang waarnemen (Smeets, 1997). Daaruit kunnen we afleiden dat voor zover anorexiapatiënten een schoonheidsideaal nastreven, de nadruk niet ligt op het streven naar schoonheid, maar op het streven naar het ideaal.
- 9 In plaats van schizofrene symptomen zoals *alien thoughts* en *alien control* te beschouwen als een fout in het oordeelsvermogen van de patiënt (Graham & Stephens, 1994) lijkt het waarschijnlijker dat de ideeën over vreemde beïnvloeding het gevolg zijn van een daadwerkelijk verminderd gevoelde eigenheid van de ervaringen van de patiënt. Het toeschrijven van gedachten en handelingen aan anderen is dan niet een verkeerd oordeel, maar een manier om het optreden van die gedachten en handelingen te verklaren ondanks dat ze niet als 'eigen' ervaren worden (De Haan & De Bruin, 2010).
- 10 Damasio (1994) heeft uitgebreid gepleit voor de erkenning van het belang van emoties en gevoelens – zelfs bij processen die voordien te boek stonden als 'hoog-cognitief', zoals het nemen van beslissingen. Het veelvoorkomende symptoom van 'ambiguiteit' bij schizofreniepatiënten zou dus wel eens op een basaler, veelomvattender probleem kunnen duiden dan puur een stoornis van de hogere cognitieve functies.
- 11 Een voorbeeld van een fenomenologisch geïnspireerde interviewmethode is EASE: Examination of Anomalous Self-Experience, waarmee jonge schizofreniepatiënten uitgebreid gevraagd wordt naar veranderingen in hun ervaringen voorafgaand aan hun eerste psychose (Parnas e.a., 2005).

Literatuur

- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/ Putnam.
- Descartes, R. (2008). *Meditations on first philosophy: With selections from the objections and replies*. Oxford: Oxford University Press.
- Dreyfus, H.L. (1996). The current relevance of Merleau-Ponty's phenomenology of embodiment. Geraadpleegd 9 juli 2011, via: *The Electronic Journal of Analytic Philosophy*, 4, 1-16.
- Dreyfus, H.L. (2002). Intelligence without representation – Merleau-Ponty's critique of mental representation. The relevance of phenomenology to scientific explanation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1, 367-383.
- Dreyfus, H.L. (2007). The return of the myth of the mental. *Inquiry*, 50, 352-365.
- Fink, E. (1957). Operative Begriffe in Husserls Phänomenologie. *Zeitschrift für Philosophische Forschung*, 11, 321-337.

- Fuchs, T. (2001). The tacit dimension. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 8, 323-326.
- Fuchs, T. (2002). The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33, 223-243.
- Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds: A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 12, 95-107.
- Fuchs, T. (2007). The temporal structure of intentionality and its disturbance in schizophrenia. *Psychopathology*, 40, 229-235.
- Fuchs, T. (2008). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine Phänomenologisch-Ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2009). Leib, Zeit, Identität: Das Selbsterleben in der Adoleszenz. *Scheidewege. Jahresschrift für skeptisches Denken*, 39, 136-154.
- Fuchs, T. (2010). Phenomenology and psychopathology. In S. Gallagher & D. Schmicking, *Handbook of phenomenology and cognitive science* (pp. 546-573). Dordrecht: Springer.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The phenomenological mind: An introduction to philosophy of mind and cognitive sciences*. Londen, New York: Routledge.
- Graham, G., & Stephens, G.L. (1994). Mind and mine. In G. Graham & G. L. Stephens, *Philosophical psychopathology* (pp. 91-101). Cambridge, MA: MIT Press.
- Haan, S. de & Bruin, L. de, (2010). Reconstructing the minimal self, or how to make sense of agency and ownership. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 9, 373-396.
- Haan, S. de, Jaegher, H. de, Fuchs, T., & Mayer, A. (2011). Expanding perspectives: The interactive development of perspective-taking in early childhood. In W. Tschacher, & C. Bergomi, *The implications of embodiment: cognition and communication* (pp. 129-150). Exeter: Imprint Academic.
- Haan, S. de, & Fuchs, T. (2010). The ghost in the machine: Disembodiment in schizophrenia – Two case studies. *Psychopathology*, 43, 327-333.
- Heidegger, M. (1999). *Zijn en tijd*. Nijmegen: SUN.
- Hobson, R. P. (2002). *The cradle of thought*. Londen: Macmillan.
- Husserl, E. (1950). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (1952). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (1976). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologische Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (1993). *Logische Untersuchungen*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- James, W. (1950). *The principles of psychology: Vol. 2*. New York: Dover Publishers.
- Jenkins, G., & Röhrich, F. (2007). From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: A historical and phenomenological review. *Psychopathology*, 40, 361-368.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books.
- Mead, G.H. (1962). *Mind, self and society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mellor, C.S. (1970). First rank symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 117, 15-23.
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Fenomenologie van de waarneming*. Amsterdam: Ambo.
- Metzinger, T. (2010). *De egotunnel: Hersenonderzoek en de mythe van het zelf*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Niedenthal, P.M., Barsalou, L.W., Winkielman, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2005). Embodiment in attitudes, social perception, and emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 9, 184-211.

- Parnas, J. (2003). Self and schizophrenia: A phenomenological perspective. In T.D. Kircher & S. Anthony, *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. e.a. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38, 236-258.
- Plato. (1999). *Phaedo*. Kapellen: Pelckmans.
- Plessner, H. (1965). *Lachen en wenen: Een onderzoek naar de grenzen van het menselijk gedrag*. Utrecht/Antwerpen: Aula-boeken.
- Reddy, V. (2008). *How infants know minds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ricœur, P. (1970). *Freud and philosophy: An essay on interpretation* (p. 573). New Haven: Yale University Press.
- Rietveld, E. (2008). *Unreflective action: A philosophical contribution to integrative neuroscience*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Rota, G.-C., & Atten, M. van (2008). Lectures on being and time (1998). In B. Hopkins & J. Drummond (Red.), *The new yearbook for phenomenology and phenomenological philosophy* (p. VIII). Madison, WI: University of Wisconsin Press/Noesis Press.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Londen.
- Sanz Porras, J., & Burkitt, I. (2001). Embodiment, lived experience and anorexia: The contribution of phenomenology to a critical therapeutic approach. *Athenea Digital*, 0, 38-52.
- Sartre, J.-P. (2003). *Het zijn en het niet: Proeve van een fenomenologische ontologie*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Sass, L.A. (1992). *Madness and modernism. Insanity in the light of modern art, literature and thought*. New York: BasicBooks.
- Sass, L.A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- Slatman, J. (2008). *Vreemd lichaam: Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit*. Amsterdam: Ambo.
- Smeets, M.A.M. (1997). The rise and fall of body size estimation research in anorexia nervosa: A review and reconceptualization. *European Eating Disorders Review*, 5, 75-95.
- Spiegelberg, H. (1972). *Phenomenology in psychology and psychiatry: A historical introduction*. Evanston: Northwestern University Press.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Strack, F., Martin, L.L., & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54, 768-777.
- Suedfeld, P. (1975). The clinical relevance of reduced sensory stimulation. *Canadian Psychological Review*, 16, 88-103.
- Wegner, D.M. (2003). The mind's best trick: How we experience conscious will. *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 65-69.