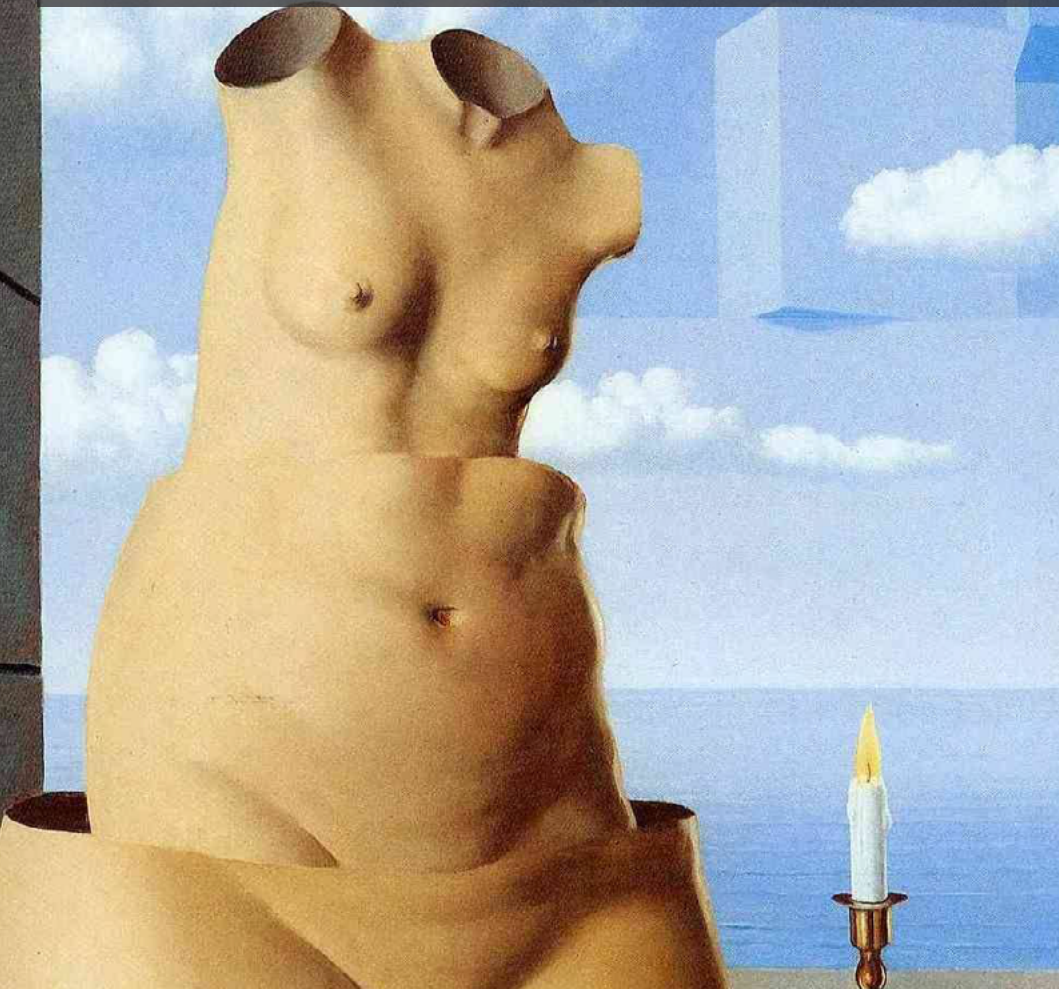


1er Simposium Internacional de Humanidades Médicas

En conjunto con el LXXII Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

**“La Cura del Cuerpo: Diálogos sobre Corporalidad
y la vivencia del cuerpo enfermo”**

Noviembre 2017



10
AÑOS

Centro de
Humanidades Médicas
Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Centro de Humanidades Médicas

"La Cura del Cuerpo: Diálogos sobre Corporalidad y la vivencia del cuerpo enfermo"

Noviembre 2017



Centro de
Humanidades Médicas
Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo



Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Centro de Humanidades Médicas

***"The Care of the Body: Dialogues
on Corporeality and the
experience of the sick body"***

November 2017

Universidad del Desarrollo
Centro de Humanidades Médicas Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Colaboran:

Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría
Facultad de Medicina Universidad Diego Portales
SONEPSYN, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Este libro fue realizado en Santiago, Chile en agosto de 2020.

Editores:

Centro de Humanidades Médicas Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Traducción:

Vesper van Abel
Paul Kearney

Diseño y diagramación:

Leticia Leiva

Imagen de portada:

Adolfo Torres Cautivo, según cuadro de René Magritte "La Folie des Grandeurs II
(Megalomania), 2003

ISBN 978-956-374-043-1

© 2020. Universidad del Desarrollo

Universidad del Desarrollo
Center for Medical Humanities Faculty of Medicine
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Collaborate:

Center for Studies of Phenomenology and Psychiatry
Faculty of Medicine Diego Portales University
SONEPSYN, Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery of Chile

This book was published in Santiago, Chile, in August, 2020.

Editors:

Center for Medical Humanities Faculty of Medicine
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Translation:

Vesper van Abel
Paul Kearney

Design and layout:

Leticia Leiva

Cover image:

Adolfo Torres Cautivo, according to René Magritte's painting "La Folie des
Grandeurs II (Megalomania), 2003.

ISBN 978-956-374-043-1

© 2020. Universidad del Desarrollo

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Departamento Científico Docente - actual Departamento de Desarrollo Académico e Investigación- de Clínica Alemana de Santiago, por su aporte financiero y estratégico para la realización de este primer Simposium de Humanidades Médicas; al Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría de la Universidad Diego Portales, por su colaboración y co-organización académica, y a la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (Sonepsyn), por incorporar este proyecto en su LXXII Congreso Internacional.

THANKS

We thank the Scientific Teaching Department - current Department of Academic Development and Research - of Clínica Alemana de Santiago, for its financial and strategic contribution to the realization of this first Medical Humanities Symposim; to the Center for Studies of Phenomenology and Psychiatry of the Diego Portales University, for their collaboration and academic co-organization, and to the Chilean Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery (Sonepsyn), for incorporating this project in its LXXII International Congress.

ÍNDICE

Presentación

María Susana Dörr Álamos

Introducción

Carla Benaglio

Laura Menatti

Corporalidad e intercorporalidad

Intercorporalidad e interafectividad

Thomas Fuchs

Intersubjetividad encarnada

Luis Flores Hernández

Fenomenología de la corporalidad en la anorexia nerviosa

Otto Doerr-Zegers

Héctor Pelegrina-Cetran

Las vibraciones de la carne. Prácticas y políticas del cuerpo intenso

Giovanni Stanghellini

El cuerpo vulnerable

El cuerpo en crisis

Alejandro de Marinis Palombo

La noción del cuerpo y la enfermedad - una mirada desde la ruta del asombro

Arnold Hoppe W.

Personalidad y vulnerabilidad

Andrés Heerlein L.

El cuerpo resiliente

Nacer con sentidos

Marcela Castillo Franzoy

El concepto de la cura desde una perspectiva filosófica

Luìgina Mortari

INDEX

Presentation

María Susana Dörr Álamos

Introduction

Carla Benaglio

Laura Menatti,

Corporeality and intercorporeality

Intercorporeality and interaffectivity

Thomas Fuchs

Embodied intersubjectivity

Luis Flores Hernández

Corporeality phenomenology in anorexia nervosa

Otto Doerr-Zegers

Héctor Pelegrina-Cetran

Vibrations of the flesh. Practices and politics of the intensive body

Giovanni Stanghellini

The vulnerable body

The body in crisis

Alejandro de Marinis Palombo

The notion of body and illness - a point of view from the path of wonder

Arnold Hoppe W.

Personality and vulnerability

Andrés Heerlein L.

The resilient body

Being born with senses

Marcela Castillo Franzoy

The concept of care from a philosophical perspective

Luigina Mortari

PRESENTACIÓN

¿Cómo entender el cuerpo humano enfermo? ¿Se trata solo del cuerpo que se palpa, se ausculta, se opera o que puede ser sometido a exámenes diversos, que nos mostrarán cifras que van a permitir – junto al examen clínico - llegar a un diagnóstico exacto y aplicar el tratamiento correspondiente? Porque este cuerpo-objeto es al mismo tiempo un sujeto o más precisamente un cuerpo-sujeto, un cuerpo vivido. El ejemplo extremo de la diferencia de estos dos cuerpos es el ojo y la mirada. Un ojo que no mira es un cuerpo muerto. Una mirada sin ojo es imposible, pero a su vez, el oftalmólogo, para examinar el ojo, debe abstraerse de la mirada; por el contrario, en el encuentro de dos miradas, los que se contemplan no pueden atender a los detalles objetivos de los ojos del otro.

¿Cómo es vivido el cuerpo en las distintas enfermedades? ¿Cómo es posible que la personalidad y el estilo de vida, vale decir, la forma de vivir y conducir el propio cuerpo influya tanto en la aparición de ciertas enfermedades?

Estas fueron algunas de las preguntas que surgieron en numerosas conversaciones sostenidas con un grupo de neurólogos de la Clínica Alemana y de psiquiatras del Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría de la Universidad Diego Portales, cuando, junto a Carla Benaglio -fundadora del Centro de Humanidades Médicas y actual vicedecana de Desarrollo- a fines de 2016, los invitamos

a organizar con nosotros el Primer Simposium de Humanidades Médicas de nuestra Facultad de Medicina.

Como objetivo general se planteó el estimular el diálogo y la reflexión acerca del cuerpo humano desde una perspectiva lo más abarcadora posible y, a la vez, abrir la riqueza de la fenomenología de la corporalidad desde la psiquiatría – donde ha jugado un papel tan importante - hacia otras especialidades médicas y así generar espacios de conversación en torno al ser humano enfermo, a quien la medicina debe no solo atender y curar, sino también comprender y acompañar.

Es así como en noviembre de 2017 logramos realizar este Primer Simposium Internacional, contando con el patrocinio y colaboración de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, que incorporó este evento a su LXXII Congreso realizado en la ciudad de Viña del Mar.

Queremos agradecer muy especialmente a los Dres. Alejandro de Marinis y Arnold Hoppe, ambos docentes de la Facultad de Medicina y neurólogos de la Clínica Alemana, quienes apoyaron desde un principio la realización de este Simposium y forman hasta el día de hoy con nosotros un equipo de Humanidades que piensa y planifica año a año iniciativas en torno a la vivencia de la medicina. También manifestamos nuestro agradecimiento a los psiquiatras Otto Dörr y Giovanni Stanghellini, ambos del Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría UDP, por la calidad de sus respectivos aportes en el logro de este proyecto. Adicionalmente, queremos reconocer el permanente apoyo y confianza del decano de nuestra Facultad de Medicina, Dr. Ricardo Ronco, a la labor que

realizamos para complementar y enriquecer la formación de los profesionales de la salud.

Con la publicación de este ejemplar quisimos honrar uno de los principios básicos del Centro de Humanidades - que ya cumple 10 años - y que consiste en estimular el diálogo interdisciplinario entre el mundo de la salud y el de la cultura, de modo que nuestra Facultad no se aleje nunca de las preguntas fundamentales que conciernen al objeto de su quehacer, cual es, el ser humano con su infinita riqueza y complejidad, puesto en la condición frágil de estar enfermo. Pocas veces se ha descrito con mayor profundidad ese contexto salud/enfermedad, profesional de la salud/enfermo que en esos memorables versos del poeta austríaco Rainer Maria Rilke: “Lo que en definitiva nos cobija es nuestro desamparo”. Es el desamparo del enfermo, pero también el del médico en tantas situaciones en que ambos no tienen ya nada que esperar, pero sí pueden conservar la esperanza, la esperanza en que ese mismo desamparo los acoja a ambos en su seno.

María Susana Dörr Álamos

*Directora Centro de Humanidades Médicas
Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo*

PRESENTATION

How to understand the sick human body? Is it just the body that is palpated, auscultated, operated on or can be submitted to diverse exams, whose results, along with the clinical examination, will enable the physician to reach a precise diagnosis and to apply the adequate treatment? This object-body is, at the same time, a subject or, more precisely, a subject-body, a lived body. An example of the difference between these two bodies is the eye and the gaze. An eye that does not gaze would be a dead body. A gaze without an eye that emits it is impossible, but, at the same time, ophthalmologists, when examining the eye, should ignore the gaze; on the other hand, when two people stare at each other, they cannot pay attention to the objective details of the others' eyes.

How does the lived body go through different diseases? How is it possible that personality and lifestyle, the way one lives the own body so strongly influence the appearance of certain diseases, e. g., in myocardial infarction, hypertension or diabetes?

These were some of the questions asked in multiple conversations that were held between neurologists from the Clínica Alemana, Santiago (Chile) and psychiatrists from the Center for Studies on Phenomenology and Psychiatry of the Diego Portales University, when, at the end of 2016, and together with Carla Benaglio - founder of the Center for Medical Humanities and currently Vice-Dean of Development at the Universidad del Desarrollo (UDD)

- were invited to join us in organizing our Faculty of Medicine's First International Symposium on Medical Humanities.

As our general goal we proposed to stimulate dialogue and reflection upon the human body from a wider perspective, and, at the same time, to unlock the richness of the phenomenology of corporeality first applied in psychiatry - where it has played such an important role - to other medical specialties and thus to create space for conversation around the human being as ill person, whom medicine should not only attend and cure, but also understand and accompany.

In November 2017 we held this First International Symposium on Medical Humanities with the sponsorship and collaboration of the Chilean Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, that included this event into its LXXII Annual Congress, organized in the city of Viña del Mar.

We would like to give special thanks to Dr. Alejandro de Marinis and to Dr. Arnold Hoppe, both professors at the Faculty of Medicine and neurologists of the Clínica Alemana, who gave their support for the organization of this Symposium from the very beginning and who, up to this very day, form with us a team of humanities that, year after year, thinks up and plans initiatives around the relationships between medicine and culture. We would also like to express our gratitude to the psychiatrists Otto Dörr and Giovanni Stanghellini, both from the Center for Studies on Phenomenology and Psychiatry of Diego Portales University, for their contribution to the achievement of this project. Finally, we wish to acknowledge the Dean of our Faculty of Medicine, Dr. Ricardo Ronco, both for his permanent encouragement and trust during the realization of

the Symposium and for the work we are carrying out in order to complement and enrich the education and training of healthcare professionals.

With the publication of this book we wanted to honor one of the basic principles of the Center for Humanities, that has already celebrated its 10th anniversary. It consists in stimulating an interdisciplinary dialogue between health and culture, in order that our faculty never loses sight of the fundamental questions concerning the very object of its tasks, namely, the human being with its infinite richness and complexity, when put in the fragile position of being sick. This health/sickness and doctor/patient context has best been described in the memorable verses of the Austrian poet Rainer Maria Rilke: “What definitely gives us shelter is our helplessness”. It is the helplessness of the sick person, but also of the health professional, in so many situations in which both have nothing more to expect, but however, they can preserve their hope, the hope that this very helplessness shelters both in its bosom.

María Susana Dörr Álamos

*Director of the Center for Medical Humanities
Faculty of Medicine Clínica Alemana Universidad del Desarrollo*

INTRODUCCIÓN

EL APORTE DE LAS HUMANIDADES MÉDICAS EN LA RELACIÓN CON EL OTRO Y LA CENTRALIDAD DEL CUERPO

I. Las Humanidades Médicas

El primer simposio de Humanidades Médicas, “La Cura del Cuerpo: Diálogos sobre corporalidad y la vivencia del cuerpo enfermo”, representa un momento clave en la proyección a nivel internacional del Centro de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina – Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Las distintas colaboraciones y conversaciones que el Centro ha mantenido, desde su origen, a nivel nacional e internacional, determinaron la necesidad de crear un espacio donde las reflexiones fueran compartidas con un público más amplio.

¿Por qué un simposio en Humanidades en un momento histórico donde la tecnología tiene su máxima expresión, sobre todo en el mundo científico?

Podríamos recordar que en los años ‘70 del siglo pasado nace un movimiento, las Humanidades Médicas, gracias al Dr. Edmund Pellegrino, pionero y fundador del nuevo humanismo médico, que publica el libro “*Humanism and the Physician*”. Médico y filósofo introduce en Estados Unidos las Humanidades Médicas en los curriculum de Medicina. En esta época la relación con la persona enferma se había concentrado sobre todo en la enfermedad,

en los signos y síntomas, donde tenía una fuerte centralidad el paradigma científico, y, por razones históricas, con una fuerte orientación en los costos que los sistemas sanitarios debían enfrentar. En el siglo pasado el foco de la educación médica, en particular en las escuelas de Medicina, estuvo centrado sobre todo en entregar a los estudiantes los conocimientos científicos y las habilidades técnicas. Por eso el movimiento de las Humanidades Médicas surge como una necesidad “emocional” para volver a la centralidad de la relación terapéutica, donde el foco está en la persona. A partir de los años sesenta en todo el mundo occidental se registra un exponencial aumento de los conocimientos científicos y tecnológicos, sobre todo en el área biomédica. La Medicina con las Humanidades Médicas trata de reaccionar al desproporcionado desarrollo tecnológico, y de recuperar a la persona en la dimensión psicológica, antropológica, sociológica, espiritual y no solo biológica y molecular. En este contexto nacen también movimientos para los derechos de los enfermos: por primera vez dos disciplinas, la Psiquiatría y la Medicina Familiar, donde las enfermedades crónicas degenerativas son prevalentes, ven la necesidad de acercarse a la persona enferma.

Los médicos que trabajan con personas con problemas de salud mental y discapacidad empiezan a interrogarse sobre la necesidad de tener una visión más holística de la persona y no solo centrada en la enfermedad. El foco en la discapacidad nos permite entrar en la historia de la persona y generar una relación terapéutica. Al mismo tiempo surgen conceptos como *patient centered medicine*, (medicina centrada en el paciente), que en su esencia vuelve a los principios del juramento hipocrático y a los valores de la profesión médica. A partir de estos inicios las Humanidades se difunden

en todas las escuelas de Medicina a nivel mundial. Distinto es el caso de las escuelas de Enfermería donde el *caring* (cuidado) se enseña a partir de las teorías y disciplinas humanísticas, donde hay una larga tradición de teóricas del *nursing* sobre los aspectos centrales de la relación.

¿Por qué entonces hacer hoy un simposio sobre las Humanidades centrado en el cuerpo? En este nuevo siglo, las Humanidades siguen siendo un elemento central para la formación de los profesionales de la salud, que están constantemente expuestos a un ambiente altamente estresante, donde las exigencias a nivel tecnológico, de gestión y organizacionales han aumentado mucho, reduciendo progresivamente los tiempos para la relación con el otro.

Los profesionales de la salud están viviendo tiempos complejos y la exposición al estrés, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte, en particular en algunos contextos, ha aumentado notablemente en estos años el *burn out*. Los equipos están fuertemente abrumados, nunca han estado tan exigidos y sometidos a un ambiente tan estresante.

Las Humanidades Médicas permiten al profesional de la salud volver a reflexionar alrededor de los valores, el humanismo, la empatía: entregan herramientas para enfrentar al otro con compasión, a veces permitiendo reducir limitar los mecanismos de defensa que llevan al profesional a *compassion fatigue* y *moral distress* (la fatiga por compasión y el agotamiento moral). Las Humanidades Médicas, en particular la medicina narrativa, ofrecen espacios de reflexión y de autocuidado.

Para las instituciones académicas y la sociedad entera es un imperativo apoyar, formar y proteger a los profesionales de la salud: es necesario ayudarlos en mantener viva su vocación, y las Humanidades pueden ofrecer múltiples estímulos en esta dirección. Las Humanidades deberían ser parte integrante de un currículum fundado en los valores y la relación con el otro.

En este contexto, nos parece interesante llevar la reflexión alrededor del cuerpo, que en las profesiones de la salud es el protagonista. Un cuerpo que muchas veces sufre, que el profesional de la salud debe intervenir, y a veces provocando dolor y sufrimiento. Un cuerpo, que se analiza, se palpa, se toca y que es parte integrante del encuentro clínico.

En este simposio esperamos haber sembrado algunas semillas para seguir conversando sobre la intercorporalidad, la vulnerabilidad y la resiliencia.

El simposio ha sido un momento para crear redes, establecer conversaciones, compartir miradas, y desde ahí seguir construyendo un currículum más humanístico, centrado en el bienestar de las personas y de toda la comunidad.

II. Breve presentación de los capítulos

¿Cómo las Humanidades Médicas se desarrollan en estos capítulos? A través del aporte que las artes, la Filosofía, las éticas contemporáneas conllevan a los estudios y las prácticas médicas. Los ensayos propuestos en este libro son el fruto

de los pensamientos reelaborados y compartidos durante el primer simposio de humanidades médicas “*La Cura del Cuerpo: Diálogos sobre corporalidad y la vivencia del cuerpo enfermo*”. Los capítulos demuestran que la Medicina no puede ser solo un estudio biológico y reduccionista sobre el cuerpo, sino implica la capacidad de encontrar el cuerpo en su desarrollo cotidiano y en las señales que se manifiestan en ello. En los textos propuestos se describe un cuerpo tanto sano como enfermo que nos comunica sus necesidades a través de sus manifestaciones, fenómenos y acciones. Los profesionales de la salud saben analizarlo y curarlo en su complejidad. Al mismo tiempo, expertos en filosofía, psiquiatría y ética aportan una reflexión sobre cómo el cuerpo percibe y se relaciona con los otros.

El Simposio ha sido organizado en tres módulos interdisciplinarios: 1) *Corporalidad e intercorporalidad* 2) *El cuerpo vulnerable*; 3) *El cuerpo resiliente* - cada uno finalizado a la comprensión de una perspectiva específica sobre el cuerpo entendido como objeto y sujeto de las profesiones de la salud.

La primera sección *Corporalidad e intercorporalidad* empieza como recorrido teórico y práctico en los análisis más contemporáneas sobre el cuerpo. En este sentido, **T. Fuchs** en el capítulo ***Intercorporalidad e Interfectividad*** propone una perspectiva denominada ‘*embodied interaffectivity*’ (interafectividad encarnada), basada en el hecho que cada encuentro entre nosotros y los otros es un proceso de *interbodily resonance* (or *dissonance*): resonancia entre cuerpos vivos, que actúan y que se comprenden de manera empática. Las emociones no son representaciones

mentales individuales y aisladas, sino derivan de una resonancia corporal compartida en una situación dada y llevada a cabo gracias a la percepción de situaciones afectivas (que Fuchs llama *affective affordances* en relación con el fundador de la psicología ecológica J. Gibson). Fuchs aplica los conceptos desarrollados en su teoría al estudio de los desórdenes neurológicos, de la depresión, del autismo y de la esquizofrenia.

En la misma sección **L. Flores Hernández**, a través del capítulo ***Intersubjetividad Encarnada***, nos lleva a los orígenes de la fenomenología y de los fundadores del pensamiento fenomenológico, como Husserl y Merleau-Ponty. El cuerpo estudiado por la fenomenología está situado en el mundo y se relaciona con él en actos continuos de incorporación. Flores describe cómo el cuerpo intenciona el mundo a través de las modalidades cognitivas, conativa, expresiva y estética. Gracias a estas modalidades se comprende el propio cuerpo y las corporalidades del otro. Los dos no son objetos opuestos, sino que se convocan y se invocan. Antes que mi mismo cuerpo pueda cristalizar al otro como objeto de la conciencia, hay algo más originario y ontológico y que provoca desconcierto. Tarea para todos, y también para los profesionales de la salud es comprender este vínculo original, donde los cuerpos son vividos y compartidos. En la práctica médica – especialmente en el campo psiquiátrico y neurológico – siempre se enfrentan dos o más corporalidades que no pueden ser separadas. La aplicación de los estudios fenomenológicos a la psiquiatría es ejemplificada en los capítulos de O. Doerr-Zegers & H. Pelegrina-Cetran, y G. Stanghellini.

O. Doerr-Zegers & H. Pelegrina-Cetran, en el capítulo **“Fenomenología de la corporalidad en la anorexia nerviosa”**, explican el origen de la anorexia nerviosa y profundizan en la relación de la paciente anoréxica con su cuerpo. En la investigación teórica y en los casos clínicos de pacientes anoréxicas se evidencia una escisión entre el cuerpo subjetivo (*der Leib*) y el cuerpo objetivo (*der Körper*); que el cuerpo anoréxico se reduciría a ser tratado como a un objeto, como un fetiche y que al final la paciente anoréxica buscaría ejercer un poder absoluto sobre su cuerpo y sus necesidades. El capítulo retoma la distinción fenomenológica entre *Leib* (traducido también como cuerpo vivido o simplemente como corporalidad) y *Körper* (traducido como cuerpo-objeto), distinción e interrelación desarrolladas también por fenomenólogos como Husserl y Merleau-Ponty. El aporte de los filósofos en la práctica y teoría médico-psiquiátrica demuestra un vínculo intrínseco entre humanidades y medicina.

Desde el punto de vista psicoanalítico, G. Stanghellini, en el capítulo **“Las vibraciones de la carne. Prácticas y políticas del cuerpo intenso”**, describe la percepción del cuerpo por parte de pacientes que sufren trastorno límite de la personalidad (TLP). Según Stanghellini los pacientes que padecen de TLP perciben su cuerpo como un “cuerpo sin órganos” descrito por el filósofo G. Deleuze en su comentario sobre las pinturas de Francis Bacon: un caos de fuerza y un cuerpo sin carne. Al mismo tiempo, estos pacientes compensan con una intensidad perceptiva, una vitalidad alentadora en contacto con sensaciones vigorizantes. También en este capítulo, reflexiones artísticas y filosóficas se cruzan con la práctica médico-psicológica.

La segunda sección **El cuerpo vulnerable** se desarrolla como recorrido en la experiencia de tres médicos, los primeros neurólogos y el tercero psiquiatra.

A. De Marinis P, en el capítulo **“El cuerpo en crisis”**, analiza la presentación de la crisis como un súbito compromiso o pérdida de conciencia que anula la vivencia del cuerpo, con específicas referencias a las crisis epilépticas. De Marinis utiliza el binomio fenomenológico *Cuerpo Vivido* y *Cuerpo Objetivo* para comprender y analizar la sintomatología, la percepción y la vivencia del cuerpo durante y después la crisis epiléptica. El cuerpo vivido es el cuerpo vivenciado en primera persona y descrito en primera persona por el paciente epiléptico. Por otra parte, el cuerpo objetivo da origen a descripciones en tercera persona. Comprender qué es la crisis epiléptica implica conectar e integrar las percepciones, manifestaciones y perspectivas de las dos tipologías de cuerpo. De Marinis profundiza, además, en un recorrido histórico del estudio de la epilepsia y especifica cómo la descripción fenomenológica detallada fue un aporte notable en el diagnóstico de esta enfermedad. El capítulo concluye abordando una perspectiva social de la crisis epiléptica: en este sentido, el cuerpo en crisis se extendería más allá de la crisis en sí misma, y podría incluir las vivencias tanto del paciente como de terceros, los familiares, el equipo de salud, y hasta diversos ámbitos de las interacciones sociales.

A. Hoppe W., en el capítulo **“La noción del cuerpo y la enfermedad - una mirada desde la ruta del asombro”**, presenta un texto de carácter narrativo y médico al mismo tiempo. La experiencia personal del autor y su historia como médico se desarrollan

en una narración autobiográfica donde la Medicina se une a la experiencia vivida a través los diálogos con los pacientes y los mentores de la escuela de Medicina. El capítulo empieza con la descripción de la anosognosia (sin-noción-de-enfermedad) de un paciente con lesión hemisférica derecha severa, y permite abrir el debate entre teorías localizacionistas y anti-localizacionistas de los trastornos neurológicos. Hoppe explica como la anosognosia se presenta de manera frecuente en Neurología en enfermedades que tienen diferentes fisiopatologías (por ejemplo, en enfermedades vasculares cerebrales, en demencias, etc). A pesar de su diferente fisiopatología, la anosognosia permite, tanto cuestionar la localización cerebral de las enfermedades, como introducir un enfoque narrativo y fenomenológico en la práctica médica. Las narraciones de los pacientes, las percepciones del otro y de la propia corporalidad se acompañan a la narración autobiográfica del médico y su capacidad de comprender cómo el cuerpo se vivencia -según Hoppe - en cada percepción y en cada movimiento en múltiples niveles de complejidad.

A final de esta sección, **A. Heerlein L.**, en el capítulo **“Personalidad y vulnerabilidad”**, proporciona una descripción histórica y filosófica de las influencias de la personalidad en la emergencia de las diferentes patologías médicas. Desde Hipócrates hacia la Medicina psicosomática del siglo XX y hasta los estudios más contemporáneos, el autor describe cómo las enfermedades orgánicas pueden estar relacionadas con personalidades y vulnerabilidades específicas. El capítulo profundiza en la historia de la psiquiatría y cómo en el siglo XX se realizaron descripciones taxonómicas y sistemáticas de personalidades de diferentes tipos en relación con la aparición de enfermedades, con particular

referencia a la esquizofrenia y la depresión. Se concluye que gracias a estudios más contemporáneos, no se puede definir una personalidad causal o patogénica, sino que se puede hablar de una vulnerabilidad especial asociada a ciertos rasgos de personalidad que predisponen a algunas enfermedades. La complejidad tanto de las personalidades, como de los contextos sociales y culturales siguen constituyendo importantes desafíos tanto para la Medicina, como para la Psiquiatría.

La última sección, **El cuerpo resiliente**, nos lleva a una profunda aplicación de las Humanidades Médicas a la medicina.

L. Mortari, en su capítulo **“El concepto de cura desde una perspectiva Filosófica”**, explica lo que significa estudiar el cuerpo en un contexto ético y relacional. El cuidado y la cura adquieren significado teórico y práctico a la luz de una reflexión ética y filosófica. El capítulo se inserta en la tradición y la historia de las Humanidades Médicas que hemos descrito muy sintéticamente al principio de nuestro breve comentario. Mortari, considerada como una de las especialistas en Humanidades Médicas, tanto desde el punto de vista teórico, cómo en su aplicación práctica en la Educación, utiliza el lenguaje y el pensamiento filosófico para explicar los conceptos de cuidado, cura, *caring*. Según Mortari, las preguntas fundamentales que tenemos que plantearnos son: ¿Por qué el cuidado es primordial en la vida? ¿Cuál es la esencia del cuidado? Las respuestas vienen de un análisis ontológico del ser humano: la cualidad primaria del ser humano es el cuidado. El ser humano se sustancia, vive, opera e interactúa con los otros gracias y en función de la característica primaria del cuidado. Todavía, hablar de ontología no significa una calidad estática

e imperecedera. Como subraya Mortari, el cuidado no es simplemente una conducta natural sino que implica una práctica cultural que responde a una necesidad natural y como tal necesita educación, reciprocidad y un recorrido que se desarrolla tanto en campo educativo como ético-personal. El reconocimiento de esta esencialidad y de su desarrollo ético es sustentado en la literatura y la filosofía antigua (Platón, Sócrates, los presocráticos), y desarrollado a través la observación y la práctica fenomenológica (Husserl), con especial referencia al pensamiento heideggeriano. El capítulo de Mortari se sitúa entre las conclusiones de este simposio y de este libro, para evidenciar la contribución que las Humanidades, y especialmente la Filosofía, pueden aportar en las escuelas de Medicina y en las prácticas de los profesionales de la salud en términos de desarrollar una práctica que se refiera al sentirse responsable del otro. Responsabilidad viene de la palabra latín *respondere*, lo que literalmente significa “responder a un llamado” y contestar al llamado de una alteridad, que, aunque compleja, nos permite crecer como seres humanos y profesionales de la salud.

Por último, el capítulo de **M. Castillo F., “Nacer con sentidos”** es un importante ejemplo del principio de la narración en las Humanidades Médicas: el capítulo se centra en la historia de la vida de M. Castillo como médico y como madre de un hijo que padece de trastorno autista. El cuerpo descrito en este capítulo son en realidad dos cuerpos y dos mentes que interactúan: la madre médico y el hijo. En este doble rol de madre y médico, Castillo recorre tanto la historia de la enfermedad autista, como los diferentes pasos del diagnóstico de su hijo. Emerge una narración delicada y nunca destacada. Los cuerpos y las relaciones descritas

implican un análisis que profundiza las capacidades sensoriales y los aspectos bio-psicosociales del cuerpo de un niño autista y de quienes, estando a su entorno, pueden reaprender a vivir y comprender la vida y sus fenómenos. Este capítulo evidencia la capacidad compartida de descubrir el valor de la neurodiversidad y lleva un mensaje para la comunidad de los profesionales de la salud: la humanización y la escucha de las necesidades de salud diferentes son tan importantes como un buen diagnóstico y una buena terapia. El cuidado y el apoyo permanente, dice Castillo, tienen que ser fundamentales para el desarrollo de la salud pública.

Nos gustaría concluir esta breve presentación con la frase que Castillo pone cómo subtítulo de su capítulo:

“Caminar frente a una flor olorosa, como puede ser un jazmín, podría pasar desapercibido para muchos de nosotros, pero no para mi hijo. Él tiene autismo”.

Esa breve frase describe la maravilla para el mundo, la complejidad que el mundo ofrece y la fuerza de una relación de cuidado y de respeto que se construye día a día.

Carla Benaglio

*Vicedecana de Desarrollo,
Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo,
Santiago (Chile)*

Laura Menatti

*PhD
Investigadora asociada,
CNRS PASSAGES UMR 5319 Burdeos (Francia)*

INTRODUCTION

THE CONTRIBUTION OF THE MEDICAL HUMANITIES IN RELATION WITH THE OTHER AND THE CENTRALITY OF THE BODY

I. The Medical Humanities

The first symposium of the Medical humanities, "The Care of the Body: Dialogues about the corporeality and experience of the sick body", represents a key moment in the worldwide outreach of the Medical Humanities Center of the Faculty of Medicine - Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. The different collaborations and conversations the Center has had from its beginning, at the national and international level, determined the need to create a space where the reflections were shared with a wider public.

Why a symposium in the Humanities in a historical moment where technology has been overwhelmingly dominant, above all in the scientific world?

We could remember that in the 70s of the last century a movement, the Medical Humanities, was born, thanks to Dr. Edmund Pellegrino, pioneer and founder of the new medical humanism, who published the book "Humanism and the Physician". The doctor and philosopher introduced the Medical Humanities into the Medical curriculum in the United States. At that time the relationship with the sick person had been concentrated above all on illness, on the signs and symptoms, where it had a strong focus

in the scientific paradigm, and, for historical reasons, with a strong orientation towards the costs that health systems needed to deal with. Last century, the focus of medical education, especially in Medical schools, was centered above all on delivering scientific knowledge and technical skills to students. Because of this, the Medical Humanities movement arose as an "emotional" need to return to the centrality of the therapeutic relationship, where the focus is on the person. From the seventies on, an exponential increase in scientific and technological knowledge is recorded in the Western world. Medicine with the Medical Humanities deals with reacting to the disproportionate technological development, and recovering the person in the psychological, anthropological, sociological, spiritual dimension, and not just that of the biological and molecular. In this context, movements for the rights of the sick are also born: for the first time, two disciplines, Psychiatry and Family Medicine, where chronic degenerative illnesses are prevalent, see the need to move closer to the sick person.

Doctors who work with people with mental health problems and disability are beginning to ask themselves about the need to have a more holistic vision of the person and not only one centered on the illness. The focus on disability allows us to enter into the person's history and generate a therapeutic relationship. At the same time, concepts arise such as *patient-centered medicine*, which essentially returns to the principles of the Hippocratic oath and the values of the medical profession. From these beginnings, the Humanities is disseminated through all the Medical schools worldwide. A different case is that of Nursing schools, where *caring* is taught from humanistic theories and disciplines, where

there is a long tradition of *nursing* theories on the central aspects of the relationship.

Why in that case hold a symposium on the Humanities centered on the body? In this new century, the Humanities continue to be a central element in the training of health professionals, who are constantly exposed to a highly stressful environment, where the demands at the technological, management, and organizational levels have greatly increased, progressively reducing the time for the relationship with the other.

Health professionals are living through a complex time and the exposure to stress, illness, suffering and death, particularly in some contexts, has increased notably in these years of *burnout*. Teams are seriously overwhelmed, and have never been so subject to pressure and to such a stressful environment.

The Medical Humanities allow for health professionals to reflect again on values, humanism, empathy: they supply tools for treating the other with compassion, sometimes allowing for a reduction in the limits of defense mechanisms that lead professionals to *compassion fatigue and moral distress*. The Medical Humanities, particularly narrative medicine, offer spaces for reflection and self-care.

For academic institutions and the society at large, it is imperative to support, train and protect health professionals: it is necessary to help them keep their vocation alive, and the Humanities can offer a range of stimuli in this direction. The Humanities should be an integral part of a curriculum founded on values and the relationship with the other.

In this context, it seems interesting for us to conduct a reflection on the body, which in the health professions plays the leading role. A body that often suffers, with which the health professional must intervene, and sometimes cause pain and suffering. A body that is analyzed, felt, touched and that is an integral part of the clinical encounter.

In this symposium we hope to have sown some seeds for continuing the discussion on inter-corporeality, vulnerability and resilience.

The symposium has been a moment to create networks, have conversations, and from there continue to construct a more humanist curriculum, centered in the wellbeing of people and that of the whole community.

II. Brief presentation of the chapters.

How are the Medical Humanities expanded on in these chapters? Through the contribution the arts, Philosophy, contemporary ethics bring to medical studies and practices. The essays set out in this book are the fruit of the thoughts reworked and shared during the first Medical Humanities symposium "*The Care of the Body: Dialogues on Corporality and experience of the sick body*". The chapters demonstrate that Medicine cannot be only a biological and reductionist study of the body, but one that involves the ability to encounter the body in its day to day operation and in the signals that are manifest in it. In these texts set out here, both a sick and healthy body are described, which communicates their

needs through their manifestations, phenomena and actions. The health professionals know how to analyze and cure it in its complexity. At the same time, experts in philosophy, psychiatry and ethics offer a reflection on how the body perceives and is related to the others.

The Symposium has been organized in three interdisciplinary modules: 1) *Corporeality and intercorporeality* 2) *The vulnerable body* 3) *The resilient body* - each one completed with the understanding of a specific perspective on the body understood as object and subject of the health professions.

The first section, *Corporeality and intercorporeality*, begins as a theoretical and practical journey through the most contemporary analyses of the body. In this sense, **T. Fuchs**, in the chapter **"Intercorporeality and interaffectivity"** proposes a perspective called "embodied *interaffectivity*", based on the fact that each encounter between us and the others is a process of *interbodily resonance* (or *dissonance*): resonance between live bodies, which act and are understood empathetically. The emotions are not individual and isolated mental representations, but derive from a shared corporal resonance in a situation brought about and realized thanks to the perception of affective situations (which Fuchs calls *affective affordances*, with reference to the founder of ecological psychology, J. Gibson). Fuchs applies the concepts elaborated in his theory of the study of neurological disorders, of depression, autism and schizophrenia.

In the section, **L. Flores Hernández**, through the chapter ***Embodied Intersubjectivity***, takes us to the origins of phenomenology and the founders of phenomenological thought, such as Husserl and Merleau-Ponty. The body studied through phenomenology is situated in the world and is related to it in continuous acts of incorporation. Flores describes how the body deliberates the world through the cognitive, conative, expressive and aesthetic modalities. The body itself and the corporality of the other are understood thanks to these modalities. The two are not objects in opposition, but actually call for and invoke each other. Before my own body can crystalize the other as an object of awareness, there is something more original and ontological that causes bewilderment. A task for everybody, and also for health professionals, is to understand this original link, where bodies are lived and shared. In the medical practice - especially in the psychiatry and neurology fields - two or more inseparable corporalities engage with each other. The application of the phenomenological studies to psychiatry is exemplified in the chapters from O. Dörr & H. Pelegrina-Cetran, and G. Stanghellini.

O. Doerr-Zegers & H. Pelegrina-Cetran, in the chapter ***“Corporeality phenomenology in anorexia nervosa”*** explain the origin of anorexia nervosa and elaborate on the anorexic patient's relationship with their body. Evidence can be found in theoretical research and the clinical cases of anorexic patients of a split between the subjective body (*der Leib*) and the objective body (*der Körper*); the anorexic body is reduced to being treated as an object, as a fetish, and in the end the anorexic patient seeks to exercise absolute power over their body and their needs. The chapter takes up again the phenomenological distinction between

Leib (translated as living body or simply corporeality) and *Körper* (translated as body-object), a distinction and inter-relationship elaborated by phenomenologists such as Husserl and Merleau-Ponty. The philosophers' contribution to medical - psychiatric practice and theory demonstrates an intrinsic link between the humanities and medicine.

From the psychoanalytic point of view, **G. Stanghellini**, in the chapter, **“Vibrations of the flesh. Practices and policies of the intensive body”**, describes the perception of the body experienced by patients who suffer from borderline personality disorder (BPD). According to Stanghellini, patients who suffer from BPD perceive their body as a “body without organs”, described by the philosopher G. Deleuze in his commentary on the paintings of Francis Bacon: a chaos of strength and a body without flesh. At the same time, these patients compensate with an perceptive intensity, a hopeful vitality in contact with invigorating feelings. Artistic and philosophical reflections also cross over with the medical - psychological practice in this chapter.

The second section, **“The vulnerable body”**, is written as a journey through the experience of three doctors, the first two neurologists and the third a psychiatrist.

A. De Marinis P., in the chapter **“The body in crisis”**, analyzes the presentation of the crisis as a sudden compromise or loss of awareness that overrides the body's experiences, with specific references to epileptic crises. De Marinis uses the phenomenological dichotomy of *Lived Body and Objective Body* to understand and analyze the symptomatology, perception and

experience of the body during and after the epileptic crisis. The lived body is the body experienced in first person and described in first person by the epileptic patient. Conversely, the objective body gives rise to descriptions in third person. Understanding what is the epileptic crisis involves connecting and integrating the perceptions, manifestations and perspectives of the two body typologies. De Marinis extends this, moreover, in a historical exploration of the study of epilepsy and specifies how the detailed phenomenological description was an important contribution in the diagnosis of this disease. The chapter concludes by addressing a social perspective of the epileptic crisis: in this sense, the body in crisis could be extended further than the crisis in itself, and could include both the experiences of the patient and third parties, relatives, the health team, and even to different areas of social interaction.

A. Hoppe W., in the chapter, ***“The notion of body and illness – a point of view from the path of wonder”*** presents a text of a simultaneously narrative and medical nature. The personal experience of the author and his history as a doctor is elaborated in an autobiographic narrative where Medicine is united to lived experience through dialogues with the patients and mentors from the Medical school. The chapter begins with the description of the anosognosia (without-knowledge-of-the-illness) of a patient with a severe right hemisphere injury, and allows for the debate to be opened up between localizationist and anti-localizationist theories. Hoppe explains how anosognosia frequently presents in Neurology in illnesses that have different physio-pathologies (for example, in vascular - cerebral illnesses, in dementia, etc.). Despite its different physiopathology, anosognosia allows for

both the questioning of the cerebral localization of the illnesses, and the introduction of narrative and phenomenological focus in medical practice. The patients' narrative, the perceptions of the other and of their own corporeality accompany the doctor's autobiographical narrative and their capacity to understand how the body is experienced - according to Hoppe - in each perception and each movement on multiple levels of complexity.

At the end of this section, **A. Heerlein L.**, in the chapter **“Personality and vulnerability”**, provides a historical and philosophical description of the influences personality has had in the emergence of the different medical pathologies. From Hippocrates to psychosomatic Medicine of the 20th century to more contemporary studies, the author describes how organic disease can be related to specific personalities and vulnerabilities. The chapter goes deeper into the history of psychiatry and how, in the 20th century, taxonomic and systematic descriptions of different types were made in relation in the appearance of diseases, with particular reference made to schizophrenia and depression. He concludes that thanks to the more contemporary studies, a causal or pathogenic personality cannot be defined, but instead it is better to talk about a special vulnerability associated with certain personality traits that predispose some diseases. The complexity of both the personalities as well as the social and cultural contexts continue to represent significant challenges both for Medicine and Psychiatry.

The last section, **The resilient body**, brings us a profound application of the Medical Humanities to medicine. **L. Mortari**, in her chapter **“The concept of care from a Philosophical**

perspective" explains what it means to study the body in an ethical and relational context. The care and the cure acquire theoretical and practical significance in light of an ethical and philosophical reflection. The chapter is placed into the tradition and history of the Medical Humanities that we have briefly described at the beginning of our short commentary. Mortari, considered as one of the specialists in Medical Humanities, both from the theoretical point of view as well as in her practical application in Education, uses philosophical language and thought to explain the concepts of *caring*, cure. According to Mortari, the fundamental questions we have to address are: Why is care fundamental in life? What is the essence of care? The answers come from an ontological analysis of the human being: the primary quality of human beings is caring. Human beings sustain themselves, live, operate and interact with other thanks to and in function of the primary characteristic of care. Even so, to speak of ontology does not mean a static or timeless quality. As Mortari highlights, care is not simply a natural behavior, but it involves a cultural practice that responds to a natural need and as such, requires education, reciprocity, and a pathway that is created both in the educational as well as the ethical-personal field. The recognition of this essentiality and its ethical development is sustained in ancient literature and philosophy (Plato, Socrates, the pre-Socratics), and developed through phenomenological observation and practice (Husserl), with special reference to Heideggerian thought.

Mortari's chapter is situated among the conclusions of this symposium and of this book, to provide evidence for the contribution the Humanities, and especially Philosophy, can offer in the Medical school and to the practices of health professionals

for developing a practice that refers to feeling responsible for the other. Responsibility comes from the Latin word *respondere*, which literally means "respond to a call" and answers the call from an otherness, that, although complex, allows us to grow as human beings and health professionals.

Lastly, **M. Castillo's** chapter "***Being born with senses***" is an important example of the principle of narrative in the Medical Humanities: the chapter is centered on the story of M. Castillo's life as a doctor and as a mother of a son who suffers from autistic disorder. The body described in this chapter is actually two bodies and two minds that are interacting: the doctor-mother and the son. In this double role of mother and doctor, Castillo explores both the history of autistic disease as well as the different diagnostic steps of her son. A delicate and rarely-featured narrative emerges. The described bodies and relationships lead to an analysis that explores the sensory abilities and the bio-psychosocial aspects of the body of an autistic child and of those who, when placed in his situation, can re-learn to live and understand life and its phenomena. This chapter provides evidence for the shared ability to discover the value of neurodiversity and has a message for the community of health professionals: the humanization of and listening to different health needs are as important as a good diagnosis and good therapy. Continual care and support, states Castillo, have to be fundamental for the development of public health,

We would like to conclude this brief presentation with the phrase Castillo uses as the subtitle of her chapter:

“Walking by a fragrant flower, such as a Jasmin, could pass undetected for many of us, but not for my son. He has autism”.

This brief phrase describes the joy for the world, the complexity offered by the world and the strength of a relationship of care and respect that is constructed from day to day.

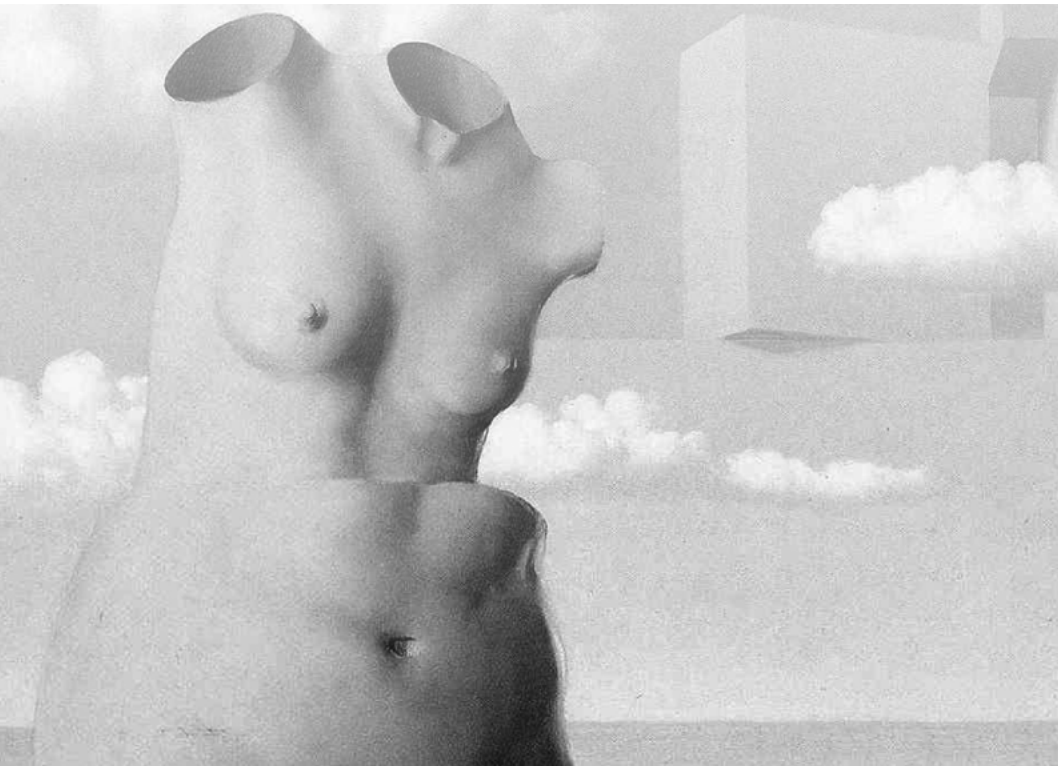
Carla Benaglio

*Vice dean of Development,
Faculty of Medicine Clínica Alemana Universidad del Desarrollo,
Santiago (Chile)*

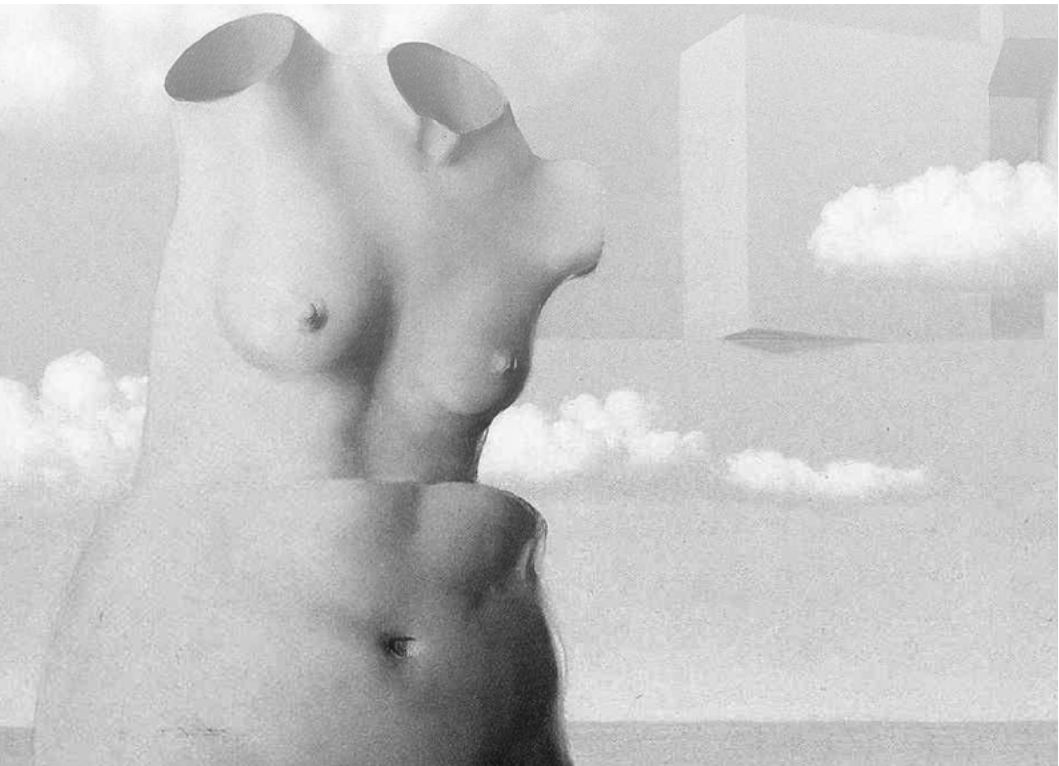
Laura Menatti,

*PhD
Associate researcher,
CNRS PASSAGES UMR 5319 Bordeaux (France)*

***Corporalidad e
intercorporalidad***



***Corporeality and
intercorporeality***



INTERCORPORALIDAD E INTERAFECTIVIDAD

Thomas Fuchs

PhD

*Docente Fundamentos Filosóficos,
Psiquiátricos y Psicoterapéuticos
Clínica Universitaria de Heidelberg, Alemania*

Introducción

La pregunta de cómo se logran la empatía interpersonal y el entendimiento mutuo a nivel preverbal ha dominado los debates sobre la cognición social, la neurociencia social y la filosofía social desde hace más de dos décadas. La visión predominante aún se basa en el presupuesto de que, en principio, otras mentes están escondidas para nosotros; por lo tanto, las posibles rutas hacia el entendimiento solo pueden tomar un desvío para apoyarse en mecanismos cognitivos internos tales como una ‘teoría de la mente’, ‘mentalización’ o ‘lectura de la mente’, que permiten inferir en estados mentales de otros. Independientemente de si estos mecanismos son descritos como afines a una ‘teoría’ científica o más bien como una rutina de ‘simulación’ mental (Stich & Nichols 1992; Baron-Cohen 1995; Carruthers & Smith 1996), el marco general se ha mantenido fiel a su origen en el cognitivismo y representacionalismo clásicos. Se considera que mediante la empatía se puede leer la mente o simular el estado

mental del otro dentro de uno mismo. Este paradigma se aplica típicamente en emociones en general: no son consideradas respuestas encarnadas para situaciones significativas, siendo así perceptibles en la expresión corporal y la conducta de otra persona, sino más bien como valoraciones cognitivas internas de estímulos ambientales.

La crítica fenomenológica de la posición cognitivista ha rechazado la idea internalista que nuestros estados emocionales e intencionales estén escondidos para otros, y que se pueden concebir la empatía o la simpatía en analogía a una teoría (Gallagher 2008; Zahavi 2008). Se han propuesto dos conceptos alternativos del entendimiento social, uno basado en la fenomenología, el otro en el enactivismo:

- a. Según el concepto de la *percepción directa*, todos somos muy capaces de percibir inmediatamente las intenciones y las emociones de otros en cierta medida, por un lado, en su comportamiento expresivo, por otro lado, en sus intenciones-en-acción visibles según su relación con un contexto significativo (Gallagher 2008; Krueger 2018). Al ver a otra persona llorar, uno ve parte de su tristeza; al ver a una persona correr para tomar el tren, uno ve su intención de alcanzarlo, sin tener que inferir.
- b. Según la *teoría de la interacción*, la cognición social se basa principalmente en las interacciones sociales que inducen, a nivel prerreflexivo y preverbal, una *resonancia corporal* mutua y la modificación correspondiente de los estados emocionales. Estos cambios sentidos provocados por el involucramiento mutuo deberían permitir una forma primaria

de empatía sin requerir ninguna representación (De Jaegher & Di Paolo 2007; Fuchs & De Jaegher 2009).

En consecuencia, el enfoque fenomenológico y el enfoque enactivo sobre la sociedad no parten desde individuos aislados y sus correspondientes estados internos, sino de los fenómenos globales de la *intercorporalidad* y la *interafectividad* (Gallagher 2001; Fuchs & De Jaegher 2009; Froese & Fuchs 2012; De Jaegher 2015). En particular, el concepto de la *resonancia intercorporal* implica la idea que la dinámica emergente de interacción más bien cree una experiencia afectiva compartida y no trasmite los estados internos entre individuos. Por el otro lado, tales conceptos levantan la difícil pregunta de cómo es posible vivir el sentimiento compartido o la atmósfera que surge de la interacción, si se percibe, al mismo tiempo, empáticamente el estado emocional específico del otro. En otras palabras, enfatizar el componente interafectivo de encuentros sociales puede correr el riesgo de perder la diferencia entre el entendimiento empático y el contagio, o incluso la fusión, emocional. Para evitar este riesgo, propongo concebir la resonancia corporal y afectiva como una *polaridad de resonancia y disonancia*, la que mantiene la *alteridad* del otro, a pesar de la afinación afectiva.

Para elaborar el concepto de la interafectividad encarnada, a continuación, introduciré (1) un concepto general de la *afectividad encarnada*: Concibe emociones no como estados mentales internos, sino como fenómenos espaciales integrales que conectan al sujeto encarnado con la situación, con sus potencialidades afectivas en una interacción dinámica. (2) Lo anterior lleva a un concepto de *interafectividad encarnada*: en

cada encuentro de cara a cara, los cuerpos vividos de las partes se entrelazan en un proceso de resonancia intercorporal, la que establece la base para un entendimiento empático intuitivo, primario. Según este concepto, las emociones en encuentros sociales a veces no son ubicables dentro del individuo (ni menos en su cerebro), sino deben ser concebidas como un fenómeno de un espacio intercorporal compartido que involucra a las partes de la interacción. (3) Luego el concepto propuesto será ilustrado y profundizado con un análisis de las alteraciones de la resonancia social y la empatía en la psicopatología.

I. Afectividad Encarnada

El concepto de la afectividad encarnada rechaza la idea de que las emociones sean solo fenómenos mentales, y que el mundo carezca de cualidades afectivas. De hecho, no vivimos en un mundo meramente físico; el espacio vivido siempre está cargado de cualidades afectivas y expresivas. Por ejemplo, sentimos la hilaridad de una fiesta, la tristeza de una marcha fúnebre, el clima helado de una reunión, o lo misterioso de un bosque oscuro en la noche. Las emociones también surgen de situaciones, personas y objetos con sus cualidades expresivas, atractivas o repulsivas. La intencionalidad peculiar de las emociones se relaciona a lo que es particularmente *valioso* y *relevante* para el sujeto (ver Solomon 1976; Frijda 1994; Scarantino & De Sousa 2018). De alguna manera, las emociones son maneras de percibir y poner atención a las características salientes de una situación, de darles la importancia y el peso que no tendrían sin la emoción.

En referencia al concepto de Gibson (1979) de la potencialidad, también podemos hablar de *potencialidades afectivas*: los objetos o las situaciones nos parecen ‘importantes’, ‘valiosos’, ‘atractivos’, ‘desagradables’, ‘repugnantes’, etc.

La manera en que las emociones revelen las cualidades o potencialidades afectivas de una situación dada pasa por la *resonancia corporal*. Por un lado, esto incluye todo tipo de sensaciones: sentimientos de calor o frío, cosquillas o escalofríos, dolor, tensión o relajación, constricción o expansión, hundimiento, tropezarse o levantarse, etc. Por otro lado, las emociones involucran tendencias de acciones corporales que se sienten kinestésicamente, como inclinarse, levantarse, retroceder o avanzar, etc. No hay emoción sin por lo menos leves sensaciones corporales y tendencias de movimientos. Por ejemplo, tener miedo no es posible sin sentir una tensión o temblor en el cuerpo, palpitations del corazón o falta de aire, y una tendencia de retirarse^[1]. Es *mediante* estas sensaciones que uno es dirigido ansiosamente hacia una situación atemorizante. Por ende, las sensaciones corporales y las tendencias a la acción no deben ser concebidas como un mero producto lateral o una adición a la emoción, sino como el *medio mismo* de una intencionalidad afectiva. Tal como William James ya nos indicó, el cuerpo es un

[1] Estas sensaciones corresponden a respuestas autonómicas y motoras observables a nivel psicológico, tales como los cambios en el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la conductancia de la piel, la tensión muscular, las reacciones intestinales, excitación general, etc.

“cuerpo de resonancia”, en el que cada emoción reverbera (James 1884).^[2]

Lo anterior conduce a una *concepción encarnada y extendida de las emociones* (ver también Fuchs 2013a): Las emociones surgen como formas específicas de la tendencia del cuerpo de un sujeto a dirigirse hacia los valores y las potencialidades afectivas de una situación dada. Engloban el sujeto y la situación y no pueden estar ubicadas en el interior de las personas (sea su psique o su cerebro). El sujeto afectado está más bien involucrado con un ambiente que de por sí tiene cualidades afectivas. Por ejemplo, en el caso de la vergüenza, una situación embarazosa y las miradas desdeñosas de otros se viven como una afección corporal dolorosa, así el sujeto siente la desvalorización repentina en los ojos de otros. De este modo la emoción de la vergüenza se extiende sobre la persona que siente y su cuerpo como también la situación en su totalidad.

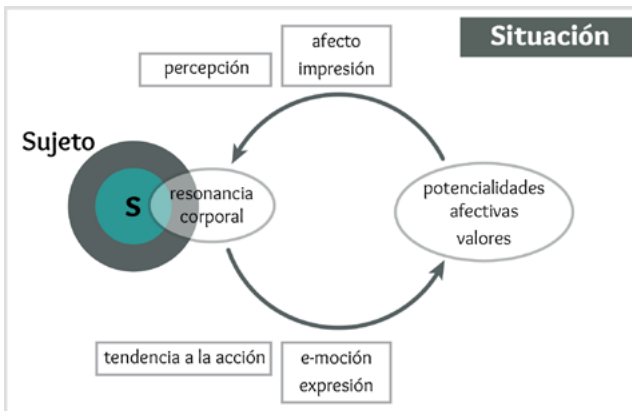
Las emociones además implican dos componentes de la resonancia corporal: (1) *un componente centrípeto o afectivo*, es decir, estar afectado, ‘conmovido’ o ‘emocionado’ por un evento a través de varias formas de sensaciones corporales (por ej., enrojecerse y sentir calor de vergüenza). Otras tendencias son el acercamiento (deseo, enojo), la evitación (miedo), el estar-con (disfrute, confianza), el rechazo (repugnancia), la dominación

[2] *Esto no es para negar que los componentes cognitivos como la comprensión y la valoración jueguen un rol crucial para las emociones. Sin embargo, incluso las emociones morales basadas en situaciones sociales complejas siempre incluyen una resonancia corporal: por ejemplo, la envidia es acompañada por una sensación de tensión corporal y amargura, el desprecio por una expresión facial condescendiente (levemente insinuando la repugnancia), el perdón por una sensación cálida y calmante, etc.*

(orgullo) o la sumisión (humildad, resignación) (cf. Frijda 1986). En las emociones “somos impulsados para movernos en dirección a, en contra de o alejándonos de” (Sheets-Johnstone 1999, 267).

Al juntarlas, las emociones pueden ser consideradas como *interacciones circulares o ciclos de retroalimentación* entre el sujeto encarnado y la situación actual (cf. fig. 1): Estar afectado por las potencialidades o cualidades emocionales de la situación (*afecto, impresión*) gatilla una resonancia corporal específica que, a su vez, influencia la percepción emocional de la situación e implica una preparación correspondiente para la acción (*e-moción, expresión*). La afectividad encarnada consiste en el ciclo interactivo completo, el que es mediado crucialmente por la resonancia del cuerpo que siente.

Fig. 1: Afectividad encarnada (adaptada desde Fuchs 2013a, 623)



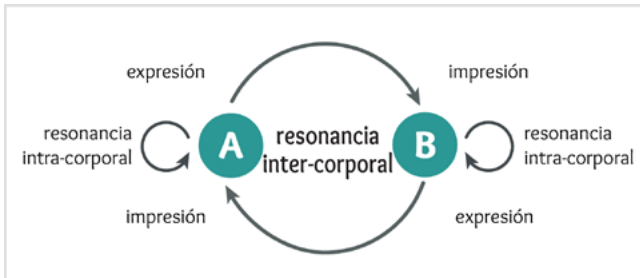
La resonancia corporal, por ende, actúa como el medio de nuestro involucramiento en una situación dada. Impregna, tiñe y permea la percepción de esa situación sin necesariamente pasar a primer plano. En los términos de Polanyi, la resonancia corporal es el componente *proximal*, y la situación percibida es el componente *distal* de la intencionalidad afectiva, siendo el componente proximal o tácito el que se aleja de la concientización para dar preferencia al componente distal. (Polanyi 1967). La resonancia corporal de la emoción se vuelve consciente solo a un cierto nivel de intensidad.

II. Interafectividad Encarnada

Si ahora nos dirigimos al ámbito social, en particular a los encuentros cara a cara, el ciclo de 'afecto' y 'emoción' o impresión y expresión, involucra a otra persona como una potencialidad afectiva específica. Así las emociones se convierten en *fenómenos interactivos* que no se sienten solamente desde adentro, sino también se muestran y son visibles en la expresión y la conducta, muchas veces como símbolos corporales o rudimentos de acción (Darwin 1872). La expresión facial, gestual, vocal y postural de una emoción es parte de la resonancia corporal que se retroalimenta hacia la emoción misma, pero que también induce procesos de *interafectividad*: El cuerpo de uno es afectado por la expresión del otro, y una persona vive la cinética y la intensidad de sus emociones a través la propia kinestesia y sensación corporal. Los esquemas corporales de ambas contrapartes y los sentimientos corporales se expanden e incorporan el cuerpo del otro. Esto genera una

interacción dinámica que forma la base del entendimiento social y la empatía, la que también se puede describir como “incorporación mutua” (Schmitz 1989, Fuchs & De Jaegher 2009). Aquí se entrelazan dos ciclos de afectividad encarnada, así continuamente modificando las potencialidades afectivas y la resonancia corporal de cada contraparte, según ilustra la fig. 2:

Fig. 2: Resonancia inter-corporal (Froese & Fuchs 2012)



Asumamos que A es una persona cuya emoción, por ej.: enojo, se manifiesta en cambios corporales típicos (facial, gestual, interoceptivo, adrenérgico, circulatorio, etc.). De este modo, su cuerpo funciona como un ‘campo de resonancia’ sentido para esta emoción: A siente el enojo como la tensión en su cara, la agudez de su voz, la agitación en su cuerpo, etc. Estos sentimientos propioceptivos e interoceptivos pueden ser nombrados *resonancia inter-corporal*. Esta resonancia es una *expresión* de la emoción al mismo momento, es decir, el enojo se vuelve visible y es percibido como tal por B, la contraparte de A. Además, la expresión también generará una *impresión*, ya que gatilla sentimientos corporales correspondientes o complementarios en B. La mirada siniestra de

A, la agudez de su voz o sus movimientos corporales expansivos podrían generar en B una tensión desagradable o incluso un estremecimiento, una tendencia de retirarse, etc. De esta manera, B no solo ve el enojo inmediatamente en el rostro y los gestos de A, sino también lo siente a través de su propia resonancia intra-corporal.

Pero no es todo, ya que la impresión y la reacción corporal generada en B, a su vez, se convierte en una expresión para A; inmediatamente afectará su reacción corporal, cambiará su expresión, aunque levemente, etcétera. Esto crea una interacción circular de expresiones, impresiones y reacción en fracciones de segundos que constantemente modifican el estado corporal de cada contraparte, en un proceso que se vuelve altamente autónomo y no es controlado por las contrapartes. Se han convertido en partes de un sistema sensomotor e inter-afectivo dinámico que conecta ambos cuerpos mediante movimientos y reacciones recíprocos, es decir, en una *resonancia inter-corporal*. Naturalmente, las señales y reacciones involucradas se desarrollan demasiado rápido para sobresalir discretamente y volverse conscientes. En cambio, ambas contrapartes experimentarán un sentimiento específico de estar conectado corporalmente con el otro: Según este esquema corporal sensomotor, cada cuerpo vivido se acerca, de alguna manera, para ser extendido por el otro en una incorporación mutua. Lo anterior es acompañado por una impresión específica de la contraparte de la interacción y, al mismo

tiempo, por un sentimiento holístico por el ambiente envolvente de la situación compartida^[3].

Lo que es importante, como demuestra el ejemplo, es que esta resonancia inter-corporal y el ambiente resultante, de ninguna manera se limita a las situaciones sociales ‘armoniosas’- los conflictos interpersonales pueden crear formas muy intensas de resonancia mutua y tensiones atmosféricas. En otras palabras, la resonancia ocurre en un rango entre la consonancia y la *disonancia*. La atmósfera interpersonal resultante (por ej., ‘agradable’ versus ‘tensa’) refleja las diferentes dinámicas de interacción. Esto conduce a una clarificación más profunda: El apoyo neurobiológico de la teoría de simulación a través del descubrimiento del sistema de neuronas espejo (Gallese & Goldman 1998; Gallese 2005) frecuentemente a llevado a la presunción de que la comprensión empática se basa solo en tendencias corporales *miméticas*, tales como imitar subliminalmente la sonrisa de otro o su expresión facial dolorosamente distorsionada. Sin embargo, para reconocer

[3] *Dado que existe alguna similitud entre los procesos intercorporales, es importante distinguir la empatía del contagio emocional, lo que Hatfield y colegas han definido como “la tendencia a automáticamente imitar y sincronizar expresiones, vocalizaciones, posturas y movimientos con los de otra persona, y, por consiguiente, convergir emocionalmente” (Hatfield et al. 1993, 96). Esto ocurre frecuentemente en la infancia temprana – el conocido llanto contagioso de los bebés – pero también más tarde en muchas situaciones, por ejemplo, al sentirse arrastrado por una interacción con una persona deprimida, al compartir la euforia de un grupo en una fiesta exuberante, etc. Sin embargo, a diferencia de la empatía, en el contagio uno no es dirigido intencionalmente hacia los sentimientos de otros como tales; lo que la persona afectada siente son solo sus propias emociones inducidas, frecuentemente sin el conocimiento consciente de su fuente. La diferencia entre la empatía y el contagio fue siempre enfatizada por Scheler (1923/1954) y Stein (1917).*

y sentir el enojo en el rostro de otro, no necesitamos nosotros mismos experimentar o simular el enojo. Nuestra reacción primaria sería más bien oposicional en vez de concordante, es decir, nos sentiríamos tensos, asustados y tenderíamos a retirarnos. Por lo tanto, la resonancia inter-corporal puede incluir dinámicas miméticas como también complementarias o antagonistas. Esto ofrece una fuerte objeción a los conceptos de la simulación encarnada (Gallese 2005; Gallese & Sinigaglia 2011).

Adicionalmente, incluso en interacciones consonantes o armoniosas, nunca existe una sincronización completa o conducta mutua en-fase. Aparte de las situaciones de fusión emocional (como en emociones masivas conjuntas tales como el pánico o el entusiasmo), el cuerpo del otro siempre ofrece por lo menos algo de resistencia a una sincronización perfecta, la que usualmente resulta en secuencias de episodios ‘coincidentes’ y ‘no coincidentes’. Lo anterior también ha sido demostrado en investigaciones en niños: Incluso en interacciones armoniosas de juego, los niños y sus madres coinciden en términos de sus afectos solo el 30% del tiempo; los típicos patrones de micro-interacción consisten en secuencias repetidas de coincidencias, no-coincidencias y ‘reparaciones’ (Tronick & Cohn 1989; Beebe et al. 1992). Similarmente, en interacciones entre adultos, la coordinación observable de los movimientos y las reacciones nunca llega a un estado de sincronización perfecta (Tschacher et al. 2014). Incluso en una pareja de baile muy bien entrenada, el cuerpo del otro ofrece una resistencia diminuta y una imprevisibilidad, la que procura que el baile siga siendo una *interacción*.

Esta falta de congruencia completa en la interafectividad es crucial para la *distinción* del yo y del otro, lo que se mantiene a pesar de la incorporación mutua. Los movimientos fuera de fase, pequeños malentendidos e irritaciones son necesarios como las contrapartes dialécticas de la empatía mutua, de lo contrario se convierte en una fusión en la que el otro deja de ser percibido como otro. De este modo, de ninguna manera las conductas y las experiencias de dos personas que interactúan siempre se parecen a o coinciden el uno con el otro. Sin embargo, su dinámica resonante es creada en conjunto y no puede ser desglosado en conductas individuales. Cada uno de ellos se comporta y vive en forma diferente de cómo lo harían fuera del proceso, de modo que gana una autonomía emergente (De Jaegher & Di Paolo 2007; Mühlhoff 2015).

Para este proceso no se requiere ninguna *representación mental* de otras mentes. No hay separación dualista entre lo interior y lo exterior, como si un estado mental escondido en A produjera ciertos signos externos que B tendría que descifrar. El enojo de A no puede ser separado de su resonancia y expresión corporal; por otro lado, B no percibe a A como un mero objeto sino como un cuerpo vivo y expresivo con el que está en contacto. En vez de un interior escondido, se desarrolla una permanente transición entre la expresión y la impresión, o entre la emoción centrífuga y el afecto centrípeto. El otro se muestra a mí a través de su apariencia corporal y su conducta. Esta expresividad se concentra en la *mirada*: El otro para mí no está en alguna parte ‘detrás’ de su mirada, sino está visible dentro de ella. Es más, experimento esta mirada como *ser visto por el otro*, o, en otras palabras, *yo veo que él me ve (como viéndolo)*. Se trata de una circularidad o reflexividad que

no permite claramente separar lo interior y lo exterior; *la mirada misma* es percibida como intencional o ‘dispuesta’.

Tampoco se requiere una *simulación interior o corporal* para el proceso de la comprensión empática mutua -con mayor razón dado que muchas veces ocurre, como hemos visto, sin la resonancia *mimética*. Las sensaciones y tensiones corporales y las tendencias del cuerpo a moverse, que surgen en la interacción, no sirven como una simulación separada de la otra persona, sino son alimentadas a la percepción holística del otro. Usando una vez más los términos de Polanyi, la propia resonancia corporal puede ser considerada como el componente *proximal* de la percepción empática, la que se aleja de la conciencia a favor del componente *distal*, es decir el cuerpo percibido del otro. La resonancia corporal no simula, sino *media* la percepción del otro. Por ende, la percepción directa en los encuentros interpersonales es una “inmediatez mediada” (para usar el término de Hegel), basada en el cuerpo vivido.

Una frecuente objeción a tal cuento encarnado refiere al hecho de que los humanos son capaces de controlar sus expresiones emocionales, es decir, retener, suprimir o fingir emociones hasta cierta medida (por ejemplo, cuando mienten, hacen trampa, hacen teatro, en juegos de póker, etc.). Esto pareciera mostrar que la expresión de una emoción es diferente a la emoción misma. Sin embargo, mientras los fenómenos mismos son innegables, la conclusión que las emociones en realidad son estados desencarnados internos, no es justificada, por al menos dos razones:

Primero, el control de la resonancia corporal emocional es limitado al movimiento de los músculos voluntarios, mientras la reacción

del sistema nervioso autónomo y las tendencias kinestésicas del cuerpo se mantiene mayormente fuera de control. Esto es evidenciado con la medición del ritmo cardiaco, la conductancia de la piel (como con un detector de mentiras), el tono muscular, etc. durante los estados emocionales escondidos. Además, se permite la supresión de una emoción emergente mediante una mayor tensión muscular (endurecimiento del rostro, mandíbula apretada, postura tiesa, etc.), lo que demuestra que la emoción en cuestión ya lleva a tendencias kinestésicas que son suprimidas. Por lo tanto, las emociones siempre son estados encarnados, aunque podamos limitar en cierta medida su expresión.

Segundo, incluso las expresiones emocionales artificiales o fingidas tienen la tendencia de evocar la emoción correspondiente en el individuo, lo cual ha sido demostrado en repetidas ocasiones (Niedenthal et al. 2005; Niedenthal 2007). Asimismo, el efecto de actuar haciendo teatro frente a la audiencia depende precisamente de la interafectividad primaria: Si normalmente no percibiéramos las expresiones de otros *como* sus estados emocionales, no fácilmente quedaríamos engañados tampoco. De este modo, incluso si no podemos estar seguros de que una emocional percibida en realidad sea lo que siente la otra persona, la resonancia corporal espontánea sigue siendo el modo por defecto del entendimiento no verbal. Así nuestro análisis confirma la noción de Merleau-Ponty de una intercorporalidad primaria: “Es a través de mi cuerpo que comprendo a otras personas, tal como es a través de mi cuerpo que percibo las ‘cosas’” (Merleau-Ponty 1962, 216).

III. Psicopatología o Interafectividad

El concepto de la interafectividad encarnada puede ser aplicado de manera útil a varios fenómenos psicopatológicos, donde la estructura descrita de la intercorporalidad y la empatía es perturbada. Esto principalmente refiere a una falta o pérdida de resonancia corporal y percepción emocional, ya que se encuentra, por ejemplo, en depresión, autismo, esquizofrenia o ciertos trastornos neurológicos.

Trastornos neurológicos

Los individuos con una expresión facial perturbada, sea congénita como en el síndrome de Möbius, por una parálisis facial adquirida o por la enfermedad de Parkinson, muchas veces reportan una experiencia emocional reducida (Krueger & Michael 2012). Por ejemplo, a veces se quejan de un sentido alterado de alegría o humor, ya que se inhibe su sonreír, o de una falta embarazosa de comunicación emocional con otros. Esto apunta a la importancia crucial de la retroalimentación sensomotora para una plena experiencia de la emoción como también para la resonancia interafectiva: Si el perfil expresivo externo de las emociones falta, esto muchas veces resulta en experiencias de rechazo o exclusión social (Bogart 2015).

Depresión

Una pérdida más extendida de la resonancia corporal es una característica de profunda depresión. Aquí, el cuerpo vivido pierde la liviandad, la fluidez y la movilidad de un medio y se convierte

en un cuerpo pesado, sólido, que pone resistencia a todas las intenciones e impulsos dirigidos hacia el mundo (Fuchs 2013b). Esto puede ser caracterizado también por una *constricción y rigidez* general del cuerpo, resultando no solo en una opresión y ansiedad sentida, sino, más sutilmente, en una pérdida de la resonancia inter-corporal en los encuentros sociales. El cuerpo deprimido carece de expresión y ofrece solo pistas mínimas para la percepción empática del otro. La sincronización continua de los gestos corporales y las miradas que normalmente acompaña la interacción (Tschacher et al. 2014) se rompe. Además, falta la percepción mimética del paciente mismo y la resonancia con el cuerpo del otro (Persad & Polivy 1993; Csukly et al. 2009; Bourke et al. 2010). Por ende, se sienten incapaces de emocionalmente comunicar su experiencia e intentan en vano compensar la pérdida de resonancia mediante la repetición estereotipada de sus quejas.

Mientras más profunda la depresión, más se marchitan las cualidades y atmósferas afectivas del ambiente. Los pacientes dejan de ser capaces de emocionarse y afectarse por las cosas, situaciones u otras personas. Se quejan de una apatía dolorosa, una ‘sensación de no sentir’ y de ya no ser capaces de empatizar con sus familiares. En su relato autobiográfico, Solomon describe su depresión como “una pérdida de sensación, un adormecimiento, [que] había infectado todas mis relaciones humanas. No me importaba el amor; mi trabajo; familia; amigos” (Solomon 2001, 45). Este adormecimiento emocional puede finalmente conducir a una despersonalización afectiva: El paciente se siente desconectado del mundo; pierde su participación en el espacio interafectivo que normalmente compartimos con otros (Fuchs 2005; 2013b, Ratcliffe 2014, 218ff.).

Autismo

Hasta hace poco, se pensaba que las dificultades sociales en autismo o trastornos del espectro autista (TEA) surgían de una *teoría de la mente disfuncional*, la que hacía que el individual fuera incapaz de atribuir estados mentales a otros para interpretar su conducta (Baron-Cohen 1995; Frith 1989). Sin embargo, este enfoque cognitivista se está cuestionando cada vez más. En contraste, relatos fenomenológicos ubican el principal problema en un trastorno fundamental de la interafectividad corporal, es decir en una falta de percibir las expresiones, los gestos y las comunicaciones de otros en términos de potencialidades afectivas (De Jaegher 2013; Fuchs 2015). Desde la temprana infancia, los individuos afectados no logran espontáneamente percibir una sonrisa *como una sonrisa*, una expresión enojada *como enojo*, o un rostro triste *como una muestra de tristeza*. Son ciegos o insensibles a lo que denominó el investigador infantil Daniel Stern (1985) como “afectos de vitalidad”, es decir, las cualidades y dinámicas intermodales de las expresiones faciales, gestuales y vocales, que exhiben sus cuidadores, y los que para niños neurotípicos transmiten un sentido de la emoción del otro. Este relato es respaldado por el hecho de que muchos síntomas autistas como la falta de contacto emocional, la ansiedad o la agitación ya están presentes en los primeros años de vida, es decir, mucho antes de la edad de 4-5 años para adquirir la teoría de la mente.

Por otra parte, mientras la imitación y el co-movimiento sirven como un importante instrumento para la sincronización de afecto temprano y la empatía primaria, varios estudios han encontrado que niños con TEA no prontamente imitan las acciones de otros

(Smith and Bryson 1994; Hobson & Lee 1999). Como resultado, hay una falta de empatía kinestésica que normalmente media la percepción afectiva del otro. Los ciclos de retroalimentación de la incorporación mutua no se logran; en cambio, para niños con autismo, los otros siguen siendo objetos bastante misteriosos, desconectados cuya conducta es difícil de predecir. Prefieren ocuparse de objetos inanimados en vez de humanos, tienden a evitar mirar a la gente a los ojos y se retiran de contactos emocionalmente sobrecargados (Klin et al. 2003; Jones et al. 2008). Correspondientemente, estudios de seguimiento de ojos han mostrado que los niños con autismo se concentran en detalles inanimados e irrelevantes de situaciones interactivas y pierden las pistas sociales relevantes, por ej., ignoran los ojos y la boca de los protagonistas (Klin et al. 2002). En otras palabras, la importancia de los estímulos sociales es reducida, porque estos están particularmente vinculados a la percepción resonante de los gestos expresivos que falta en personas autistas.

Es la perturbación de la empatía primaria que también afecta al posterior desarrollo de capacidades mayores como tomar perspectiva y adquirir lenguaje, dado que estas se basan en un sentido primario de 'ser-como-otros', el que es luego extendido mediante la relación a un contexto compartido, como en una referencia social o atención conjunta, y finalmente, comprendiendo a otros como agentes mentales como uno mismo. Sin embargo, si la experiencia 'como-yo' ya falta en los encuentros corporales primarios, el desarrollo de las capacidades de mentalización más abstractas será muy retrasado o incluso imposible. Por ende, lo que les falta a estos niños principalmente no es un concepto teórico de otras mentes, sino la percepción directa permitida

por la resonancia corporal (Gallagher 2004; Klin et al. 2003; De Jaegher 2013).

Individuos autistas altamente funcionales usan estrategias de mentalización explícita e inferencia de pistas sociales como la compensación de las capacidades faltantes de la intersubjetividad primaria. Así, Temple Grandin, una mujer con TEA, describió a Oliver Sacks sus problemas con las relaciones interpersonales de la siguiente manera:

“Ella ha inferido que tiene que ver con un conocimiento implícito de las convenciones y los códigos sociales, de presuposiciones culturales de todo tipo. Este conocimiento implícito, que cada persona normal acumula y genera en el curso de la vida basado en la experiencia y los encuentros con otros, en Temple parece estar prácticamente ausente. Ya que ella carece este conocimiento, debe ‘computar’ las intenciones y estados anímicos de otros, para tratar de hacer algorítmico y explícito lo que para el resto de nosotros es una segunda naturaleza” (Sacks 1995, 270).

Estas estrategias compensatorias permiten interacciones funcionales con otros en cierta medida, pero no logran establecer el sentido primario de estar-con-otros que normalmente es proporcionado implícitamente por la intercorporalidad, como una especie de “comunicación mágica”:

“Ahora ella está consciente de la existencia de estas señales sociales. Las puede inferir, dice, pero ella misma no las puede percibir, ella no puede participar en esta comunicación mágica en forma directa, o concebir los estados anímicos

caleidoscópicos de múltiples niveles detrás de ella. Sabiendo esto intelectualmente, ella intenta compensar, usando un inmenso esfuerzo intelectual y poder computacional para referir a temas que otros entienden sin ni siquiera pensar. Por eso, ella muchas veces se siente excluida, una extraña” (ibid., 272).

Como podemos ver en el informe de Grandin, un sentido social careciente como aquello que es transmitido normalmente por la resonancia corporal no puede ser reemplazado por inferencia explícita o conocimiento basado en reglas sobre el comportamiento de otros.

Esquizofrenia

También encontramos una seria perturbación de la interafectividad en trastornos del espectro esquizofrénico, la que de punto de vista fenomenológico puede ser considerada como perturbaciones fundamentales del yo encarnado, o como una *desencarnación*. Esto incluye una debilidad del sentido básico del yo, una disrupción del funcionamiento corporal implícito, y una desconexión de la intercorporalidad con otros (Parnas 2003; Sass & Parnas 2003; Fuchs 2005; Fuchs & Röhrich 2017). Si el involucramiento encarnado en el mundo es perturbado, esto resultará en una alienación de la intersubjetividad: El sentido básico de estar-con-otros es reemplazado por un sentido de desconexión.

De ahí, se ha encontrado que los pacientes esquizofrénicos carecen una empatía primaria o corporal: les cuesta entender las expresiones faciales o gestuales de otros (Kington et al. 2000; Edwards et al. 2002; Amminger et al. 2012). Tal como los

individuos con TEA, tienden a experimentar los cuerpos de otros como menos animados y más bien como objetos. Además, los pacientes muchas veces muestran una falta de entendimiento implícito de situaciones sociales, lo que se manifiesta en una sutil “pérdida de la auto-evidencia natural”, como lo ha descrito Blankenburg (1971); son incapaces de entender los significados naturales, del día a día, del mundo de la vida compartida. Esta alienación a veces puede originarse en la infancia del paciente:

“Cuando niña, solía mirar a mi prima pequeña para entender cuándo era el momento adecuado para reír o cómo lograban actuar sin tener que pensarlo antes (...) Desde niña he intentado entender cómo funcionan los otros, y por eso estoy obligada a jugar a la pequeña antropóloga” (Stanghellini 2004, 115).

“No entiendo realmente lo que hacen los otros (...) Me observo constantemente cuando estoy con otros, tratando de averiguar qué debería decir o hacer. Es más fácil cuando estoy solo o viendo televisión” (cita de uno de mis propios pacientes).

Así, el comportamiento de otros es observado desde un punto de vista distante o de tercera persona, en vez de entrar en interacciones encarnadas de segunda persona. Las relaciones interpersonales luego deben ser manejadas por esfuerzos deliberados, que llevan a un estrés constante en situaciones sociales complejas y, finalmente, a un retiro autista.

Esta alienación también se puede sentir al interactuar con el paciente, lo que conduce a lo que el psiquiatra holandés Rümke (1941) ha denominado el *sentimiento praecox* (derivado del término anterior *dementia praecox* para esquizofrenia). Esto refiere a una

atmósfera interpersonal de antinaturalidad, caracterizada por una falta de mutualidad, receptividad o sincronización:

“Muchas veces el sentimiento praecox se siente aún más antes de haber hablado con el paciente: la condición es reconocida mediante la mera observación de la postura corporal, la expresión facial, la conducta motora – el conjunto de la expresividad del paciente. Se siente intuitivamente que todas estas son perturbadas, es decir, cambiadas con respecto a la norma. La conducta motora es tiesa, bizarra, ceremoniosa; hay movimientos tipo tic y la sonrisa es indescriptiblemente rara – la famosa sonrisa vacía” (Rümke 1941/1990, 337).

En el encuentro, los movimientos corporales del paciente y las expresiones parecen tiesos, muchas veces bizarras o ceremoniosos; no son integrados para formar un entero armonioso. Además, las expresiones emocionales y las pronunciaciones verbales no parecen coincidir entre ellas o con el contexto – una característica denominada paratimia. Cuando Rümke habla de lo “raro” de la sonrisa, no se refiere solo a características cinemáticas inusuales como tiesura y rigidez, sino también a una falta de adecuación al contexto social. Los movimientos psicomotores de los pacientes no son:

“dirigidos hacia el establecimiento de contacto humano; nos faltan aquellas expresiones dirigidas para hacer contacto que encontramos en personas normales, y, al mismo tiempo, nos llaman la atención los intentos desesperados de los esquizofrénicos para reestablecer contacto” (ibid., 338).

La descripción de Rümke ha sido confirmada en estudios recientes sobre la importancia y la confiabilidad diagnóstica del sentimiento praecox (Grube 2006; Pallagrosi & Fonzi 2018). Puede ser considerado como una mayor ilustración del concepto de la interafectividad encarnada: La impresión del psiquiatra corresponde no solo a la expresión del paciente, sino también a la desencarnación experimental de las personas con esquizofrenia.

Conclusión

He esbozado un concepto de una intersubjetividad primaria basado en la afectividad y la interafectividad encarnadas. Este concibe las emociones no como estados mentales internos, que deben ser descifradas o inferidas a partir de pistas externas, sino como fuerzas expresivas, dinámicas, que afectan a los individuos a través de la resonancia corporal y los conecta el uno con el otro en interacciones. En encuentros de cara a cara, el cuerpo vivido de cada contraparte se inclina hacia el otro para formar un sistema global de resonancia inter-corporal e incorporación mutua. Según este concepto, el entendimiento social se basa principalmente en la intercorporalidad; este emerge desde la práctica interactiva ya la coordinación de los agentes encarnados. No necesitamos formar modelos internos o representaciones de otros para entender y comunicarnos con ellos; como sujetos corporales siempre estamos ya involucrados en un espacio afectivo y expresivo compartido. Las condiciones psicopatológicas en las que la resonancia corporal es perturbada de varias maneras pueden ilustrar *ex negativo* la base intercorporal de los encuentros normales.

Desde luego, este concepto encarnado y enactivo no elimina las posibilidades del entendimiento empático. Sobre la base de la empatía corporal primaria, también somos capaces de explícitamente representar o imaginar la situación del otro. Esto ocurre en particular cuando su conducta parece ambigua o cuando ocurre una irritación o malentendido. A través de información adicional e inferencia, podemos luego intentar mejorar nuestro entendimiento, inferir posibles intenciones escondidas y así muchas veces profundizar nuestra empatía (Fuchs 2017). Otra posibilidad es transponerse en la situación del otro, tomar su perspectiva e imaginarse cómo uno se sentiría o reaccionaría en su lugar.

Tales capacidades de mayor nivel de entender a otros complementan la interafectividad espontánea de la resonancia corporal y la percepción directa. Aunque en cierta medida corresponden a las nociones de la 'teoría de la mente' o 'lectura de la mente', estos términos presuponen un enfoque inferencial hacia las mentes supuestamente escondidas de otros como el modo estándar de la intersubjetividad. Sin embargo, la necesidad de un enfoque surge principalmente en situaciones en las que la comunicación intercorporal se vuelve ambigua o limitada, como en juegos de póker, o cuando está completamente ausente, como en un intercambio escrito. En la mayoría de los casos, no se requieren ni bastan las capacidades cognitivas sofisticadas del tipo detective para permitir relaciones intersubjetivas empáticas. A pesar de estas opciones para un entendimiento extendido, nuestros encuentros sociales del día a día siguen basados en una intersubjetividad encarnada.

Referencias

- Amminger, G. Paul, Schäfer, Miriam R., Papageorgiou, Konstantinos, Klier, Claudia M., Schlögelhofer, Monika, Mossaheb, Nilufar, Werneck-Rohrer, Sonja, Nelson, Barnaby, & McGorry, Patrick D. (2012). Emotion Recognition in Individuals at Clinical High-risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 38(5), 1030–1039.
- Baron-Cohen, Simon (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Beebe, Beatrice., Jaffe, Joseph, & Lachmann, Frank (1992). A Dyadic Systems View of Communication. In: N. Skolnick & S. Warshaw (Eds.). *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 61–81.
- Blankenburg, Wolfgang (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Berlin: Springer.
- Bogart, Kathleen R. (2015). “People Are All About Appearances”: A Focus Group of Teenagers with Moebius Syndrome. *Journal of Health Psychology* 20(12), 1579–1588.
- Bourke, Cecilia, Douglas, Katie, & Porter, Richard (2010). Processing of Facial Emotion Expression in Major Depression: A Review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44(8), 681–696.
- Carruthers, Peter, & Smith, Peter K. (Eds.) (1996). *Theories of Theories of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csukly, Gábor, Czobor, Pál, Szily, Erika, Takács, Barnabás, & Simon, Lajos (2009). Facial Expression Recognition in Depressed Subjects: The Impact of Intensity Level and Arousal Dimension. *Journal of Nervous and Mental Disease* 197(2), 98–103.
- Darwin, Charles (1872/1904). *The Expression of Emotions in Man and Animals*. London: Murray.

- De Jaegher, Hanne (2013). Embodiment and Sense-making in Autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7, 15.
- De Jaegher, Hanne (2015). How We Affect Each Other: Michel Henry's "Pathos-with" and the Enactive Approach to Intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies* 22(1–2), 112–132.
- De Jaegher, Hanne, & Di Paolo, Ezequiel A. (2007). Participatory Sense-making: An Enactive Ap-proach to Social Cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 6(4), 485–507.
- Edwards, Jane, Jackson, Henry J., & Pattison, Philippa E. (2002). Emotion Recognition via Facial Ex-pression and Affective Prosody in Schizophrenia: A Methodological Review *Clinical Psychology Review* 22(6), 789–832.
- Frijda, Nico H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frijda, Nico H. (1994). Varieties of Affect: Emotions and Episodes, Moods, and Sentiments. In: P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press, 59–67.
- Frith, Uta (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- Froese, Tom, & Fuchs, Thomas (2012). The Extended Body: A Case Study in the Neurophenomenology of Social Interaction. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 11(2), 205–236.
- Fuchs, Thomas (2005). Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 12(2), 95–107.
- Fuchs, Thomas (2013a). The Phenomenology of Affectivity. In: B. Fulford, M. Davies, G. Gra-ham, J. Sadler, & G. Stanghellini (Eds.). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 612–631.

- Fuchs, Thomas (2013b). Depression, Intercorporeality and Inter-affectivity. *Journal of Consciousness Studies* 20(7–8), 219–238.
- Fuchs, Thomas (2015). Pathologies of Intersubjectivity in Autism and Schizophrenia. *Journal of Consciousness Studies* 22(1–2), 191–214.
- Fuchs, Thomas (2017). Levels of Empathy. In: V. Lux, & S. Weigel (Eds.). *Empathy. Epistemic Problems and Cultural-historical Perspectives of a Cross-disciplinary Concept*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 27–48.
- Fuchs, Thomas, & De Jaegher, Hanne (2009). Enactive Intersubjectivity: Participatory Sense-making and Mutual Incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 8(4), 465–486.
- Fuchs, Thomas, & Röhrich, Frank (2017). Schizophrenia and Intersubjectivity. An Embodied and Enactive Approach to Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 24(2), 127–142.
- Gallagher, Shaun (2001). The Practice of Mind: Theory, Simulation or Primary Interaction? *Journal of Consciousness Studies* 8(5–7), 83–108.
- Gallagher, Shaun (2004). Understanding Interpersonal Problems in Autism: Interaction Theory as an Alternative to Theory of Mind. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 11(3), 199–217.
- Gallagher, Shaun (2008). Direct Perception in the Intersubjective Context. *Consciousness and Cognition* 17(2), 535–543.
- Gallese, Vittorio (2005). Embodied Simulation: From Neurons to Phenomenal Experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 4(1), 23–48.
- Gallese, Vittorio, & Goldman, Alvin (1998). Mirror Neurons and the Simulation Theory of Mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences* 2(12), 493–501.

- Gallese, Vittorio, & Sinigaglia, Corrado (2011). What Is so Special about Embodied Simulation? *Trends in Cognitive Sciences* 15(11), 512–519.
- Gibson, James J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Grube, Michael (2006). Towards an Empirically Based Validation of Intuitive Diagnostic: Rümke's 'Praecox Feeling' across the Schizophrenia Spectrum: Preliminary Results. *Psychopathology* 39(5), 209–217.
- Hatfield, Elaine, Cacioppo, John T., & Rapson, Richard L. (1993). Emotional Contagion. *Current Directions in Psychological Science* 2(3), 96–99.
- Hobson, R. Peter, & Lee, Anthony (1999). Imitation and Identification in Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40(4), 649–659.
- James, William (1884). What is an Emotion? *Mind* 9(34), 188–205.
- Jones, Warren H., Carr, Katelin, & Klin, Ami J. (2008). Absence of Preferential Looking to the Eyes of Approaching Adults Predicts Level of Social Disability in 2-year-old Toddlers with Autism Spectrum Disorder. *Archives of General Psychiatry* 65(8), 946–954.
- Kington, Justin M., Jones, Lisa A., Watt, Andrew A., Hopkin, Elizabeth J., & Williams, Julie (2000). Impaired Eye Expression Recognition in Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 34(4–5), 341–347.
- Klin, Ami, Jones, Warren, Schultz, Robert, & Volkmar, Fred (2003). The Enactive Mind, or from Actions to Cognition: Lessons from Autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society London B: Biological Sciences* 358(1430), 345–360.

- Klin, Ami, Jones, Warren, Schultz, Robert, Volkmar, Fred R., & Cohen, Donald J. (2002). Visual Fixation Patterns during Viewing of Naturalistic Social Situations as Predictors of Social Competence in Individuals with Autism. *Archives of General Psychiatry* 59(9), 809–816.
- Krueger, Joel (2018). Direct Social Perception. In: A. Newen, L. de Bruin, & S. Gallagher (Eds.). *Oxford Handbook of 4E Cognition*. Oxford: Oxford University Press, 301–320.
- Krueger, Joel, & Michael, John (2012). Gestural Coupling and Social Cognition: Möbius Syn-drome as a Case Study. *Frontiers in Human Neuroscience* 6, 81. Merleau-Ponty, Maurice (1962). *The Phenomenology of Perception*. New York: Humanities Press.
- Mühlhoff, Rainer (2015). Affective Resonance and Social Interaction. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 14(4), 1001–1019.
- Niedenthal, Paula M. (2007). Embodying Emotion. *Science* 316(5827), 1002–1005.
- Niedenthal, Paula M., Barsalou, Lawrence W., Winkielman, Piotr, Krauth-Gruber, Silvia, & Ric, François (2005). Embodiment in Attitudes, Social Perception, and Emotion. *Personality and Social Psychology Review* 9(3), 184–211.
- Pallagrosi, Mauro, & Fonzi, Laura (2018). On the Concept of Praecox Feeling. *Psychopathology* 51(6), 353–361.
- Parnas, Josef (2003). Self and Schizophrenia: A Phenomenological Perspective. In: T. Kircher, & A. David (Eds.). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 217–241.
- Persad, Schrine M., & Polivy, Janet (1993). Differences between Depressed and Non-depressed Individuals in the Recognition of and Response to Facial Emotional Cues. *Journal of Ab-normal Psychology* 102(3), 358–368.

- Polanyi, Michael (1967). *The Tacit Dimension*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Ratcliffe, Matthew (2014). *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
- Rümke, Henricus C. (1941/1990). The Nuclear Symptoms of Schizophrenia and the Praecox Feeling. Transl. by J. Neeleman. *History of Psychiatry* 1(3), 331–341.
- Sacks, Oliver (1995). *An Anthropologist on Mars. Seven Paradoxical Tales*. New York: Alfred Knopf.
- Sass, Louis A., & Parnas, Josef (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin* 29(3), 427–444.
- Scarantino, Andrea, & de Sousa, Ronald (2018). Emotion. In: E. Zalta (Ed.). *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2018 Edition). <https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/emotion/> [10.03.2019]
- Scheler, Max (1923/1954). *The Nature of Sympathy*. Transl. by P. Heath. London: Routledge.
- Schmitz, Hermann (1989). Über leibliche Kommunikation. In: H. Schmitz. *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann, 175–218.
- Sheets-Johnstone, Maxine (1999). Emotion and Movement. A Beginning Empirical-phenomenological Analysis of Their Relationship. *Journal of Consciousness Studies* 6(11–12), 259–277.
- Smith, Isabel M., & Bryson, Susan E. (1994). Imitation and Action in Autism: A Critical Review. *Psychological Bulletin* 116(2), 259–273.
- Solomon, Andrew (2001). *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. London: Vintage Books.

- Solomon, Robert C. (1976). *The Passions*. New York: Anchor/Doubleday.
- Stanghellini, Giovanni (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press.
- Stein, Edith (1917) *Zum Problem der Einfühlung*. Aschaffenburg: Kaffke.
- Stern, Daniel N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stich, Stephen, & Nichols, Shaun (1992). Folk Psychology: Simulation versus Tacit Theory. *Mind and Language* 7(1–2), 29–65.
- Tronick, Edward Z., & Cohn, Jeffery F. (1989). Infant-mother Face-to-face Interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrences of Miscoordination. *Child Development* 60(1), 85–92.
- Tschacher, Wolfgang, Rees, Georg M., & Ramseyer, Fabian (2014). Nonverbal Synchrony and Affect in Dyadic Interactions. *Frontiers in Psychology* 5, 1323.
- Zahavi, Dan (2008). Simulation, Projection and Empathy. *Consciousness and Cognition* 17(2), 514–522.

INTERCORPOREALITY AND INTERAFFECTIVITY

Thomas Fuchs

PhD

*Karl Jaspers Professor for Philosophy and Psychiatry,
University Hospital Heidelberg,
Germany*

Introduction

The question of how interpersonal empathy and mutual understanding may be achieved on a preverbal level has dominated the debates in social cognition, social neuroscience and social philosophy for over two decades. The prevailing view still rests on the assumption that other minds are in principle hidden to us; hence, possible routes towards understanding can only take the detour of relying on internal cognitive mechanisms such as a ‘theory of mind’, ‘mentalizing’ or ‘mindreading’, which allow to infer others’ states of mind. Regardless of whether these mechanisms are described as akin to a scientific ‘theory’ or rather as a mental ‘simulation’ routine (Stich & Nichols 1992; Baron-Cohen 1995; Carruthers & Smith 1996), the general framework has mostly remained true to its origins in classical cognitivism and representationalism. Empathy is considered either as mind-reading or as simulating others’ mental states inside oneself. This paradigm is typically applied to emotions in general: they are

not regarded as embodied responses to meaningful situations, thus being perceivable in the bodily expression and conduct of another person, but rather as internal cognitive appraisals of environmental stimuli.

The phenomenological critique of the cognitivist position has rejected the internalist idea that our emotional and intentional states are hidden to others, and that empathy or sympathy may be conceived in analogy to a theory (Gallagher 2008; Zahavi 2008). Two alternative concepts of social understanding have been put forward, the one on a phenomenological, the other on an enactivist basis:

- a. According to the concept of *direct perception*, we are well able to immediately perceive others' intentions and emotions to a certain extent, on the one hand in their expressive behaviour, on the other hand in their visible intentions-in-action as being related to a meaningful context (Gallagher 2008; Krueger 2018). Seeing another person cry, one sees part of her sadness; seeing her running after a train, one sees her intention to reach it, without a need for inference.
- b. According to *interaction theory*, social cognition is mainly based on social interactions which induce, on a prereflective and preverbal level, a mutual *bodily resonance* and corresponding modification of emotional states. These felt changes brought about by the mutual engagement should enable a primary form of empathy without requiring any representations (De Jaegher & Di Paolo 2007; Fuchs & De Jaegher 2009).

Accordingly, phenomenological and enactive approaches to sociality do not start from isolated individuals and their

respective inner states, but from the overarching phenomena of *intercorporeality* and *interaffectivity* (Gallagher 2001; Fuchs & De Jaegher 2009; Froese & Fuchs 2012; De Jaegher 2015). In particular, the concept of *inter-bodily resonance* implies the idea that the emergent dynamics of interaction creates a shared affective experience rather than transmitting internal states between individuals. On the other hand, such concepts raise the difficult question of how it is possible to experience the shared feeling or atmosphere arising from the interaction, while at the same time empathically perceiving the other's specific emotional state. In other words, emphasizing the interaffective component of social encounters may risk losing the difference between empathic understanding and emotional contagion or even fusion. To avoid this risk, I propose that bodily and affective resonance should be conceived as a *polarity of consonance and dissonance*, which despite affective attunement maintains the *otherness* of the other.

To elaborate the concept of embodied interaffectivity, in the following, I will introduce (1) a general concept of *embodied affectivity*: It conceives emotions not as inner mental states, but as encompassing spatial phenomena that connect the embodied subject and the situation with its affective affordances in a dynamic interaction. (2) This leads to a concept of *embodied interaffectivity*: In every face-to-face encounter, the partners' lived bodies are intertwined in a process of inter-bodily resonance which provides the basis for a primary, intuitive empathic understanding. According to this concept, emotions in social encounters may not be localized within the individual (let alone his or her brain), but should rather be conceived as phenomena of a shared intercorporeal space in which the interaction partners are involved.

(3) The proposed concept will then be illustrated and deepened by an analysis of disturbances of social resonance and empathy in psychopathology.

I. Embodied Affectivity

The concept of embodied affectivity rejects the idea that emotions are only mental phenomena, and that the world is bare of affective qualities. In fact, we do not live in a merely physical world; the experienced space is always charged with affective and expressive qualities. We feel, for example, the hilarity of a party, the sadness of a funeral march, the icy climate of a meeting, or the uncanniness of a somber wood at night. Emotions also emerge from situations, persons and objects with their expressive, attractive or repulsive qualities. The peculiar intentionality of emotions relates to what is particularly *valuable and relevant* for the subject (see Solomon 1976; Frijda 1994; Scarantino & De Sousa 2018). In a sense, emotions are ways of perceiving, namely attending to salient features of a situation, lending them a significance and weight they would not have without the emotion. Referring to Gibson's (1979) concept of affordance, we may also speak of *affective affordances*: objects or situations appear to us as 'important', 'worthwhile', 'attractive', 'unpleasant', 'disgusting', and so on.

The way emotions disclose the affective qualities or affordances of a given situation is by *bodily resonance*. This includes, on the one hand, all kinds of bodily sensations: feelings of warmth or coldness, tickling or shivering, pain, tension or relaxation, constriction or expansion, sinking, tumbling or lifting, etc. On the other

hand, emotions involve bodily action tendencies which are felt kinaesthetically, such as bowing, rising, receding, advancing, etc. There is no emotion without at least slightest bodily sensations and movement tendencies. Being afraid, for instance, is not possible without feeling a bodily tension or trembling, a beating of the heart or a shortness of breath, and a tendency to withdraw.^[1] It is *through* these sensations that one is anxiously directed towards a frightening situation. Therefore, bodily feelings and action tendencies should not be conceived as a mere by-product or add-on to the emotion, but as the *very medium* of affective intentionality. As William James already pointed out, the body is a “resonance body”, in which every emotion reverberates (James 1884).^[2]

This leads to an *embodied and extended conception of emotions* (see also Fuchs 2013a): Emotions emerge as specific forms of a subject’s bodily directedness toward the values and affective affordances of a given situation. They encompass subject and situation and may not be localized in the interior of persons (be it their psyche or their brain). Rather, the affected subject is engaged with an environment that has itself affective qualities. For example,

[1] *These sensations correspond to autonomic and motor responses observable on the physiological level, such as changes in heartrate, respiratory rhythm, skin conductance, muscular tension, gut reactions, general arousal, etc.*

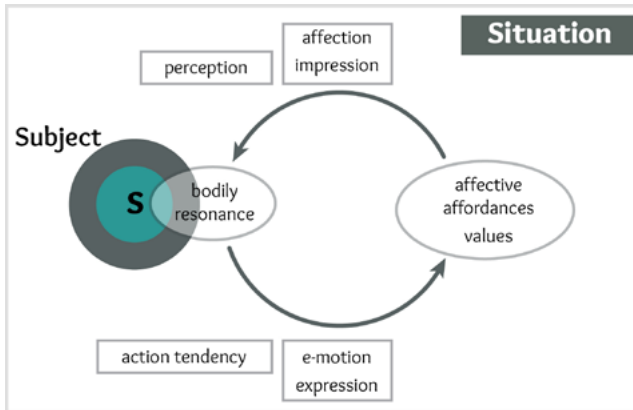
[2] *This is not to deny that cognitive components such as comprehension and appraisal play a crucial role for emotions. However, even moral emotions that are based on complex social situations always include a bodily resonance: for instance, envy is accompanied by a sense of bodily tension and bitterness, contempt by a condescending facial expression (slightly hinting at disgust), forgiveness by a warm and soothing feeling, etc.*

in shame, an embarrassing situation and the dismissive gazes of others are experienced as a painful bodily affection, which is the way the subject feels the sudden devaluation in others' eyes. The emotion of shame is thus extended over the feeling person and his body as well as the situation as a whole.

Emotions further imply two components of bodily resonance: (1) *a centripetal or affective component*, i.e. being affected, 'moved' or 'touched' by an event through various forms of bodily sensations (e.g. the blushing and burning of shame); *a centrifugal or 'emotive' component*, implying specific movement tendencies (e.g. hiding, avoiding the other's gaze, 'sinking into the floor' from shame). Other tendencies are approach (desire, anger), avoidance (fear), being-with (enjoyment, confidence), rejection (disgust), dominance (pride) or submission (humility, resignation) (cf. Frijda 1986). In emotions, "we are moved to move toward or against or away" (Sheets-Johnstone 1999, 267).

Taken together, emotions may be regarded as *circular interactions or feedback cycles* between the embodied subject and the current situation (cf. fig. 1): Being affected by the emotional affordances or qualities of the situation (*affection, impression*) triggers a specific bodily resonance which in turn influences the emotional perception of the situation and implies a corresponding action readiness (*e-motion, expression*). Embodied affectivity consists in the whole interactive cycle, which is crucially mediated by the resonance of the feeling body.

Fig. 1: Embodied affectivity (adapted from Fuchs 2013a, 623)



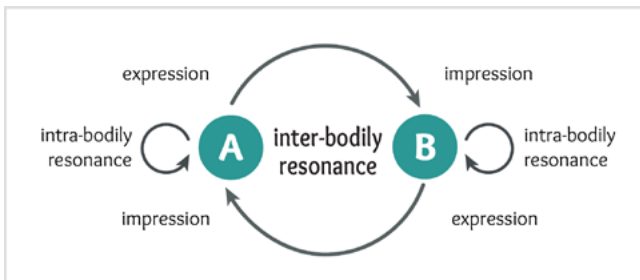
Bodily resonance thus acts as the medium of our affective engagement in a given situation. It imbues, taints and permeates the perception of this situation without necessarily stepping into the foreground. In Polanyi's terms, bodily resonance is the *proximal*, and the perceived situation is the *distal* component of affective intentionality, with the proximal or tacit component usually receding from awareness in favor of the distal (Polanyi 1967). The bodily resonance of the emotion becomes conscious only at a certain level of intensity.

II. Embodied Interaffectivity

If we now turn to the social sphere, in particular to face-to-face encounters, then the cycle of 'affection' and 'emotion, or

impression and expression, involves another person as a specific affective affordance. Emotions thus become *interactive phenomena* which are not only felt from the inside, but also displayed and visible in expression and behaviour, often as bodily tokens or rudiments of action (Darwin 1872). The facial, gestural, vocal and postural expression of an emotion is part of the bodily resonance that feeds back into the emotion itself, but also induces processes of *interaffectivity*: One's body is affected by the other's expression, and one experiences the kinetics and intensity of his emotions through one's own bodily kinaesthesia and sensation. Both partners' body schemas and bodily feelings expand and incorporate the other's body. This creates a dynamic interplay which forms the basis of social understanding and empathy, and which may also be described as "mutual incorporation" (Schmitz 1989, Fuchs & De Jaegher 2009). Here two cycles of embodied affectivity become intertwined, thus continuously modifying each partner's affective affordances and bodily resonance, as illustrated in fig. 2:

Fig. 2: Inter-bodily resonance (Froese & Fuchs 2012)



Let us assume that A is a person whose emotion, e.g., anger, manifests itself in typical bodily (facial, gestural, interoceptive, adrenergic, circulatory, etc.) changes. His body thus functions as a felt 'resonance board' for his emotion: A feels the anger as the tension in his face, as the sharpness of his voice, the arousal in his body, etc. These proprio- and interoceptive feelings may be termed *intra-bodily resonance*. This resonance is an *expression* of the emotion at the same time, that means, the anger becomes visible and is perceived as such by A's partner B. Moreover, the expression will also produce an *impression*, namely by triggering corresponding or complementary bodily feelings in B. A's sinister gaze, the sharpness of his voice or expansive bodily movements might induce in B an unpleasant tension or even a jerk, a tendency to withdraw, etc. Thus, B not only sees the anger immediately in A's face and gesture, but also senses it through his own intra-bodily resonance.

However, it does not stop here, for the impression and bodily reaction caused in B in turn becomes an expression for A; it will immediately affect his bodily reaction, change his expression, however slightly, and so forth. This creates a circular interplay of expressions, impressions and reactions running in split seconds and constantly modifying each partner's bodily state, in a process that becomes highly autonomous and is not controlled by the partners. They have become parts of a dynamic sensorimotor and inter-affective system that connects both bodies by reciprocal movements and reactions, that means, in *inter-bodily resonance*. Of course, the signals and reactions involved proceed far too quickly to stand out discretely and become conscious. Instead, both partners will experience a specific feeling of being bodily

connected with the other: Based on its sensorimotor body schema, each lived body reaches out, as it were, to be extended by the other in a mutual incorporation. This is accompanied by a specific impression of the interaction partner and, at the same time, by a holistic feeling for the encompassing atmosphere of the shared situation. ^[3]

Importantly, as the example shows, this inter-bodily resonance and the resulting atmosphere is by no means restricted to ‘harmonious’ social situations—interpersonal conflicts may create most intense forms of mutual resonance and atmospheric tensions. In other words, resonance takes place on a range between *consonance* and *dissonance*. The resulting interpersonal atmosphere (e.g., ‘pleasant’ versus ‘tense’) mirrors the different interaction dynamics. This leads to a further clarification: The neurobiological support of simulation theory through the discovery of the mirror neuron system (Gallese & Goldman 1998; Gallese 2005) has often led to the assumption that empathic understanding is only based on *mimetic* bodily tendencies, such as subliminally imitating another’s

[3] *Since there is some similarity in the intercorporeal processes, it is important to distinguish empathy from emotional contagion, which Hatfield and colleagues have defined as “the tendency to automatically mimic and synchronize expressions, vocalizations, postures, and movements with those of another person’s and, consequently, to converge emotionally” (Hatfield et al. 1993, 96). This happens frequently in early childhood—the well-known contagious crying of babies—but is also found later on in many situations, for example when feeling dragged down by an interaction with a depressed person, sharing a group’s euphoria at an exuberant party, etc. However, unlike in empathy, in contagion one is not intentionally directed upon the other’s feelings as such; what the affected person feels are only his own induced emotions, often without conscious awareness of their source. The difference between empathy and contagion was already emphasized by Scheler (1923/1954) and Stein (1917).*

smile or his painfully distorted facial expression. However, in order to recognize and feel the anger in another's face, we certainly do not have to experience or simulate anger ourselves. Our primary reaction would be rather oppositional than concordant, that means, we would feel tense, frightened, and tend to withdraw. Hence, inter-bodily resonance may include both mimetic as well as complementary or antagonistic dynamics. This offers a serious objection to concepts of embodied simulation (Gallese 2005; Gallese & Sinigaglia 2011).

Moreover, even in consonant or harmonious interactions, there is never a complete attunement or in-phase mutual behaviour. Apart from situations of emotional fusion (as in joint mass emotions such as panic or enthusiasm), the other's body always offers at least some resistance to perfect attunement, usually resulting in sequences of 'matching' and 'mismatching' episodes. This has also been shown by infant research: Even in harmonious playing interactions, infants and mothers match their affects only 30% of the time; the typical micro-interaction patterns consist in repeated sequences of matches, mismatches and 'repairs' (Tronick & Cohn 1989; Beebe et al. 1992). Similarly, in adult interactions, the observable coordination of movements and reactions never reaches a state of perfect synchronization (Tschacher et al. 2014). Even in a well-trained dancing couple, the other's body offers a minute resistance and unpredictability, which ensures that the dance still remains an *interaction*.

This lack of complete congruence in interaffectivity is crucial for the *distinction* of self and other, which is maintained despite mutual incorporation. Out-of-phase movements, slight misunderstandings

and irritations are necessary as the dialectical counterparts of mutual empathy, should it not turn into a fusion where the other is no longer perceived as *other*. Thus, the behaviors and experiences of two interactants by no means always resemble or match each other completely. Nevertheless, their resonant dynamics is jointly created and cannot be broken down to individual behavior. Each of them behaves and experiences differently from how they would do outside of the process, which thus gains an emergent autonomy (De Jaegher & Di Paolo 2007; Mühlhoff 2015).

No *mental representation* of other minds is necessary for this process. There is no dualistic separation between the inner and the outer at all, as if a hidden mental state in A produced certain external signs, which B would have to decipher. A's anger may not be separated from its bodily resonance and expression; conversely, B does not perceive A as a mere object but as a living and expressive body that he is in contact with. Instead of a hidden inside, there is an ongoing mutual transition between expression and impression, or between centrifugal emotion and centripetal affection. The other shows himself to me through his bodily appearance and conduct. This expressivity is concentrated in the *gaze*: The other is for me not somewhere 'behind' his gaze, but he is visible in it. What is more, I experience his gaze *as being seen by him*, or in other words, *I see him seeing me (as seeing him)*. There is a circularity or reflexivity involved which does not allow to clearly separate inside and outside; *the gaze itself* is perceived as intentional or 'minded'.

Nor is an *inner or bodily simulation* required for the process of mutual empathic understanding—all the more since it often

happens, as we have seen, without *mimetic* resonance at all. Bodily sensations, tensions and movement tendencies, which arise in the interaction do not serve as a separate simulation of the other person, but are fed into the holistic perception of the other. Using Polanyi's terms once more, one's own bodily resonance may be regarded as the *proximal* component of empathic perception, which recedes from awareness in favour of the *distal*, namely the other's perceived body. Bodily resonance does not simulate, but *mediate* the perception of the other. Hence, direct perception in interpersonal encounters is a "mediated immediacy" (to use Hegel's term), based on the lived body.

A frequent objection to such an embodied account refers to the fact that humans are able to control their emotional expressions, that means, to withhold, suppress or to feign emotions to a certain extent (for example when lying, cheating, playacting, in poker games, etc.). This seems to show that the expression of an emotion is different from the emotion itself. However, while the phenomena themselves are undeniable, the conclusion that emotions are actually inner, disembodied states is not justified, for at least two reasons:

First, the control of one's emotional bodily resonance is restricted to the movement of the voluntary muscles, whereas the reaction of the autonomous nervous system and the kinaesthetic tendencies of the body remain largely outside of control. This may be demonstrated by measuring heart rate, skin conductance (as with a lie detector), muscle tonus, etc., during concealed emotional states. Moreover, the suppression of an emerging emotion is enabled through increased muscle tension (hardening one's face,

jaw clenching, stiff posture, etc.), which demonstrates that the emotion in question already leads to kinesthetic tendencies that are suppressed. Hence, emotions are always embodied states, even though we can restrict their expression to a certain extent.

Secondly, even artificial or pretended emotional expressions have a tendency to evoke the corresponding emotion in the individual, as embodiment research has repeatedly demonstrated (Niedenthal et al. 2005; Niedenthal 2007). Moreover, the effect of playacting on the audience depends precisely on primary interaffectivity: If we would not normally perceive others' expressions as their emotional states, we couldn't be easily deceived either. Hence, even though we cannot be sure that a perceived emotion is actually what the other person feels, spontaneous bodily resonance remains the default mode of non-verbal understanding. Our analysis thus confirms Merleau-Ponty's notion of a primary intercorporeality: "It is through my body that I understand other people, just as it is through my body that I perceive 'things'" (Merleau-Ponty 1962, 216).

III. Psychopathology of Interaffectivity

The concept of embodied interaffectivity may be usefully applied to several psychopathological phenomena, where the described structure of intercorporeality and empathy is disturbed. This refers mainly to a lack or loss of bodily resonance and emotional perception, as it is found, for instance, in depression, autism, schizophrenia or certain neurological disorders.

Neurological disorders

Individuals whose facial expression is disturbed, whether congenital as in Möbius Syndrome, by an acquired facial paralysis or by Parkinson's disease, often report diminished emotional experience (Krueger & Michael 2012). They may complain, for example, about an impaired sense of joy or humour, since their smiling is inhibited, and about an embarrassing lack of emotional communication with others. This points to the crucial importance of facial sensorimotor feedback for the full experience of an emotion as well as for interaffective resonance: If the external expressive profile of emotions is missing, this frequently leads to experiences of social rejection or exclusion (Bogart 2015).

Depression

A more encompassing loss of bodily resonance is characteristic for severe depression. Here, the lived body loses the lightness, fluidity and mobility of a medium and turns into a heavy, solid body, which puts up resistance to all intentions and impulses directed towards the world (Fuchs 2013b). This may also be characterized by a general *constriction and rigidity* of the body, leading not only to felt oppression and anxiety but, more subtly, to a loss of the inter-bodily resonance in social encounters. The depressive body lacks expression and offers only minimal clues for the other's empathic perception. The continuous synchronization of bodily gestures and gazes which normally accompanies interaction (Tschacher et al. 2014) breaks down. Moreover, the patients' own mimetic perception and resonance with the other's body is lacking (Persad & Polivy 1993; Csukly et al. 2009; Bourke et al. 2010). Thus, they

feel unable to emotionally communicate their experience and try in vain to compensate for the loss of resonance by stereotyped repetition of their complaints.

The deeper the depression, the more the affective qualities and atmospheres of the environment fade. The patients are no longer capable of being moved and affected by things, situations or other persons. They complain of a painful apathy, a 'feeling of not feeling' and of not being able to sympathize with their relatives any more. In his autobiographical account, Solomon describes his depression as "a loss of feeling, a numbness, [which] had infected all my human relations. I didn't care about love; about my work; about family; about friends" (Solomon 2001, 45). This emotional numbing may finally lead to affective depersonalization: The patients feel disconnected from the world; they lose their participation in the interaffective space that we normally share with others (Fuchs 2005; 2013b, Ratcliffe 2014, 218ff.).

Autism

Until recently, social difficulties in autism or autistic spectrum disorders (ASD) were mainly thought to arise from a dysfunctional *theory of mind*, rendering the individual unable to attribute mental states to others in order to interpret their behaviour (Baron-Cohen 1995; Frith 1989). However, this cognitivist approach is increasingly questioned. In contrast, phenomenological accounts locate the main problem in a fundamental disturbance of embodied interaffectivity, namely in a lack of perceiving others' expressions, gestures and voicings in terms of affective affordances (De Jaegher 2013; Fuchs 2015). From early childhood

on, affected individuals fail to spontaneously perceive a smile *as a smile*, an angry expression *as anger*, or a sad face *as showing sadness*. They are blind or non-sensitive to what infant researcher Daniel Stern (1985) has termed “vitality affects”, i.e., the intermodal qualities and dynamics of facial, gestural and vocal expressions, which their caregivers exhibit, and which for neurotypical children convey a sense of the other’s emotion. This account is supported by the fact that many autistic symptoms such as lack of emotional contact, anxiety or agitation are already present in the first years of life, i.e., long before the supposed age of 4-5 years to acquire a theory of mind.

Furthermore, while imitation and co-movement serves as a major instrument for early affect attunement and primary empathy, several studies have found that children with ASD do not readily imitate the actions of others (Smith and Bryson 1994; Hobson & Lee 1999). As a result, there is a lack of the kinaesthetic empathy that normally mediates the affective perception of the other. The feedback cycles of mutual incorporation are not achieved; instead, for children with autism the others remain rather mysterious, detached objects whose behaviour is troublesome to predict. They prefer to attend to inanimate objects over other humans, tend to avoid direct gaze and withdraw from emotionally overburdening contacts (Klin et al. 2003; Jones et al. 2008). Correspondingly, eye tracking studies have shown that children with autism focus on inanimate and irrelevant details of interactive situations while missing the relevant social cues, e.g., neglecting the eyes and mouths of protagonists (Klin et al. 2002). In other words, the salience of social stimuli is reduced, because these are particularly

bound to the resonant perception of expressive gestures which is lacking in autism.

It is the disturbance of primary empathy which also compromises the later development of higher-order capacities such as perspective-taking and language acquisition. For these are based on a primary sense of 'being-like-others' that is subsequently extended by relating to a shared context, such as in social referencing or joint attention, and finally, by understanding others as mental agents like oneself. However, if the 'like-me' experience is already missing in primary bodily encounters, the development of more abstract mentalizing capacities will be seriously retarded or even remain impossible. Hence, what these children primarily lack is not a theoretical concept of other minds, but the direct perception enabled by bodily resonance (Gallagher 2004; Klin et al. 2003; De Jaegher 2013).

Strategies of explicit mentalizing and inferring from social cues are rather employed by high-functioning autistic individuals as a compensation for the lacking capacities of primary intersubjectivity. Thus, Temple Grandin, a woman with ASD, described her problems with in-terpersonal relations to Oliver Sacks as follows:

"It has to do, she has inferred, with an implicit knowledge of social conventions and codes, of cultural presuppositions of every sort. This implicit knowledge, which every normal person accumulates and generates throughout life on the basis of experience and encounters with others, Temple seems to be largely devoid of. Lacking it, she has instead to 'compute' others"

intentions and states of mind, to try to make algorithmic, explicit, what for the rest of us is second nature” (Sacks 1995, 270).

These compensatory strategies enable functional interactions with others to a certain degree, but fail to establish the primary sense of being-with-others which is normally provided implicitly by intercorporeality, as a kind of “magical communication”:

“She is now aware of the existence of these social signals. She can infer them, she says, but she herself cannot perceive them, cannot participate in this magical communication directly, or conceive the many-levelled kaleidoscopic states of mind behind it. Knowing this intellectually, she does her best to compensate, bringing immense intellectual effort and computational power to bear on matters that others understand with unthinking ease. This is why she often feels excluded, an alien“ (ibid., 272).

As we can see from Grandin’s report, a lacking social sense as normally conveyed by bodily resonance cannot be substituted by explicit inference or rule-based knowledge about others’ behaviour.

Schizophrenia

A severe disturbance of interaffectivity is also found in schizophrenia spectrum disorders, which from a phenomenological point of view may be regarded as fundamental disturbances of the embodied self, or as a *disembodiment*. This includes a weakening of the basic sense of self, a disruption of implicit bodily functioning, and a disconnection from the intercorporeality with others (Parnas 2003; Sass & Parnas 2003; Fuchs 2005; Fuchs & Röhricht 2017).

If the embodied engagement in the world is disturbed, it will result in a fundamental alienation of intersubjectivity: The basic sense of being-with-others is replaced by a sense of detachment.

Hence, schizophrenic patients have been found to lack primary or bodily empathy: they have problems with understanding facial and gestural expressions of others (Kington et al. 2000; Edwards et al. 2002; Amminger et al. 2012). Like individuals with ASD, they tend to experience other's bodies as less animated and rather like objects. Moreover, patients often show a lack of implicit understanding of social situations, manifesting itself in a subtle "loss of natural self-evidence", as Blankenburg (1971) has described it; they are unable to grasp the natural, everyday meanings of the shared life world. This alienation may sometimes even date back to the patient's childhood:

"When a child, I used to watch my little cousin in order to understand when it was the right moment to laugh or how they managed to act without thinking of it before (...) It is since I was a child that I try to understand how the others function, and I am therefore forced to play the little anthropologist" (Stanghellini 2004, 115).

"I don't really grasp what others are up to (...) I constantly observe myself while I am together with people, trying to find out what I should say or do. It's easier when I am alone or watching TV" (quote from one of my own patients).

Thus, the behaviour of others comes to be observed from a distant or third-person point of view, instead of entering second-person embodied interactions. Interpersonal relationships have then to

be managed by deliberate efforts, leading to constant stress in complex social situations and finally to autistic withdrawal.

This alienation can also be felt when interacting with the patient, leading to what has been termed *praecox feeling* by the Dutch psychiatrist Rümke (1941) (derived from the former term *dementia praecox* for schizophrenia). It means an interpersonal atmosphere of unnaturalness, characterized by a lack of mutuality, responsivity, or attunement:

“Often the praecox feeling is felt even before one has spoken to the patient; the condition is recognized by mere observation of body-posture, facial expression, motor behaviour—the whole of the patient’s expressivity. It is intuitively felt that all these are disturbed, i.e., changed with respect to the norm. Motor behaviour is stiff, bizarre, ceremonious; there are tic-like movements and the queerness of the smile is beyond description—the famous empty smile” (Rümke 1941/1990, 337).

In the encounter, the patient’s bodily movements and expressions seem stiff, often bizarre or ceremonious; they are not integrated to form a harmonious whole. Moreover, the emotional expressions and verbal utterances do not seem to correspond to each other or to the context—a feature termed parathymia. When Rümke speaks of the “queerness” of the smile, he means not only unusual kinematic features such as stiffness and rigidity, but also a lack of appropriateness to the social context. The patients’ psychomotor movements are not:

“geared towards the establishment of human contact; we miss the contact-directed expressions found in normal people, and, at the same time, we are struck by the desperate attempts undertaken by the schizophrenic to re-establish contact” (ibid., 338).

Rümke’s description has been confirmed in recent studies on the diagnostic significance and reliability of the praecox feeling (Grube 2006; Pallagrosi & Fonzi 2018). It may be regarded as a further illustration of the concept of embodied interaffectivity: The psychiatrist’s impression corresponds not only to the patient’s expression, but also to the experiential disembodiment of persons with schizophrenia.

Conclusion

I have outlined a concept of primary intersubjectivity that is based on embodied affectivity and interaffectivity. It conceives emotions not as inner mental states, which have to be deciphered or inferred from external cues, but as expressive, dynamic forces, which affect individuals through bodily resonance and connect them with each other in circular interactions. In face-to-face encounters, each partner’s lived body reaches towards the other to form an overarching system of inter-bodily resonance and mutual incorporation. According to this concept, social understanding is primarily based on intercorporeality; it emerges from the interactive practice and coordination of embodied agents. We do not need to form internal models or representations of others in order to understand and communicate with them; as bodily

subjects, we are always already involved in a shared affective and expressive space. Psychopathological conditions in which bodily resonance is disturbed in various ways can illustrate *ex negativo* the intercorporeal basis of normal encounters.

To be sure, this embodied and enactive concept does not exhaust the possibilities of empathic understanding. On the basis of primary bodily empathy, we are also able to explicitly represent or to imagine the other's situation. This happens in particular when their behaviour seems ambiguous or when an irritation or misunderstanding occurs. Through additional information and inference, we can then try to enhance our understanding, infer possible hidden intentions and in this way often deepen our empathy (Fuchs 2017). A further possibility is to transpose oneself into the other's situation, take his perspective and imagine how one would feel or react in his place.

Such higher-level capacities of understanding others complement the spontaneous interaffectivity of bodily resonance and direct perception. Though they correspond to the notions of 'theory of mind' or 'mind-reading' to a certain extent, these terms presuppose an inferential approach to others' supposedly hidden minds as the standard mode of intersubjectivity. Yet, the need for such an approach arises mainly in situations in which intercorporeal communication becomes ambiguous or restricted, such as in poker games, or when it is missing completely, as in written exchange. In most cases, sophisticated or even detective-like cognitive capacities are neither necessary nor sufficient to enable empathic intersubjective relations. Despite those options

for extended understanding, our everyday social encounters remain based on embodied intersubjectivity.

References

- Amminger, G. Paul, Schäfer, Miriam R., Papageorgiou, Konstantinos, Klier, Claudia M., Schlögelhofer, Monika, Mossaheb, Nilufar, Werneck-Rohrer, Sonja, Nelson, Barnaby, & McGorry, Patrick D. (2012). Emotion Recognition in Individuals at Clinical High-risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 38(5), 1030–1039.
- Baron-Cohen, Simon (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Beebe, Beatrice., Jaffe, Joseph, & Lachmann, Frank (1992). A Dyadic Systems View of Communication. In: N. Skolnick & S. Warshaw (Eds.). *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 61–81.
- Blankenburg, Wolfgang (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Berlin: Springer.
- Bogart, Kathleen R. (2015). “People Are All About Appearances”: A Focus Group of Teenagers with Moebius Syndrome. *Journal of Health Psychology* 20(12), 1579–1588.
- Bourke, Cecilia, Douglas, Katie, & Porter, Richard (2010). Processing of Facial Emotion Expression in Major Depression: A Review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44(8), 681–696.
- Carruthers, Peter, & Smith, Peter K. (Eds.) (1996). *Theories of Theories of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Csukly, Gábor, Czobor, Pál, Szily, Erika, Takács, Barnabás, & Simon, Lajos (2009). Facial Expression Recognition in Depressed Subjects: The Impact of Intensity Level and Arousal Dimension. *Journal of Nervous and Mental Disease* 197(2), 98–103.
- Darwin, Charles (1872/1904). *The Expression of Emotions in Man and Animals*. London: Murray.
- De Jaegher, Hanne (2013). Embodiment and Sense-making in Autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7, 15.
- De Jaegher, Hanne (2015). How We Affect Each Other: Michel Henry's "Pathos-with" and the Enactive Approach to Intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies* 22(1–2), 112–132.
- De Jaegher, Hanne, & Di Paolo, Ezequiel A. (2007). Participatory Sense-making: An Enactive Approach to Social Cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 6(4), 485–507.
- Edwards, Jane, Jackson, Henry J., & Pattison, Philippa E. (2002). Emotion Recognition via Facial Expression and Affective Prosody in Schizophrenia: A Methodological Review. *Clinical Psychology Review* 22(6), 789–832.
- Frijda, Nico H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frijda, Nico H. (1994). Varieties of Affect: Emotions and Episodes, Moods, and Sentiments. In: P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press, 59–67.
- Frith, Uta (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- Froese, Tom, & Fuchs, Thomas (2012). The Extended Body: A Case Study in the Neurophenomenology of Social Interaction. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 11(2), 205–236.

- Fuchs, Thomas (2005). Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 12(2), 95–107.
- Fuchs, Thomas (2013a). The Phenomenology of Affectivity. In: B. Fulford, M. Davies, G. Graham, J. Sadler, & G. Stanghellini (Eds.). *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 612–631.
- Fuchs, Thomas (2013b). Depression, Intercorporeality and Interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies* 20(7–8), 219–238.
- Fuchs, Thomas (2015). Pathologies of Intersubjectivity in Autism and Schizophrenia. *Journal of Consciousness Studies* 22(1–2), 191–214.
- Fuchs, Thomas (2017). Levels of Empathy. In: V. Lux, & S. Weigel (Eds.). *Empathy. Epistemic Problems and Cultural-historical Perspectives of a Cross-disciplinary Concept*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 27–48.
- Fuchs, Thomas, & De Jaegher, Hanne (2009). Enactive Intersubjectivity: Participatory Sense-making and Mutual Incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 8(4), 465–486.
- Fuchs, Thomas, & Röhricht, Frank (2017). Schizophrenia and Intersubjectivity. An Embodied and Enactive Approach to Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 24(2), 127–142.
- Gallagher, Shaun (2001). The Practice of Mind: Theory, Simulation or Primary Interaction? *Journal of Consciousness Studies* 8(5–7), 83–108.
- Gallagher, Shaun (2004). Understanding Interpersonal Problems in Autism: Interaction Theory as an Alternative to Theory of Mind. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 11(3), 199–217.

- Gallagher, Shaun (2008). Direct Perception in the Intersubjective Context. *Consciousness and Cognition* 17(2), 535–543.
- Gallese, Vittorio (2005). Embodied Simulation: From Neurons to Phenomenal Experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 4(1), 23–48.
- Gallese, Vittorio, & Goldman, Alvin (1998). Mirror Neurons and the Simulation Theory of Mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences* 2(12), 493–501.
- Gallese, Vittorio, & Sinigaglia, Corrado (2011). What Is so Special about Embodied Simulation? *Trends in Cognitive Sciences* 15(11), 512–519.
- Gibson, James J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Grube, Michael (2006). Towards an Empirically Based Validation of Intuitive Diagnostic: Rümke’s ‘Praecox Feeling’ across the Schizophrenia Spectrum: Preliminary Results. *Psychopathology* 39(5), 209–217.
- Hatfield, Elaine, Cacioppo, John T., & Rapson, Richard L. (1993). Emotional Contagion. *Current Directions in Psychological Science* 2(3), 96–99.
- Hobson, R. Peter, & Lee, Anthony (1999). Imitation and Identification in Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40(4), 649–659.
- James, William (1884). What is an Emotion? *Mind* 9(34), 188–205.
- Jones, Warren H., Carr, Katelin, & Klin, Ami J. (2008). Absence of Preferential Looking to the Eyes of Approaching Adults Predicts Level of Social Disability in 2-year-old Toddlers with Autism Spectrum Disorder. *Archives of General Psychiatry* 65(8), 946–954.

- Kington, Justin M., Jones, Lisa A., Watt, Andrew A., Hopkin, Elizabeth J., & Williams, Julie (2000). Impaired Eye Expression Recognition in Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 34(4–5), 341–347.
- Klin, Ami, Jones, Warren, Schultz, Robert, & Volkmar, Fred (2003). The Enactive Mind, or from Actions to Cognition: Lessons from Autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society London B: Biological Sciences* 358(1430), 345–360.
- Klin, Ami, Jones, Warren, Schultz, Robert, Volkmar, Fred R., & Cohen, Donald J. (2002). Visual Fixation Patterns during Viewing of Naturalistic Social Situations as Predictors of Social Competence in Individuals with Autism. *Archives of General Psychiatry* 59(9), 809–816.
- Krueger, Joel (2018). Direct Social Perception. In: A. Newen, L. de Bruin, & S. Gallagher (Eds.). *Oxford Handbook of 4E Cognition*. Oxford: Oxford University Press, 301–320.
- Krueger, Joel, & Michael, John (2012). Gestural Coupling and Social Cognition: Möbius Syndrome as a Case Study. *Frontiers in Human Neuroscience* 6, 81.
- Merleau-Ponty, Maurice (1962). *The Phenomenology of Perception*. New York: Humanities Press.
- Mühlhoff, Rainer (2015). Affective Resonance and Social Interaction. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 14(4), 1001–1019.
- Niedenthal, Paula M. (2007). Embodying Emotion. *Science* 316(5827), 1002–1005.
- Niedenthal, Paula M., Barsalou, Lawrence W., Winkielman, Piotr, Krauth-Gruber, Silvia, & Ric, François (2005). Embodiment in Attitudes, Social Perception, and Emotion. *Personality and Social Psychology Review* 9(3), 184–211.
- Pallagrosi, Mauro, & Fonzi, Laura (2018). On the Concept of Praecox Feeling. *Psychopathology* 51(6), 353–361.

- Parnas, Josef (2003). Self and Schizophrenia: A Phenomenological Perspective. In: T. Kircher, & A. David (Eds.). *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 217–241.
- Persad, Schrine M., & Polivy, Janet (1993). Differences between Depressed and Non-depressed Individuals in the Recognition of and Response to Facial Emotional Cues. *Journal of Abnormal Psychology* 102(3), 358–368.
- Polanyi, Michael (1967). *The Tacit Dimension*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Ratcliffe, Matthew (2014). *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
- Rümke, Henricus C. (1941/1990). The Nuclear Symptoms of Schizophrenia and the Praecox Feeling. Transl. by J. Neeleman. *History of Psychiatry* 1(3), 331–341.
- Sacks, Oliver (1995). *An Anthropologist on Mars. Seven Paradoxical Tales*. New York: Alfred Knopf.
- Sass, Louis A., & Parnas, Josef (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin* 29(3), 427–444.
- Scarantino, Andrea, & de Sousa, Ronald (2018). Emotion. In: E. Zalta (Ed.). *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2018 Edition). <https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/emotion/> [10.03.2019]
- Scheler, Max (1923/1954). *The Nature of Sympathy*. Transl. by P. Heath. London: Routledge.
- Schmitz, Hermann (1989). Über leibliche Kommunikation. In: H. Schmitz. *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann, 175–218.
- Sheets-Johnstone, Maxine (1999). Emotion and Movement. A Beginning Empirical-phenomenological Analysis of Their Relationship. *Journal of Consciousness Studies* 6(11–12), 259–277.

- Smith, Isabel M., & Bryson, Susan E. (1994). Imitation and Action in Autism: A Critical Review. *Psychological Bulletin* 116(2), 259–273.
- Solomon, Andrew (2001). *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. London: Vintage Books.
- Solomon, Robert C. (1976). *The Passions*. New York: Anchor/Doubleday.
- Stanghellini, Giovanni (2004). *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press.
- Stein, Edith (1917) *Zum Problem der Einfühlung*. Aschaffenburg: Kaffke.
- Stern, Daniel N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stich, Stephen, & Nichols, Shaun (1992). Folk Psychology: Simulation versus Tacit Theory. *Mind and Language* 7(1–2), 29–65.
- Tronick, Edward Z., & Cohn, Jeffery F. (1989). Infant-mother Face-to-face Interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrences of Miscoordination. *Child Development* 60(1), 85–92.
- Tschacher, Wolfgang, Rees, Georg M., & Ramseyer, Fabian (2014). Nonverbal Synchrony and Affect in Dyadic Interactions. *Frontiers in Psychology* 5, 1323.
- Zahavi, Dan (2008). Simulation, Projection and Empathy. *Consciousness and Cognition* 17(2), 514–522.

INTERSUBJETIVIDAD ENCARNADA

Luis Flores Hernández

PhD

Profesor Titular Adjunto

Facultad de Filosofía

Pontificia Universidad Católica de Chile

lfloresh@uc.cl

Resumen

Estudio el cuerpo vivido como idiocorporalidad, como horizonte de los actos de incorporación, como tiempo y espacio vividos, y como red de cuatro intencionalidades originarias: la cognitiva, la deóntica, la sintomática y la estética, las que pueden patologizarse en la medida que se aproximan a puntos límites. Frente al cuerpo vivido, aparece la corporalidad del otro cuerpo vivido y surge entonces la intercorporalidad. Finalmente, esta en su relación con el mundo vivido se contextualiza en diferentes escenarios, que son descritos en términos de polaridades.

La exposición procede según un movimiento espiral que se acerca progresivamente a los mismos fenómenos desde perspectivas diferentes: Introducción. I. El cuerpo vivido y su tetraintencionalidad. II. La corporalidad del otro. III. La patología de la tetraintencionalidad de la corporalidad. IV. La taxonomía de los escenarios de la intercorporalidad. Conclusiones.

Introducción

Mi punto de partida temático es la corporalidad, en cuanto se refiere al cuerpo vivido por mí y, por ende, al cuerpo subjetivo. Como este es una abstracción porque remite intrínsecamente a la subjetividad de los otros, entonces la situación originaria es la *intersubjetividad*. Pero esta radica, no en una intercorporeidad extensa u objetiva, sino en una intercorporalidad. En consecuencia, dicha intersubjetividad es encarnada, pues el cuerpo vivido no se reduce a ser mero soma, sino que es carne, *sárx*, *chair*.

La psiquiatría y la neurología como ejercicios médicos implican una confrontación de dos corporalidades. No se trata de un mero diálogo de ideas, mas tampoco de la relación existente entre un computador emisor de información y de un computador receptor de la misma. El acto psiquiátrico o neurológico supone un escenario donde dos corporalidades se enfrentan.

Mi punto de partida histórico es la antropología fenomenológica de Edmund Husserl, continuada por Maurice Merleau-Ponty, y en la que el ser humano consta de cuatro estratos: el cuerpo extenso (*Körper*), el cuerpo vivido (*Leib*), el alma (*Seele*) y el espíritu (*Geist*). En cambio, la antropología de Descartes supone un alma (*res cogitans*) —dominio del yo pienso, yo quiero, yo siento, etc.— y un cuerpo extenso (*res extensa*), calculable geoméricamente. Los dos dominios son inconmensurables y el vínculo es la glándula pineal. El cuerpo vivido es la frontera desde donde el cuerpo extenso deviene cuerpo sentido porque tengo sensaciones y percepciones, desde donde el cuerpo desalmado se convierte en cuerpo almadado. Es aquel cuerpo sobre el que ejerzo un mando

inmediato, es esencialmente cuerpo *mío*. Es el linde donde el mundo deviene *mi* mundo, tal como yo lo siento y percibo. Sólo desde una antropología del cuerpo vivido, revivido y convivido es posible comprender la riqueza de la intersubjetividad encarnada.

El cuerpo vivido pasa inadvertido en la vida cotidiana. Se destaca cuando nos cansamos o nos enfermamos, cuando deviene estorbo. Sin embargo, él persiste herido, cicatrizado, mutilado, envejecido e incluso torturado, aunque no siempre. Vivo mi cuerpo con placer o dolor, lo revivo una y otra vez porque me reconozco teniendo el mismo cuerpo vivido. Es así que este pervive a través del tiempo. El no es el cuerpo desplegable en el espacio mensurable, auscultable anatómica y fisiológicamente. Sin embargo, ese cuerpo denso, a veces ruidoso, a veces silencioso, es inseparable de mi cuerpo vivido. Nunca se me queda olvidado en un sillón al abandonar un domicilio, como si fuera un paraguas, tampoco se queda entre las sábanas cuando me levanto en la mañana.

Mi cuerpo vivido irrumpe con sus sensaciones y sus percepciones. Siento que yo muevo mi cuerpo, pero la mesa y las sillas circundantes nada pueden hacer para esquivarme. Mi cuerpo vivido es, como dice Husserl en *Ideen II*, el punto de transbordo (*Umschlagpunkt*) (Hua, Bd. IV, p.160) entre el cuerpo extenso y el alma. Esto es, donde la casa deviene mi hogar, donde el escritorio deviene mi rincón, donde la cama deviene mi lecho, donde la mera estructura bioquímica del comestible se hace parte de mi rutina culinaria y puede convertirse en nuestra comida, es decir, una ocasión donde la gente se reúne a comer y conversar. Esta comida posee simbolismo al interior del mundo vivido y me convierte en gastrónomo o en goloso. En suma, por los actos de incorporación

de mi cuerpo vivido en el mundo, este deviene mundo vivido y, por ende, yo lo habito. Así mi ámbito de mundo se convierte en barrio, querencia, lar, patria, terruño, lugar de añoranza. Porque me experimento como almado, entonces pueblo mi alma o mi mente de pensamientos, voliciones, sentimientos, que resuenan en mi cuerpo vivido y entonces los expresamos o se expresan. O bien, dichas vivencias son la respuesta a lo que ya mi cuerpo vivido anticipa como sorpresa, disgusto, desánimo, náusea o malestar.

I. El cuerpo vivido y su tetraintencionalidad

Desde mi conciencia, puedo intencionar mi mundo vivido —y, por ende, mi cuerpo vivido— de cuatro modos: cognitiva, conativa, expresiva y estéticamente. El ejercicio de estas intencionalidades implica una *incorporación* al mundo, la que supone una intencionalidad predominante. Esta incorporación define un estilo —un modo único (*idiocorporalidad*)— de situarse en el mundo vivido. Estoy aquí y no allá, estoy ahora donde no estuve antes, estoy así y no así. Sin embargo, tal estilo se oculta cuando tales incorporaciones devienen patrones culturales previsible, clichés sociales, estereotipos de las modas, cánones o ideales de belleza como la regla áurea, el cuerpo del samurái, el cuerpo romántico y tuberculoso de la bella Margarita Gautier de *La dame aux camélias* o el cuerpo sorprendente del *happening* surrealista. En suma, cuando nuestros ritos corporales se transforman en rutinas, entonces se convierten en patrones culturales rígidos: por ejemplo, los modos de saludarse. Véase los estereotipos de la manera de andar en las y los modelos de pasarela. Téngase en

cuenta los gestos estereotipados de los presentadores del tiempo atmosférico. Es la *idiocorporalidad* que se esfuma en nombre de la estandarización de los cuerpos humanos.

Entonces, vivo isomórficamente mi mundo desde diferentes incorporaciones:

Primero, me incorporo al mundo vivido, aguzando mi vista, escuchando atentamente, degustando como un *chef*, tocando u oliendo los libros como un restaurador. Así, mi mundo vivido deviene un tejido de sensaciones visuales, auditivas, táctiles, etc., interviniendo la percepción, el recuerdo y la imaginación sobre ellos.

Segundo, puedo incorporarme al mundo vivido, transformándolo. Es decir, mi cuerpo vivido es conato de transformaciones: los objetos devienen objetivos, las cosas devienen blancos de mis acciones. Para un delantero de un equipo de fútbol, el arco es un blanco de sus disparos.

Tercero, puedo incorporarme al mundo vivido por vía de la expresión. Entonces, mi cara pasa a ser rostro, mi anatomía deviene facha. El mundo deviene teofanía, expresión de Dios o de los dioses. O es un indicio del porvenir en el augur. Mas, mi cuerpo vivido deviene asimismo traza, huella y síntoma de mi historia. Así, la anamnesis del paciente está escrita no sólo en caracteres matemáticos —como Galileo dijo, la naturaleza está escrita en caracteres matemáticos— o en mediciones — como dijo Lord Kelvin, *science is measure*—, sino en caracteres gestuales, fisiognómicos y mímicos. El psiquiatra y el neurólogo se hacen semiólogos para interpretar los signos visibles, tangibles,

audibles, gustativos y olfativos. Algunos de estos signos son más subjetivos, como el dolor, y otros más objetivos (indicios). Si estos se pueden cuantificar (semiología cuantitativa), entonces devienen indicadores (presión sanguínea, hemograma, etc.). A su vez, los signos de enfermedad (síntomas) pueden agruparse en constelaciones (síndromes). La semiología cualitativa es más arcaica y profunda que la codificación matemática que gobierna al cuerpo cosa, mediante mediciones como el peso o los perfiles bioquímicos.

Finalmente y cuarto, me incorporo al mundo vivido desde la intencionalidad estética: el ritmo y la euritmia aparecen, asimismo la armonía y el contrapunto, los que todos me inducen a generar arte: por ejemplo, la gimnasia rítmica. Es el despliegue del cuerpo vivido, no para vencer en una carrera, sino en cuanto posee belleza espacial o en cuanto su tempo es bello. Entonces, el movimiento corporal se desconecta de toda utilidad, de toda focalización cognitiva, siendo secundaria la expresividad, porque el cuerpo vivido mismo deviene poema (*poiein*).

Mi cuerpo vivido se dispone, se repone, se compone, pero ante todo se impone, se destaca como un fenómeno *sui generis*. Especialmente, cuando decimos que alguien hace sentir su presencia. ¿Qué significa que el cuerpo humano se incorpora en el mundo? Significa que las cosas allí estantes pasan del primer al segundo o al tercer plano. Los muebles se agotan en su mera estancia, en su carácter de enseres. El cuerpo humano posee prestancia (*praestantia*), esto es, excelencia, preeminencia. Esta excelencia se afinca en la condición del *homo erectus*. La prestancia existe aun soterrada en el alicaído. La aparición del

otro me provoca porque no se comporta como mera cosa. Las presencias de nuestros cuerpos vividos en un mismo escenario implican la disputa de un territorio corporal que quiero clausurar o compartir, que quiero hacer mío o poner al servicio de otros. El otro cuerpo vivido se dispone al encuentro con el mío o me amenaza. La amenaza a mi cuerpo vivido es al límite la amenaza de mi muerte corporal. Es el nacimiento del poder (estudiado por Foucault), el que surge originalmente como poder sobre los cuerpos vividos de los otros: los excluyo o someto. Es el acoso, esto es, la persecución sin tregua al cuerpo vivido del otro. El cuerpo vivido se impone como fuerza física y, al ser un cuerpo alzado, como fuerza mental. La invasión o la destrucción del cuerpo vivido del otro despliega este poder originario corporal: es la prevalencia de la intencionalidad conativa. La disciplina del cuerpo vivido es ambigua porque puede ser motivo de educación respecto de la autolimpieza, pero también puede significar que el esclavo no tiene que levantar la vista ante el amo o el vasallo ante el rey. En este contexto, conforme a la expresividad, la voz se hace estentórea, el rostro muestra severidad, crueldad o incluso ferocidad. “Feroz” proviene de “*fera*” (animal salvaje). Charles Darwin se interesó ya en 1872 por estudiar la expresión de las emociones en los animales y en el hombre (Darwin, 1899). Y desde la intencionalidad cognitiva, subordinada en este caso a la intencionalidad conativa, mi cuerpo vivido vigila y acecha al otro cuerpo vivido para someterlo.

II. La corporalidad del otro

La intencionalidad de la corporalidad posee anverso y reverso. Como dice Husserl, hay rayos y contrarayos (*Gegenstrahlen*) (Husserl, *Ideen II*, p.98). La corporalidad del otro no es meramente un objeto que está ahí para mi intencionalidad, sino que antes de ser un *ob-iectum*, me provoca, me invoca, me convoca, aún antes de clasificarlo desde el punto de vista cognitivo. Antes de que cristalice como objeto de mi conciencia, me solicita —y, por ende, me extasio—, me desborda, me turba, me repugna, me conmueve, me asquea. La corporalidad del otro se me revela, con todo, en mi deseo, en mi indiferencia o en mi rechazo. Hay algo ahí de su aparecer que me desestabiliza. Clasifico la corporalidad del otro para apaciguar mi inquietud o mi miedo ante el otro. Es entonces mujer u hombre, gordo o flaco, viejo o joven; europeo, afro o latino; extranjero o paisano; neurótico, demente o paranoico. Tipologizar puede ser manejar a la defensiva mis representaciones y encuadrar el fenómeno originario del otro en representaciones burdas o rígidas (*vgl.* prejuicios). Pero, la revelación de la corporalidad del otro es siempre una rebeldía. El fenómeno de la otra corporalidad es esencialmente sorprendente porque es único e impredecible. Lo que las rígidas representaciones de la corporalidad del otro disponen es la cómoda previsibilidad del fenómeno: x es y , entonces x es z . En cambio, el fenómeno de la otra corporalidad implica desconcierto y revisión del andamio de mis representaciones. Mi corporalidad, o la ajena, se despliega en modales, tratos, maneras (buenas o malas). La vida social configura estos modales y, de ahí, nacen la urbanidad y, posteriormente, la cortesía. Todo eso permite prever, hasta cierto punto, el devenir de la corporalidad del otro.

Miramos al cuerpo vivido ajeno, pero no lo vemos, rozamos sus manos, pero no las estrechamos, oímos sus ruidos y los sonidos de sus verbalizaciones, pero no las escuchamos. El cuerpo vivido ajeno se nos hace inodoro, en suma estandarizado, porque los olores naturales son desterrados con los desodorantes, individuales o ambientales, con los dentífricos, con los perfumes. Más profundamente, la época moderna de la *nuova scienza* se inaugura con la expulsión hecha por Galileo, desde la república de la física, cuando dice en *Il Saggiatore*: “Por lo que pienso que estos sabores, olores, colores, etc., del lado del objeto en el cual parecen residir no son más que puros nombres” (Torretti, 1971, p. 95). Por ende, hemos perdido esos olores —aromas o hedores—, que nos anuncian la presencia del cuerpo vivido ajeno. El niño reconoce a sus padres por su *modus odorandi*, sin conocer aún su *curriculum vitae*. En cambio, el cuerpo vivido del otro se escorza indefinidamente ante nosotros y perdemos esos matices. Veamos el caso extremo de Sherashevsky, un nemotécnico cuya vida es descrita en una monografía de A.R. Luria: “*They’re so changeable. A person’s expression depends on his mood and on the circumstances under which you happen to meet him. People’s faces are constantly changing; it’s the different shades of expressions that confuse me and make it so hard to remember faces*” (Luria, 1987, p.64). Hemos perdido ese vínculo original del lenguaje con el tono de voz, con su entonación ansiosa, tranquila, entrecortada, cortante, dura, suave, etc. Desatendemos esa prosodia casi gutural que nace directamente de nuestra garganta, de nuestra corporalidad y que es anterior a la prosodia normativa. Madame Stäel decía: “*En aprenant la prosodie d’une langue, on entre plus intimement dans l’esprit de la nation qui parle*” (Robert, 1987, p.1552). Los bebés

captan los cuentos según las entonaciones de quien se los lee. Existe un mapa más profundo y radical que cualquiera cartografía, donde cohabitan lo que Merleau-Ponty llama las significaciones gestuales o existenciales, en oposición a las significaciones conceptuales o verbales (Merleau-Ponty, 1945, pp. 209 y 225).

Cuando se concibe el cuerpo humano como máquina de piezas reemplazables, se lo despoja de su esencial expresividad. Véase *L'Homme-Machine* (1748) del médico materialista francés Julien Offroy de la Métrie, quien aplicó al ser humano la concepción cartesiana de los animales como máquinas. Se trata del control absoluto, del máximo determinismo, en contraste con la corporalidad, la que es esencialmente libertad, aprehendiéndose esta originariamente en la libertad de movimiento. La expresividad de la corporalidad no es sólo una revelación de tal o cual estado mental, sino que es, ante todo, expresión de la indisoluble relación entre cuerpo vivido y psiquis. En suma, es el cuerpo vivido, revivido y convivido quien se expresa no sólo sincrónica, sino también diacrónicamente. Sin la necesidad artificiosa de los medios de comunicación, es mi historia la que se muestra desde mi corporalidad y que no obstante ocultamos con maquillajes, fingimientos y cirugías. Es mi historia, la que se revela en mis fruncimientos y mis arrugas. Entonces, intento eliminarlas con bótox, pero, como lo prueban investigaciones al respecto, la expresividad busca implacablemente otros cauces, pues el rostro se impone a la cara, la facha al cuerpo extenso. El rostro muta en semblantes. Estos son indicios de los estados mentales. Distinguimos, por un lado, entre una cara de pocos amigos, una cara de perro, y, por otro, un carialegre, una cara de pascua, de aleluya. También distinguimos lo que significan “cariacontecido” y

“caridoliente” respecto de un rostro. En Chile, “caracho” significa “un rostro que denota molestia o desagrado” (Academia Chilena de la Lengua, 2010, p.172).

Por otra parte, el otro cuerpo vivido se me revela no como un mueble más del mobiliario del mundo, sino como *antropofanía*. Desde el cuerpo vivido, se está al ataque o a la defensiva, contra el mundo o favor del mundo. Es la corporalidad como figura dinámica de poder o de contrapoder. Por eso, la corporalidad del otro es complicidad o amenaza, sólo que esta es una ecuación inestable. Hay una fisiognómica conativa que ya fue estudiada por Darwin en la obra antes mencionada, a propósito de cómo los animales se disponen para el ataque o la defensa. Cruzamos los brazos, mostramos los dientes, adelantamos el mentón o golpeamos la mesa. Por eso, es paradójico sostener un discurso de ideas de paz y de concordia, engarzado en una corporalidad conativa y agresiva.

Entonces, la noción de fenómeno de la fenomenología se diversifica. En primer lugar, el fenómeno es lo cognoscible o lo conocido, lo que meramente se presenta a la conciencia, lo que es representable. En segundo lugar, se da el fenómeno como lo que me turba e incluso me aterra en su develación. Es el fenómeno como manifestación de lo sagrado, lo numinoso o lo monstruoso. Se trata de aprehender lo que la otra corporalidad me expresa en su transparencia. En tercer lugar, el fenómeno es lo que nos enfrenta, lo viable o lo inviable, el obstáculo o la vía franca, lo que nos hace encontrarnos o luchar unos con otros: es el cuerpo vivido del otro como amigo o como enemigo. En consecuencia, reducir el fenómeno a objeto, a indicio, a objetivo o a configuración estética, es amputar su polifonía originaria.

III. La patología de la tetraintencionalidad de la corporalidad^[1]

Cada intencionalidad de la corporalidad deviene patológica en la medida que se aproxima a puntos límites imaginarios. Es la función cerebral que falla o es la función mental que se deteriora, entonces la intencionalidad correspondiente se bloquea. La aproximación a los extremos aumenta la desestructuración de la intencionalidad, aunque estas simplificaciones patológicas tienen, sin embargo, un valor de modelos para estudiar la complejidad de la corporalidad.

En el caso de la intencionalidad cognitiva, uno de los extremos es la agnosia (o la hipognosia) y el otro es la hipergnosia. Se relacionan con la agnosia: la agnosia verbal, la amusia, la prosopagnosia, la agnosia cromática, la anosmia (o la hiposmia). Al revés, el caso literario de Funes, el Memorioso de Borges, se aproxima a la hipergnosia mediante la hipermnésia. El es incapaz de concebir como el mismo perro a un perro percibido en dos momentos distintos. Funes es un nominalista extremo.

En el caso de la intencionalidad conativa, los extremos son la apraxia y la hiperpraxia. La abulia de origen depresivo conduce a la apraxia. Por otra parte, el activismo, la hiperkinesia, se consuman en la hiperpraxia en el sentido de actividad maníaca: véase la impulsividad del psicópata.

En el caso de la intencionalidad sintomática, uno de los extremos es la alexitimia, concepto desarrollado por Peter E. Sifneos. La

[1] *Agradezco al Dr. Luis José Flores S. sus comentarios y sus sugerencias respecto de este párrafo.*

intencionalidad expresiva oscila entonces entre la inexpresividad cadavérica (véase el hieratismo de los esquizofrénicos) y la expresividad histérica. En dirección hacia la inexpresividad, encontramos los trastornos del espectro autista, incluyendo el síndrome de Asperger. En la dirección opuesta, la hiperlexitimia implica el desbordamiento emocional, en cuanto los sentimientos se agolpan en la mente: véase el transtorno límite de personalidad. En el paranoico, debido a la susceptibilidad excesiva, todo gesto del otro cuerpo vivido es amenazante. En la alexitimia, lo que se bloquea es la empatía (*Einfühlung*), concepto elaborado por Husserl y que es fundamental para posibilitar la intersubjetividad.

En el caso de la intencionalidad estética, aparecen las dismorfofobias. Uno de los extremos se refiere a la ausencia de la intencionalidad de belleza —entendida culturalmente— respecto del cuerpo vivido, que se puede consumir mediante la búsqueda autodestructiva de la fealdad o de la monstruosidad en la bulimia. En la dirección opuesta, se trata del delirio de belleza que conduce a la anorexia (Roa, 2007, pp. 95-120). En esta, hay un apetito muy reducido o total aversión al alimento. La negación del alimento deviene un camino delirante hacia la belleza del cuerpo vivido.

La cura de la corporalidad sólo puede existir en la interacción armónica de las cuatro intencionalidades antes mencionadas. Husserl elabora el concepto de *orthoaisthesis* (Hua, Bd. IV, pp. 66 y 74) para caracterizar una sensación o una percepción en forma. Se podría generalizar este concepto en el sentido de una ortocorporalidad, lo que no tiene nada que ver con la normalidad estadística.

IV. Taxonomía de los escenarios de la intercorporalidad

Dado que el cuerpo vivido es además *pervivido* y *convivido*, las cuatro intencionalidades son transversales a los diferentes escenarios de intercorporalidad que relacionan a esta con el mundo (lo que podemos llamar pragmática de la corporalidad). Estos escenarios mutan siguiendo patrones de polaridad. Algunos de ellos son:

1. **movimiento / reposo:** Desde el movimiento desenfrenado o eufórico hasta el reposo del cadáver, hay múltiples movimientos de las corporalidades, estudiables por la *Kinesics* del antropólogo Ray Birdwhistell.
2. **rapidez / lentitud:** Se trata de estudiar el tempo de los movimientos, lo que importa sobre todo al baile y al ballet.
3. **proximidad / distanciamiento:** Se trata de estudiar las relaciones de distanciamiento y de acercamiento entre las corporalidades. De este tópico, se hace cargo el antropólogo Edward T. Hall, creando una nueva disciplina llamada *Proxemics*, la que estudia el uso del espacio en el contexto de la cultura.
4. **luz / oscuridad:** Esta es una polaridad, cuyo sentido depende de la cultura. En la cultura occidental, las corporalidades se dirigen a la luz desde la oscuridad. Es el mito platónico de la caverna, son los versos de Goethe: soy del linaje de aquellos / que de lo oscuro a lo claro aspiran. En cambio, en la cultura oriental, especialmente en la arquitectura y en el teatro japonés (*Kage-e*), se valora más la sombra.

5. **sonoridad / silencio:** A veces, las corporalidades se silencian. Es el caso del eremita, de los monjes y de las monjas de claustro. Mas ellas pueden aumentar también su sonoridad, ya vocal, ya corporal, alcanzando el frenesí de una banda de rock.
6. **limpieza / suciedad:** La limpieza se convierte en una obsesión de la vida moderna en la lucha contra la suciedad. Véase el síndrome de Diógenes. Al respecto, el historiador y sociólogo Georges Vigarello ha estudiado, en *Le propre et le sale: L'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge* (Vigarello, 1985), cómo ambos aspectos de la corporalidad alternan cultural e históricamente.
7. **orden / desorden:** La corporalidad puede ser vivida de un modo rígido o disciplinado. Ella puede presentar también un carácter caótico, apareciéndonos como despaturrada, desguañangada. A su vez, el entorno de la corporalidad puede ser vivido según un orden rígido y escrupuloso o según un perpetuo desorden. Por ejemplo, para un anciano es muy importante mantener un orden permanente de su entorno, si no, se desorienta.
8. **espacio cerrado / espacio abierto:** Esta dualidad es importante para la arquitectura, el urbanismo y el diseño. Ciertamente, lo que cuenta aquí es el espacio vivido y convivido donde cada habitante vive sus lugares propios. Los puntos extremos son la claustrofobia y la agorafobia.

Conclusiones

1. El cuerpo vivido se destaca como fenómeno original respecto del cuerpo entendido como cosa o *res extensa*.
2. El cuerpo vivido se caracteriza por su idiocorporalidad, por constituir el horizonte de los actos de incorporación en el mundo, por su tiempo y espacio vividos y finalmente por cuatro intencionalidades originarias: la cognitiva, la conativa, la expresiva y la estética.
3. Frente al cuerpo vivido por mí, surge la corporalidad del otro y el mundo como trasfondo. Dicho cuerpo vivido se proyecta intencionalmente sobre ellos y hace que el cuerpo vivido ajeno —y, por ende, la intercorporalidad— y el mundo convivido sean aprehendidos como cognoscibles, como transformables, como expresivos o como estéticos.
4. Las cuatro intencionalidades de la corporalidad se patologizan en la medida en que se aproximan a puntos límites.
5. La intercorporalidad, esto es, la intersubjetividad encarnada, hasta donde se relaciona con mundo convivido, se contextualiza en diferentes escenarios, los que son descritos en términos de polaridades.

Referencias

- Academia Chilena de la Lengua. (2010) *Diccionario de uso del español en Chile*. Santiago de Chile: MNE Editorial Limitada.
- Darwin, Ch. (1872, 1899). *The Expression of Emotions in Animals and Man*. New York: D. Appleton and Company. Traducción castellana de 1984: *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza Editorial.
- Husserl, E. (1952) Obras de Edmund Husserl según *Gesammelte Werke*, Husserliana. Dordrecht: Kluwer, ahora Springer, 1950. Tomo IV: *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie, Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, herausgegeben von Marly Biemel, Haag : Nijhoff.
- Luria, A.R. (1987) *Mind of a Mnemonist*. Cambridge: Harvard University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945) *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Roa, A. (2007) “Anorexia nerviosa o delirio de belleza”, en *Formas del saber y del amar*. Santiago de Chile: C&C Ediciones y Sonepsyn.
- Robert, P. (1987) *Petit Robert, Dictionnaire de la langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Torretti, R. (1971) *Filosofía de la naturaleza. Textos antiguos y modernos escogidos y traducidos*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Vigarello, G. (1985) *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris: Seuil.

EMBODIED INTERSUBJECTIVITY^[1]

Luis Flores Hernández

PhD

Senior Adjunct Professor

Faculty of Philosophy

Pontificia Universidad Católica de Chile

lfloresh@uc.cl

Abstract

I study lived body as idiocorporality, as a horizon of acts of incorporation, as lived time and space, and as a network of four originating corporalities: the cognitive, the conative, the expressive and the aesthetic, which can pathologize as they approximate to limit or extreme points. Faced with my lived body, the corporality of the other appears and thus intercorporality arises. Finally, this, in its relation with the lived together world contextualizes in different scenarios, which are described by means of polarities.

My exposition proceeds according to a spiral movement, which approaches progressively the same phenomenon from different perspectives: Introduction; I. Lived body and its tetraintentionality; II. The corporality of the other; III. The pathology

[1] I owe my gratitude to Prof. Joseph Zak, who has reviewed this English version, for his suggestions.

of the tetraintentionality of corporality; IV. The taxonomy of the scenarios of intercorporality; Conclusions.

Introduction

My thematic starting point is corporality, insofar as it refers to the body lived by me and, therefore, to the subjective body. Since this is an abstraction because it refers intrinsically to the subjectivity of others, then the originating situation is *intersubjectivity*. However, this is situated not in an extense or objective intercorporeity, but in an *intercorporality*. Accordingly, said intersubjectivity is embodied, because the lived body is not boiled down to being a mere soma, but it is flesh, *sárx*, *chair*.

Psychiatry and neurology as medical practices involve a confrontation of two corporalities. It is not a mere question of a dialogue of ideas, nor of the relation existing between a computer emitting information and a computer receiving the same. The psychiatric or neurological act entails a scenario where two corporalities are confronted.

My historical starting point is Edmund Husserl's phenomenological anthropology, continued by Maurice Merleau-Ponty, in which the human being is composed of four layers: the extense body (*Körper*), the lived body (*Leib*), the soul (*Seele*) and the spirit (*Geist*). In contrast, Descartes' anthropology entails a soul (*res cogitans*)—the domain of the I think, I will, I feel, etc. — and an extense body (*res extensa*), geometrically calculable. Both domains are incommensurable and the link is the pineal gland. The lived

body is the frontier from which the extense body becomes the felt body because I have sensations and perceptions, from where the dispirited body turns into the spirited body. It is that body over which I exercise an immediate command, essentially a body of *mine*. It is the boundary where the world becomes *my* world, just as I feel and perceive. Only from an anthropology of lived, relived and lived together body, is it possible to understand the richness of embodied intersubjectivity.

The lived body passes unnoticed in everyday life. It is perceived when we get tired or we fall ill, when it becomes a bother. Notwithstanding, it persists wounded, cicatrized, aged, mutilated, and even tortured, although not always. I live my body with pleasure or pain; I relive it once again because I recognize myself as having the same lived body. It is so that it lives through time. It is not the body unfolding in measurable space, which can be examined anatomically and physiologically by auscultation. Nevertheless, this dense body, sometimes noisy, sometimes noiseless, is inseparable from my lived body. It never remains forgotten on a sofa, as if it were an umbrella, nor does it remain between the bed sheets when I get up in the morning.

My lived body bursts in with its sensations and perceptions. I feel that I move my body, but, at the same time, the surrounding table and chairs cannot do anything to avoid me. My lived body is, like Husserl says in *Ideen II*, the transfer point (*Umschlagspunkt*) (Hua, Bd. IV, p. 160) between the extense body and the soul. That is to say, where my house becomes my home, where the study becomes my nook, where the bed becomes my haunt, where the mere biochemical structure of foodstuff turns into a part of my culinary

routine and it can become my meal, that is to say, an occasion when people meet to eat and to talk. This meal owns symbolism inside the lived world and it turns me into a gastronome or a gourmand. To sum up, by the acts of incorporation of my lived body in the world, this becomes the lived world and, consequently, I inhabit it. In this manner, my world ambit turns into a neighborhood, a favorite spot, home, native land, native soil, a place of nostalgia. Because I experience myself as animated, then I inundate my soul or my mind with thoughts, volitions, feelings, that resound in my lived body and are expressed. Or said personal experiences are the answer to what my lived body already anticipates as surprise, annoyance, dispiritedness, nausea or malaise

I. The lived body and its tetra-intentionality

From my consciousness, I can intend the lived world —and, therefore, my lived body— in four ways: cognitive, conative, expressive and aesthetically. The exercise of these intentionalities involves an *incorporation* to the world, which supposes a prevailing intentionality. This incorporation defines a style —a unique manner (idiorcorporeality) — of situating oneself in the lived world. I am here and not there, I am now where I was not before, I am one way and not the other. Notwithstanding, such a style is hidden when such incorporations become foreseeable cultural patterns, social clichés, stereotypes in fashion, canons or ideals of beauty like the Golden rule, the body of the samurai, the romantic and tubercular body of the beautiful Margarita Gautier of *La dame aux camélias* or the surprising body of the surrealist *happening*. Briefly, when

our corporal rites become transformed into routines, then they turn into rigid cultural patterns: for instance, manners of greeting. Notice the stereotypes concerning the walking of fashion models. Keep in mind the stereotyped gestures of the announcers of weather conditions. It is the idiocorporality that vanishes in the name of the standardization of human bodies.

Then, I live my body, and isomorphically my world, from different incorporations:

Firstly, I incorporate to the lived world, straining my eyes, listening attentively, tasting as a chef, touching or smelling books as a restorer. Thus, my lived world becomes a weave of visual, auditory, tactile, etc., sensations, with perception, memory and imagination intervening over them.

Secondly, I can incorporate to the lived world, transforming it. That is to say, my lived body is conatus of transformations: objects become objectives; things turn into targets of my actions. For a forward on a football team, a goal is a target of his shots.

Thirdly, I can incorporate to the lived world through expression. Then, my face becomes visage; my anatomy turns into look. The world becomes theophany, the expression of God or of gods. Or it is an indication of the future in the augur. But, also my lived body becomes trace, truck, and symptom of my history. Thus, the anamnesis of the patient is written not as much in mathematical characters —like Galileo said, nature is written in mathematical characters— or in measurements —as Lord Kelvin said, science is measure— but in gestures, physiognomic and mimic characters. Psychiatrists and neurologists become semiologists

for interpreting visible, tangible, and audible, taste and olfactory signs. Some of these signs are more subjective, like pain, while others are more objective (indications). If these can be quantified (quantitative semiology), then they become indicators (blood pressure, blood count, etc.). In turn, signs of illness (symptoms) can be assembled in constellations of symptoms (syndromes). The qualitative semiology is more archaic and profound than the mathematical codification ruling the thing body, by means of measurements like weight or biochemical profiles.

Finally and fourthly, I incorporate to the lived world from aesthetic intentionality: rhythm and eurhythmy appear, as well as harmony and counterpoint, which all induce me to generate art: for instance, rhythmical gymnastics. It is the unfolding of the lived body, not for winning in a race, but in regards to how it possesses spatial beauty or as to how its tempo is beautiful. Thus, corporal movement loses contact with all utility, all cognitive focalization, being secondary expressiveness, because the very lived body turns into poem (*poiein*).

My lived body is readied, is recovered, is managed, but above all, is imposed, is distinguished as a *sui generis* phenomenon. Especially, when we say that somebody makes his or her presence felt. What does it mean that the human body incorporates in the world? It means that the things there pass from the foreground to a middle or back ground. Furniture boils down to its simple being, to its character of as a utensil. The human body possesses excellence (*praestantia*), that is to say, preeminence. This excellence settles down in the *homo erectus* condition. This excellence exists even buried in a crestfallen person. The apparition of the other provokes

me because he does not behave as a mere thing. The presences of our lived bodies in a similar scenario involve the dispute of a corporal territory, which I want to close or to share, that I want to make mine or to put to service of others. The other lived body is getting ready for the encounter with mine or it threatens me. The threat to my lived body is at the extreme the threat of my corporal death. It is the birth of power (studied by Foucault), which arises originally as power over the lived bodies of others: I exclude or I subordinate them. It is the harassment, that is, the persecution without respite of the lived body of the other. The lived body dominates as a physical force and, being an animated body, as a mental force. The invasion or the destruction of the alien lived body reveals this corporal and native power: it is the prevailing of conative intentionality. The discipline of the lived body is ambiguous because it can be a motive of education concerning self-cleanness, but also it can mean that the slave must not raise one's eyes before the owner or the vassal before the king. In this context, according to expressivity, the voice becomes stentorian, the visage shows severity, cruelty or even ferocity. "Ferocious" comes from "*fera*" (wild animal). Charles Darwin was already interested in studying the expression of the emotions in animals and in the human being (Darwin, 1872). And from the cognitive intentionality, subordinated in this case to the conative intentionality, my lived body watches and is on lurk for the other lived body in order to subdue it.

II. The corporality of the other

The intentionality of the corporality possesses obverse and reverse. As Husserl says, there are many rays and counter rays (*Gegenstrahlen*) (Husserl, *Ideen II*, 98). The alien corporality is not merely an object being there for my intentionality, but before being an *ob-iectum*, it provokes me, it appeals to me, it convokes me, still before classifying it from the cognitive point of view. Before it crystallizes as the object of my consciousness, it asks for me and, therefore, I become enraptured, it overflows me, it disturbs me, it causes repugnance to me, it touches me, it nauseates me. The alien corporality appears to me, nevertheless, in my desire, in my indifference or in my rejection. There is something in its appeal that destabilizes me. I classify the corporality of the other for appeasing my disquietude or my fear before it. It is then woman or man, fat or lean, old aged or young; European, Afro or Latino; foreign or native; neurotic, insane or paranoiac. Typologizing can be to manage on the defensive my representations and to fit into a frame the originating phenomenon of the other, into a frame of rough or rigid representations (for example, prejudices). But, the revelation of corporality of the other is always rebelliousness. The phenomenon of the alien corporality is essentially surprising because it is unpredictable and unique. What the rigid representations of the other lived body arrange is the comfortable foreseeability of the phenomenon: *x is y, then x is z*. On the other hand, the phenomenon of the other corporality involves perplexity and revision of the scaffold of my representations. Corporality, mine or of theirs, unfolds in behaviors, ways of behaving, manners (good or bad). Social life forms these behaviors and, hence, urbanity

and, afterwards, politeness are born. All this allows foreseeing, to a certain extent, the becoming of the corporality of the other.

We look at the alien lived body, but we do not see it, we touch lightly in passing the alien hands, but we do not shake hands with it, we hear its noises and the sounds of its verbalizations, but we do not listen to it. The alien lived body becomes odorless and standardized because the natural smells are banished with deodorants—individual or environmental—, with dentifrices, with perfumes. More profoundly, the modern era of the *nuova scienza* is inaugurated with the expulsion, made by Galileo, of the republic of physics, when he says in *Il Saggiatore*: “For what I think that these tastes, smells, colours, etc., from the side of the object in which they seem to reside are not more than pure names” (Torretti, 1971, 95, according to my translation from Spanish). Consequently, we have lost these smells—aromas or stench—, which announce the presence of the alien lived body. The baby recognizes its parents by its *modus odorandi*, without knowing yet their *curriculum vitae*. This is an abstraction that allows us to simplify the corporality of the other and have the illusion of controlling it. In return, the alien lived body foreshortens itself indefinitely before us and we lose these shades.

Let us see the extreme case of Sherashevsky, a mnemonist whose life is described in a monograph of A. R. Luria: “*They’re so changeable. A person’s expression depends on his mood and on the circumstances under which you happen to meet him. People’s faces are constantly changing; it’s the different shades of expressions that confuse me and make it so hard to remember faces*” (Luria, 1987, p.64). We have lost this original link of language with the tone of voice, with its

anxious, calm, broken, sharp, rough, smooth intonation, etc. We disregard this almost guttural prosody, that is born directly of our throat, of our corporality and that is previous to the normative prosody. Madame Stäel said: “*En aprenant la prosodie d’une langue, on entre plus intimement dans l’esprit de la nation qui parle*”. (Robert, 1987, p.1552). Babies grasp tales according to the intonations of the reader. There is a more profound and radical map than any cartography, in which cohabit what Merleau-Ponty calls gesture or existential meanings, in opposition to conceptual or verbal meanings (Merleau-Ponty, 1945, pp. 209 y 225).

When the human body is conceived as replaceable machine parts, it is deprived of its essential expressivity. See *L’Homme-Machine* (1748) of the physician Julian Offroy de la Métrie, a French materialist, who applied to the human being the Cartesian conception of animals as machines. It is the matter of absolute control, of maximum determinism, in contrast with corporality, which is essentially freedom, being apprehended originally in free movement. The expressivity of corporality is not only a revelation of such and such state of mind, but it is, above all, the expression of the indissoluble relation between the lived body and psyche. Briefly, it is the lived, relived and lived together body, which expresses itself not only synchronically, but also diachronically. Without the artificial necessity of media, it is my history that shows itself from my corporality and which; nevertheless, we hide with our make-ups, pretenses and plastic surgeries. It is my history, which is revealed in my frowns and my wrinkles. Then, I try to eliminate these one with Botox, but as research about the matter proves, expressivity searches implacably for other trenches, because visage dominates face, the look over the extense body.

Visage changes countenance. This is an indication of a state of mind. We distinguish, on one hand, between an unfriendly face, a surly face and, on the other hand, a bright-faced, cheerful, smiling face. We know also what “crestfallen” and “mournful” mean concerning a visage. In Chile, “*caracho*” is “a visage that denotes annoyance or discontent” (Academia Chilena de la Lengua, 2010, p.172, according to my translation from Spanish).

On the other hand, the alien lived body reveals itself to me not as a piece of furniture of the furnishing of the world, but as *anthropophany*. From the lived body, one is on the attack or on the defensive, against or in favor of the world. It is corporality as a dynamic figure of power or of counter power. For that reason, the corporality of the other is always complicity or threat, only that this is an unstable equation. There is a conative physiognomy, which was already studied by Darwin in the aforementioned work, in relation to how animals prepare themselves for attack or defense. We cross our arms, we bare our teeth, we bring forward the chin or we strike the table. Therefore, it is paradoxical to hold a speech of peace and concordant ideas, mounted in a conative and aggressive corporality.

Thus, the notion of phenomenon is diversified. Firstly, phenomenon is knowable or known, which merely presents itself consciously, which is representable. Secondly, phenomenon is given as what disturbs me and even it terrifies me in its disclosure. It is the phenomenon as manifestation of the sacred, the numinous, or the monstrous. It is matter of apprehending what the other corporality expresses to me in its transparency. Thirdly, phenomenon is what confronts us, what is viable or non-viable, the obstacle or the *via franca*, what makes meeting one another or struggling

against one another: it is the alien lived body as friend or enemy. Consequently, to reduce phenomenon to an object, an indication, an objective, or an aesthetical configuration, is to amputate its originating polyphony.

III. The pathology of the tetra-intentionality of corporality ^[2]

Every intentionality of corporality becomes pathological, insofar as it approaches imaginary limit points. It is the cerebral function that fails or it is the mind function that deteriorates, and then the corresponding intentionality becomes blocked. The approximation to the extremes increases the destructuring of intentionality, although these pathological simplifications have, nevertheless, the value of models for studying the complexity of corporality.

In the case of the cognitive intentionality, one of the extremes is agnosia (or hypognosia) and the other is the hypergnosia. Verbal agnosia, amusia, prosopagnosia, chromatic agnosia, anosmia (or hiposmia). In contrast, the literary case of Funes, the Memorist of Borges, approximates by means of hypermnesia to the hypergnosia. He is incapable of conceiving as the same dog to a dog perceived in two moments. Funes is an extreme nominalist.

In the case of conative intentionality, the extremes are apraxia and hyperpraxia. The abulia of depressive origin leads to apraxia. On the other hand, activism and hyperkinesia consummate in

[2] I thank Dr. Luis José Flores S. for his comments and suggestions with respect to this paragraph.

hyperpraxia in the sense of maniac activity: see the impulsiveness of the psychopath.

In the case of symptomatic intentionality, one of the extremes is alexithymia, a concept elaborated by Peter E. Sifneos. The expressive intentionality oscillates between cadaverous inexpressiveness (see the hieratism of the schizophrenics) and hysteric expressiveness. In the direction of inexpressiveness, we find autism spectrum disorder, including Asperger syndrome. In the opposite direction, hyperlexithymia involves emotional overflowing, insofar as feelings are crowded together in mind: see borderline personality disorder. For the paranoiac, due to excessive susceptibility, all gestures of the other lived body are menacing. In alexithymia, empathy (*Einfühlung*) is blocked. This concept is elaborated by Husserl and is fundamental to making intersubjectivity possible.

In the case of aesthetic intentionality, body dysmorphic disorders appear. One of the extremes refers to the absence of the intentionality of beauty (culturally understood) concerning the lived body, which can consummate through the self-destructive search for ugliness or monstrosity in bulimia. In the opposite direction, it is the matter of beauty delirium, which leads to anorexia (Roa, 2007, pp. 95-120). In this, there is a very reduced appetite or total aversion to food. The denial of food becomes a delirious road towards the beauty of the lived body.

The cure for corporality only can exist in the harmonic interaction of the said four intentionalities. Husserl develops the concept of *orthoasthesis* (Hua, Bd. IV, 66 and 74) for characterizing a sensation or a perception in form. This concept could be generalized in the

sense of an orthocorporality, which has nothing to do with a statistical normality.

IV. Taxonomy of the scenarios of intercorporality

Provided that the lived body is moreover *lived through* and *lived together*, said four intentionalities are transversal to the different scenarios of intercorporality that relate to this with the world (what we can call pragmatics of corporality). These scenarios mutate following patterns of polarity. Some of them are:

1. **movement / rest:** From the unrestrained or euphoric movement up to the rest of the corpse, there are multiple motions of corporalities, that can be studied by Kinesics, a discipline created by the anthropologist Ray Birdwhistell.
2. **rapidity / slowness:** This is the question of studying the tempo of movements, which matters above all to dance and ballet.
3. **proximity / distancing:** This is the matter of studying the relations of distance between corporalities. Of this topic, the anthropologist Edward T. Hall takes charge, creating a new discipline called *Proxemics*, which studies the use of space in the context of culture.
4. **light / darkness:** This is a polarity, whose sense depends on culture. In Western culture, corporalities go to light from darkness. It is the platonic myth of the cave, it is also Goethe's verses: I am from the lineage of those ones / that from the

dark to the clear aspire. On the other hand, in Eastern culture, especially in the Japanese architecture and theater (*Kage-e*), shadow is more valued.

5. **sonority / silence:** Sometimes corporalities are silenced. This is the case of hermits, monks, of the nuns of a cloister. But also they can increase their sonority, whether vocal or corporal, reaching the frenzy of a rock band.
6. **cleanness / dirtiness:** Cleanness becomes an obsession of modern life in the struggle against dirtiness. See, for example, Diogenes' syndrome. About this matter, the historian and sociologist Georges Vigarello has studied, in *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge* (Vigarello, 1985), about how both aspects of corporality alternate culturally and historically.
7. **order / disorder:** Corporality can be lived in a rigid or disciplined manner. It can also show a chaotic character appearing to us as sprawled or sloppy. In turn, the surroundings of corporality can be lived according to a rigid and scrupulous order or a perpetual disorder. For instance, for an old man or an old woman, it is very important to keep order in his/her surroundings, if not, he or she becomes confused.
8. **closed space / open space:** This duality is important for architecture, urbanism and design. Certainly, what count here is the lived and the lived together space, where every inhabitant lives its own places. The extreme points are claustrophobia and agoraphobia.

Conclusions

1. The lived body is distinguished as an original phenomenon with respect to the human body understood as thing or *res extensa*.
2. The lived body is characterized by *idiorcorporeality*, by constituting the horizon of the acts of incorporation in the world, by its lived time and space, and finally by four originating intentionalities: the cognitive, the conative, the expressive and the aesthetic.
3. Facing the body lived by me, corporeality of the other arises and the world as a background. Said lived body projects itself intentionally over them and makes that alien lived body —and, consequently, the *intercorporeality*— and the lived together world to be apprehended as cognoscible, as transformable, as expressive or as aesthetic.
4. The four intentionalities of corporeality pathologize as they approximate limit or extreme points.
5. *Intercorporeality*, that is to say, embodied intersubjectivity, insofar as it relates to the lived together world, contextualizes in different scenarios, which are described in terms of polarities.

References

- Academia Chilena de la Lengua (2010). *Diccionario de uso del español en Chile*. Santiago de Chile: MNE Editorial Limitada.
- Darwin, Ch. (1872, 1899). *The Expression of Emotions in Animals and Man*. New York: D. Appleton and Company. Spanish translation of 1984: *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza Editorial.
- Husserl, E. (1952). Obras de Edmund Husserl según *Gesammelte Werke*, Husserliana. Dordrecht: Kluwer, ahora Springer, 1950. Tomo IV: *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie, Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, herausgegeben von Marly Biemel, Haag: Nijhoff.
- Luria, A.R. (1987). *Mind of a Mnemonist*. Cambridge: Harvard University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- Roa, A. (2007). “Anorexia nerviosa o delirio de belleza”, en *Formas del saber y del amar*. Santiago de Chile: C&C Ediciones y Sonepsyn.
- Robert, P. (1987). *Petit Robert, Dictionnaire de la langue française*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Torretti, R. (1971). *Filosofía de la naturaleza. Textos antiguos y modernos escogidos y traducidos*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Vigarello, G. (1985). *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris: Seuil.

FENOMENOLOGÍA DE LA CORPORALIDAD EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Otto Doerr-Zegers

*Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Chile
y de la Universidad Diego Portales
Director del Centro de Estudios de Fenomenología
y Psiquiatría de la Universidad Diego Portales*

Héctor Pelegrina-Cetran

*Profesor Emérito de Psicopatología de la
Universidad Autónoma de Madrid*

Resumen

Después de una revisión de la historia de esta enfermedad, así como las interesantes conexiones existentes entre algunos rasgos esenciales de la modernidad y post modernidad, el autor intenta describir la relación de la paciente anoréctica con su cuerpo. Luego él compara – en un intento diferencial – su forma de vivir su cuerpo con las formas como lo hacen los pacientes dismorfofóbicos, depresivos y esquizofrénicos. El resultado de esta investigación puede ser resumido en los siguientes puntos: 1. Hay una escisión entre el cuerpo subjetivo (der Leib) y el cuerpo objetivo (der Körper). 2. La anoréctica trata a su cuerpo como a un objeto, como un fetiche que puede ser modelado a voluntad y al mismo tiempo dándole alguna apariencia. Esto va más allá de la pérdida

de peso, ya que lo que ella trata de hacer es controlar la estructura de su cuerpo y someterlo a su voluntad de diseño y producción industrial. 3. La paciente anoréctica busca ejercer un poder absoluto sobre su cuerpo y sus necesidades. Así, ella no respeta el hambre, o el descanso, o el llamado del sexo. La fascinación por el dominio y control de todo (cuerpo, mundo) llega al extremo de que ella siente real placer realizando conductas transgresoras, como robos. 4. Además de abusar de su cuerpo, la paciente anoréctica siente repugnancia por él, por su carne, por su volumen. Su aspiración va mucho más allá de tener el cuerpo de una modelo. Lo que ella quiere es estar permanentemente perdiendo peso, no tener volumen, no ocupar espacio. 5. Ella vive su cuerpo como algo obsceno, como una muestra degradante de su intimidad en el espacio público. Cada protuberancia, cada redondez es vivida como una exposición sobre el escenario (ob-scena) de su propia intimidad personal. 6. Todas estas características llevan a la paciente anoréctica a un profundo sentimiento de abandono y desesperanza, que nadie ha descrito mejor que Ludwig Binswanger en su famoso caso, Ellen West. Su cuerpo y por ende, su mundo, han dejado de ser una morada.

Introducción

En pocas patologías psiquiátricas es la perturbación de la corporalidad tan extrema y dramática como en la anorexia nerviosa. Hay dos fenómenos relativos al tema que fueron mencionados ya en las primeras descripciones de la enfermedad. Uno es la búsqueda obsesiva de una extrema delgadez y otro, la

paradójica hiperactividad física que acompaña a este proceso de adelgazamiento sistemático. En la década del 60, con el aumento de la incidencia de esta enfermedad, se describió un tercer fenómeno que tiene que ver directamente con la relación de la paciente con su cuerpo, cual es la distorsión de la imagen corporal: ellas se miran en el espejo y se encuentran gordas. Esta distorsión llega al extremo de que ven a los demás, particularmente a las mujeres, como mucho más delgadas de lo que son.

En esta oportunidad no nos preguntaremos por los factores psicodinámicos eventualmente involucrados en la génesis de esta enfermedad, ni tampoco sobre el rol de la familia en ella, temas que han sido objeto de investigaciones anteriores (Doerr-Zegers 1972, 1976, 1985, 1988, 1994, 2016). La pregunta que queremos responder el día de hoy es la de la relación de la paciente anoréxica con su cuerpo y a través de él con el mundo. Cualquier cuestión relativa al cuerpo humano no puede pasar por alto la distinción hecha por los filósofos franceses Maurice Merleau-Ponty (1945) y Gabriel Marcel (1955) entre el cuerpo-sujeto y el cuerpo-objeto. En las lenguas romances hay una sola palabra, *cuerpo*, *corps* en francés, *corpo* en italiano, para estos dos cuerpos. En alemán, en cambio, ambos se han distinguido desde siempre a través de las palabras *Leib* y *Körper*. Es interesante el hecho que *Leib* deriva de *Leben*, que es “vida” o como verbo, “vivir”, mientras *Körper* deriva del latín *corpus*, que en inglés se transforma en *corpse*, que significa cadáver. Pero ya en la etimología de la palabra latina *corpus* aparece también el sentido de lo cadavérico. Las diferencias no pueden ser más evidentes, por cuanto contienen nada menos que la polaridad de la vida y de la muerte. *Leib* se ha traducido también como “cuerpo vivido” o simplemente como “corporalidad”,

manteniendo la designación de cuerpo-objeto para *Körper*. Ahora bien, el cuerpo vivido no significa solo ese cuerpo que yo siento, sino también el que aparece (ante los demás) y se expresa, en el sentido del “*in Erscheinung stehender Leib*” de Zutt (1948). Percibo y actúo a través de mi cuerpo vivido, pero sin reflexionar sobre él. Estoy siempre viviendo a través de él en el mundo. Cuerpo vivido significa entonces un ser-en-el-mundo corporalizado. El cuerpo-objeto o soma es el objeto de la anatomía, de la fisiología y puede ser manipulado, operado, trasplantado, sometido a cirugía plástica, etc. Pero al mismo tiempo puede hacerse indisponible y transformarse en el objeto de la mirada del otro o en el que me traiciona en la enfermedad.

Thomas Fuchs (2002) ha hecho interesantes análisis fenomenológicos de lo que ocurre con esta polaridad cuerpo-sujeto / cuerpo-objeto en dos fenómenos humanos normales: la vergüenza y la culpa y su relación, respectivamente, con la dismorfofobia y la depresión. Así la vergüenza, según este autor, estaría íntimamente relacionada con la mirada del otro y aparecería en situaciones en que uno es sorprendido o desenmascarado. Desde el punto de vista fenomenológico, lo que ocurriría es una alienación y “objetualización” del cuerpo vivido, el cual de alguna manera pierde su inserción en el mundo y se encuentra - en el momento de la vergüenza - transformado en un puro soma, en un mero objeto de la mirada del otro. La timidez sería a su vez una suerte de permanente vergüenza subliminal. A diferencia de la vergüenza, la culpa no estaría ligada a la presencia inmediata del otro. En lugar de estar expuesto y paralizado por la mirada del otro, el culpable se siente abandonado por él, expulsado del mundo común. El culpable es lanzado hacia su propio cuerpo y

separado de los otros. Y así como la vergüenza “quema”, la culpa pesa. La culpa no se alivia alejándose de la situación que la causó, como sí ocurre en la vergüenza. La culpa detiene el movimiento de la vida y nos amarra al pasado. Así como la vergüenza representa la incorporación de la mirada del otro, la culpa representa la incorporación de la voz, de la palabra del otro, nos dice Fuchs.

Ahora bien, la dismorfofobia sería una deformación de la vergüenza, y la melancolía, la deformación de la culpa. Y así, mientras la vergüenza se da en un contexto interpersonal preciso y la persona recupera su autoestima cuando escapa de la situación vergonzante, en la dismorfofobia es una parte del cuerpo la que se objetiva y permanece siendo el centro de la atención de la mirada de cualquier otro y en cualquier circunstancia. En la melancolía, por su parte, ocurriría una “objetualización” y/o rigidización de todo el cuerpo vivido, lo que es experimentado por el paciente como decaimiento, angustia, dolores, síntomas vitales, etc., los que en cierto modo atrapan el cuerpo vivido y lo empujan hacia su mera condición de cuerpo-objeto. Este mismo fenómeno lo describió uno de nosotros (O. D-Z.) en 1980 como proceso de cadaverización o crematización. En este cuerpo cosificado se detiene el tiempo, como describieran von Gebattel (1954) y Erwin Straus (1960) y el sujeto es invadido por el pasado, desde el cual pequeñas faltas surgen transformadas en pecados imperdonables y en un delirio de culpa.

I. Algunas peculiaridades de la psicopatología de la anorexia nerviosa

Antes de entrar al análisis de la corporalidad en la anorexia nerviosa, quisiéramos profundizar un tanto en la psicopatología de esta enfermedad. La definición que da de ella el DSM V es muy simple: restricción de la ingesta calórica que conduce a una significativa baja de peso; miedo a engordar y medidas que interfieran con el aumento de peso, alteración de la imagen corporal y negación de la seriedad de su estado. Sin duda que todo eso es cierto, pero la psicopatología de esta enfermedad es mucho más rica que eso. Como elementos que no aparecen en este tipo de definiciones y que sí son fundamentales para su comprensión mencionaremos los siguientes:

1. *La intelectualización*: el desprecio del cuerpo se acompaña de una valoración excesiva de todo lo intelectual. Son siempre las mejores alumnas, razonan admirablemente, muestran una extraordinaria habilidad para mentir, eludir los controles y alcanzar sus propósitos de seguir adelgazando. Su estilo de comunicación es meramente intelectual y ellas se refieren a su propia afectividad como “desde fuera” (alexitimia). En un estudio sobre anorexia y familia realizado por nosotros (Doerr-Zegers, 1985), encontramos esta característica en el 90% de las pacientes estudiadas, mientras en el 50% imperaba absolutamente una sobrevaloración de todo lo que fuera intelectual.
2. *El afán de control*: lo mismo que hacen ellas con su cuerpo, de tiranizarlo hasta el punto de no permitirle satisfacer

ninguna de sus necesidades básicas, como la alimentación y la sexualidad, lo hacen con su entorno: dominan a los padres, a los hermanos, a las cuidadoras, a los terapeutas. Los rasgos obsesivos que les han atribuido ciertas psicopatologías superficiales, no son sino formas de intentar controlar el mundo y en particular, este cuerpo que quieren moldear a su arbitrio e incluso hacer desaparecer. Estas características se han encontrado en todos los casos individuales estudiados por nosotros. Ahora bien, la anoréxica intenta controlar no solo sus instintos, sus necesidades y el entorno, sino también el espacio físico y el espacio simbólico. Ella busca crear un espacio propio que proteja a su cuerpo del espacio común, al que experimenta como un enemigo. Al mismo tiempo, busca construir un espacio cognitivo, simbólico, en el que ella ejerce su imperio absoluto, hasta el punto de permitirse todo tipo de trasgresiones, como el robo, por ejemplo.

3. *Las paradojas de la anorexia nerviosa*: es llamativa la cantidad de paradojas entre las que se despliega la existencia de la paciente anoréxica. La especialista chilena en este campo, Rosa Behar (1988), refiriéndose a lo mismo, ha hablado de “lo antitético en la anorexia nerviosa”. Describiremos las características más importantes.
 - a. La *primera paradoja* que se observa en las pacientes anoréxicas es la coincidencia entre una extrema flacura, que puede llegar a la caquexia, y la marcada hiperactividad. Esto último llamó la atención ya en las primeras descripciones y contribuyó, en el caso de Lasègue, a considerar este síndrome como una enfermedad independiente, al compararlas con casos

de enflaquecimiento extremo como consecuencia de las penurias de la guerra franco-prusiana y en los que dominaba la pasividad. Pelegrina sostiene que esa hiperactividad no se explicaría solo por el afán de perder peso, sino que sería la expresión de un afán por construirse un espacio personal, como una especie de isla que soporte y proteja sus cuerpos. Ellas pretenden con este tipo de acciones fabricar un espacio allí donde sienten que no hay sino vacío y desolación.

- b. La *segunda paradoja* es la que se da entre su tremenda dependencia afectiva de los otros, en particular de la madre, y el rechazo a todo vínculo afectivo real. Así, por lo general no tienen pareja ni amistades y en la relación psicoterapéutica domina ampliamente el momento racional sobre el afectivo. Se ha hablado con frecuencia de la alexitimia que caracteriza a estas pacientes. En nuestra experiencia esta incapacidad de establecer relaciones afectivas adultas las puede llevar a una completa soledad cuando el único ser con el cual han sido capaces de vincularse afectivamente, que por lo general es la madre, se enferma o falta.
- c. La *tercera paradoja* es la que se da entre su gran madurez intelectual y una gran inmadurez emocional, la que se manifiesta entre otras cosas como deseo de no crecer, de permanecer pre-púberes, de no incorporarse al mundo adulto. Aunque en rigor ellas no se hallan ni en el mundo adulto ni en el adolescente. En el primero no, porque no quieren aceptar los desafíos que este implica: matrimonio, maternidad, vida profesional, etc. Y en el

segundo tampoco, porque sienten a los púberes y a los adolescentes como intelectualmente muy inmaduros. Es como si desearan vivir en un mundo adulto, pero con una dinámica infantil.

- d. La *cuarta paradoja* se muestra en el hecho de que la anoréxica tiene la necesidad de hacer desaparecer su cuerpo (fenómeno que Pelegrina, 2006, ha llamado “excorporación del yo”), de no ser vista por los otros en su volumen y al mismo tiempo, siente el deseo de llamar la atención, incluso de provocar con la mostración de su extrema delgadez. Ella quiere estar ausente y al mismo tiempo hacerse presente de un modo descarnado. De hecho, muy pronto de iniciada la enfermedad pasa ella a constituirse en objeto central de preocupación de toda la familia.
- e. La *quinta paradoja* se puede apreciar en el marco del tratamiento y la rehabilitación. Así, su actitud es del todo ambivalente, porque por un lado, la paciente se interesa en el tratamiento, asiste regularmente a las sesiones, le sonríe al médico, lo llama su “salvador”, expresa su deseo de mejorarse, etc. Pero como - según Rosa Behar (1988) - el problema radica en que para ellas el bienestar está ligado al bajo peso y entonces cualquier éxito del tratamiento que se exprese como un alza ponderal, va a significar para ellas, primero, la desazón y la infelicidad, y luego la confirmación de que su lucha por adelgazar debe continuar a cualquier precio.

II. La relación de la anoréxica con su cuerpo

Como vimos en la introducción, lo primero que se presenta al investigador cuando se aproxima en forma desprejuiciada al problema del cuerpo humano, es esa distinción entre el cuerpo que tengo o cuerpo-objeto (el ojo, p. ej.) y el cuerpo que soy o cuerpo-sujeto (la mirada). Ahora bien, esta diferenciación entre dos cuerpos implica un problema filosófico complejo y tiene muchos matices. También Gabriel Marcel, uno de los inauguradores de la fenomenología de la corporalidad, vio un cierto peligro en reducir la multiplicidad de aspectos que tiene el cuerpo humano a esta sola dualidad, cuando afirmó: “En la medida en que soy cuerpo vivido tengo un cuerpo, pero al mismo tiempo dispongo solo en apariencia de este, precisamente porque soy cuerpo vivido” (1955). Pero esta ambigüedad no es la única con la que tenemos que tratar. Blankenburg (1989) señala otras ambigüedades más, como por ejemplo aquella que consiste en que “el cuerpo-objeto pertenece por una parte al mundo y, como tal, puede ser objeto de investigación científica y por otra, pertenece al Yo y como tal no es objeto, sino presupuesto y fundamento y, a la vez, órgano de ese mismo investigar” (pp. 174-175). Otra ambigüedad es la que se da en el marco del cuerpo vivido mismo, entre un cuerpo conscientemente vivenciado y otro inadvertidamente vivido, ese cuerpo silencioso propio del estado de salud. Por último, existe esa ambigüedad señalada por Jürg Zutt (1963) entre un cuerpo vivido que nos porta y carga y ese otro cuerpo referido al mundo, “que aparece, se mueve, permite el actuar voluntario y se transforma en el devenir”. La única forma de superar estas ambigüedades sería considerando esta separación como una polaridad: en un extremo

está el Yo con su experiencia subjetiva del cuerpo y del mundo y en el otro, el cuerpo objeto de la mirada del otro o de la acción del cirujano sobre la mesa de operaciones. Pero yo soy y tengo un cuerpo al mismo tiempo. Cada uno es presupuesto del otro. Sin el órgano cerebral la vida subjetiva sería imposible y, a la inversa, sin esa apertura al mundo que permite el cuerpo vivido, el otro cuerpo, el extra-cuerpo de Ortega y Gasset, sería una mera cosa.

Ahora bien, ¿qué ocurre con el cuerpo de la paciente anoréxica? Recordemos cómo, según los análisis de Fuchs, tanto en la dismorfofobia como en la depresión melancólica, hay una suerte de “corporalización” del cuerpo vivido, en el sentido de un predominio del cuerpo-objeto sobre el cuerpo-sujeto. En el primer caso, una parte del cuerpo-objeto (la nariz, los ojos, la mandíbula) se emancipa del resto y se transforma en el centro de la atención tanto del paciente mismo como - según lo que éste vivencia - del otro. Este transformarse en un mero objeto de la mirada del otro lleva necesariamente a un alejamiento del mundo y a una pérdida de la inserción en él. En el segundo caso, y como han descrito Doerr-Zegers (1980, 1993) y Fuchs (2002a, 2005) es todo el cuerpo vivido el que se “corporaliza”, el que es absorbido por el cuerpo-objeto hasta el punto de cosificarse y opacar la relación con el mundo, llegando – en el estupor - a transformarse el paciente en un mero objeto inmóvil.

En la anoréxica nerviosa, en cambio, no hay un predominio de un cuerpo sobre el otro, sino una fragmentación de esa polaridad que, como veíamos, en el estado de salud constituye una perfecta unidad. La anoréxica no vive esta unidad, sino dos realidades contrapuestas y enemigas. Su yo-descarnado rechaza su cuerpo

volumétrico y quiere ser solo experiencia subjetiva, solo espíritu y entonces, lo trata como a algo que se puede manipular a voluntad. Es probable que esa escisión tenga que ver también con la distorsión de la imagen corporal, en el sentido que para ella toda masa (aunque sea su cuerpo ya caquéctico) es volumétrica y repugnante. El cuerpo propio deviene en la anoréxica una “cosa” separada del yo mismo. Ellas buscan una existencia meramente ideal, sin carne palpitante de deseos y afectos, una existencia sin intenciones íntimas. Esta fobia anoréxica a la manifestación corporal en el espacio exterior cristaliza en la fobia a ser un cuerpo volumétrico, eso es, ex-pansivo y ex-posicional. Para la anoréxica su cuerpo es su mayor enemigo. Es un cuerpo in-apropiado, un cuerpo otro, que es externo a su dimensión personal. Y en este punto se unen la fragmentación con el afán de control, porque al vivir el propio cuerpo como un cuerpo-objeto alienado y lleno de animadversión contra su dueña, la anoréxica necesita establecer un continuo y total control sobre él. En lugar de conducir animadamente el cuerpo vivo que es, desde dentro hacia el mundo, intenta controlarlo desde fuera.

Pero no se trata en ellas solo de querer ser delgadas o muy delgadas, por la sencilla razón de que nunca están satisfechas con el peso o la figura esquelética alcanzada. Pelegrina (2006) ha expresado acertadamente este fenómeno en una sola frase: “Estas adolescentes no intentan ser muy flacas, sino estar enflaqueciendo continuamente, ya que la presencia inmediata de la amenaza de sus cuerpos voluminosos...(solo) les permite... el intento continuo de disminuir la dimensión espacial de la amenaza...quitándose volumen.” Susana Squarzon sostiene algo similar, cuando afirma: “Cualquier aspiración la proyecta

(la anoréxica) para después de alcanzar un peso ideal, algo que nunca se logra”. Nosotros pensamos que la anoréxica no intenta alcanzar un peso propiamente ideal, sino una mera idea de peso y no el peso de una masa física.

III. Diferencias y semejanzas entre el cuerpo de la anorexia y el de otras patologías

Con respecto a la dismorfofobia:

En la dismorfofobia es una parte del cuerpo la que es extraída de la armonía del todo, mientras que en la anorexia es la totalidad del cuerpo lo alienado, constituyendo así una “morfo-fobia” (Pelegrina, 2006). En la dismorfofobia lo rechazado por la paciente es la “figura expresiva” de esa parte del cuerpo, que manifestaría al propio ser de un modo desagradable al juicio estimativo de los otros. En la anorexia, en cambio, no hay vergüenza de lo que la figura expresa, sino desagrado por ocupar volumen en el espacio físico. Al dismorfofóbico el mundo se le empequeñece, se le reduce, al estar una parte de su cuerpo (la supuestamente alterada o modificada) interfiriendo en la fluidez de la relación conciencia-mundo. La anoréxica, en cambio, está por un lado obsesionada con dominar ese cuerpo-objeto que ha marginado de su subjetividad encarnada, pero al mismo tiempo, volcada al mundo a través de sus múltiples intereses intelectuales y de su afán de dominio y control de las personas a su alrededor, particularmente de la madre.

Con respecto al cuerpo depresivo:

Las diferencias con respecto al cuerpo del depresivo son aún mayores. En este último, como veíamos, el cuerpo vivido, tanto en su vertiente sentida como expresiva, se hunde en el cuerpo-objeto, produciéndose esa cosificación (Doerr-Zegers, 1980, 1993) o corporalización (Fuchs, 2005) que, en casos extremos, como el estupor, clausura del todo la relación con el mundo. De este proceso de cosificación también derivan el característico compromiso del “hallarse” (*Befindlichkeit*) descrito por Doerr-Zegers (1971, 1979, 1980) y por Berner (1983), y ese clásico “no-poder” (*das Nicht-Können* de Binswanger, 1960) que corresponde más o menos a la clásica inhibición psicomotora. En la paciente anoréxica el cuerpo simplemente no se siente y no solo no hay inhibición, sino por el contrario, una hiperactividad en la vida cotidiana, que complementa con ejercicios y “jogging”, si es necesario. En suma, ella trata a su cuerpo como un “esclavo”, como algo separado de ella y que puede manipular a discreción, pero en ningún caso está, como el depresivo estuporoso, “preso” en él.

Con respecto al cuerpo esquizofrénico:

Las diferencias fenomenológicas con respecto al cuerpo de la esquizofrenia son, en cambio, más complejas de precisar. Uno de los autores que más ha trabajado este tema ha sido Thomas Fuchs (2005). Él sostiene que estos pacientes se caracterizan por tener una “mente (o una subjetividad) descorporalizada”. Ellos no habitarían su cuerpo en forma natural ni lo emplearían para la realización de las tareas que tienen que cumplir en el mundo. Parnas (2000) y Sass (2001), por su parte, concluyen que gran parte de la sintomatología esquizofrénica derivaría

del debilitamiento de lo que ellos llaman “auto-afección” o “auto-referencialidad” y de la hiper-reflexividad compensatoria consiguiente. Esa tácita auto-conciencia o auto-referencialidad presente en cada experiencia de la vida cotidiana se encuentra en ellos muy debilitada o incluso perdida, de lo cual resulta la alienación de la percepción y de la acción. También derivaría de este fenómeno de la “mente descorporalizada” la fragmentación del arco intencional en el percibir, sentir, pensar y actuar (Fuchs, 2005). En el caso de la emoción, nosotros la experimentamos y nos vinculamos emocionalmente con la situación a través de las sensaciones corporales y su resonancia. Lo mismo vale para los impulsos y los deseos. En la esquizofrenia, según Fuchs, este arco intencional de la emoción y de los impulsos se encuentra fragmentado y las sensaciones somáticas están extraídas de su contexto motivacional (ver también Sass, 2000). Esto conduciría a una sensación de artificialidad y distancia, tanto en la experiencia de la emoción como en la expresión visible para los demás. Así, es frecuente que estos pacientes lloren por sentir una presión en las glándulas lacrimales, pero sin saber cuál es el motivo. Esta disociación se observa de manera exagerada en las formas cenestésicas de la esquizofrenia (K. Diebold y O. Doerr-Zegers, 1965). Un paciente nuestro que padecía esa enfermedad relataba que tenía que estar asegurándose de que sus brazos y piernas eran propios, para lo cual los movía y observaba con atención y con frecuencia se metía los dedos a la boca y los mordía, para sentir que le pertenecían (p. 25). Y con respecto a su relación con el mundo, decía: “El mundo está muy alejado, sin significado y vacío. Por ejemplo, si yo observo una granja, veo con gran exactitud la casa y las personas, pero solo como algo material. Más allá de eso

todo es pobre, desierto y sin significado.” (p. 31). Esto claramente implica una des-ontologización del mundo y de sí-mismo.

Nada de esto ocurre en la anorexia nerviosa. No hay alteración de la intencionalidad de la percepción, ni de la emoción, ni de la acción y su propio cuerpo no le es extraño en absoluto. Tampoco falla en ella la auto-referencialidad a la que hacían mención Parnas y Sass. La anoréxica sabe en todo momento que es ella la que percibe, siente o actúa desde su cuerpo. Es capaz de manejar y moldear a su amaño el mundo en torno, incluidos los otros, y esto con una voluntad incommovible. Ahora bien, para poder completar una fenomenología diferencial entre la corporalidad en la esquizofrenia – recién descrita – y en la anorexia y por ser este ejercicio más complejo que en el caso de los otros cuadros psicopatológicos mencionados, revisaremos las ya vistas características de la relación de la anoréxica con su cuerpo, resumen del cual se desprenderán necesariamente el resto de las diferencias con respecto a la esquizofrenia.

Resumen de las características de la corporalidad en la anorexia nerviosa

1. En la anorexia nerviosa hay una total escisión entre el cuerpo-sujeto (*der Leib*) y el cuerpo-objeto (*der Körper*), entre el cuerpo-vivido y el cuerpo como mero soma. Esta relación entre ambos cuerpos es muy diferente a la que se da, como vimos, en las otras patologías mencionadas.
2. La anoréxica trata al cuerpo como a una cosa, como a un fetiche, al cual se puede modelar y dar cualquier apariencia. Su intento de control va más allá del peso y el volumen

de su cuerpo; ella trata de controlar toda su estructura y someterlo a su voluntad de diseño y de producción fabril (ver *La pregunta por la técnica*, Heidegger, 1954). Esto tiene una clara relación con algunas de las características de la modernidad y de la post modernidad - época en que recién surgió esta enfermedad - y se encuentran en la raíz de dos de los rasgos psicopatológicos típicos de la anorexia nerviosa descritos en un comienzo: la hiperactividad y el intelectualismo.

3. La anoréxica intenta detentar un poder absoluto sobre su cuerpo y sus necesidades. Así, no respeta ni el hambre, ni el descanso, ni el llamado del sexo. Su lucha con el hambre es “a muerte” y emplea diversas técnicas para vencerla, como estar todo el día llenando la boca con mínimas cantidades de alimento (migas de pan, trocitos de manzana, etc.) o soñando en la noche con opíparos festines. Algunas de mis pacientes (O. D-Z.) solían soñar insistente y paradójicamente que se comían enormes tortas de novia. Esta fascinación por el dominio y el control de todo (cuerpo, personas, mundo) llega al extremo de sentir verdadero placer al realizar conductas trasgresoras, como la cleptomanía, por ejemplo
4. Más allá de abusar con su cuerpo, la anoréxica siente repugnancia por él, por su carne, por su volumen, por sus carencias. Porque es un error pensar que ellas desean solo tener el cuerpo de una modelo. A lo que ellas aspiran es mucho más que eso: es a no tener volumen, a no ocupar espacio. De hecho, donde estén buscan ocupar siempre el mínimo espacio, su gestualidad es “anti-expansiva”

(Pelegrina, 2006) y ante el público ellas tratan de cubrir su cuerpo con ropas amplias y oscuras.

5. Ellas viven su cuerpo como algo obsceno, como una mostración degradante de su intimidad en el espacio público. Toda protuberancia, toda redondez es vivida como una exposición sobre la escena (ob-scena) pública de su propia intimidad personal, como algo repugnante. Es una guerra abierta y ostensible, denodada e inacabable del Yo con su cuerpo. Y la obscenidad es otra característica de nuestra post modernidad, como lo ha mostrado Jean Beaudrillard (1988) y lo hemos desarrollado nosotros en su relación con la anorexia (O. Doerr-Zegers y H. Pelegrina, 2016).
6. Todas estas características llevan a la anoréxica a un profundo sentimiento de abandono y desesperanza, que nadie ha descrito mejor que Ludwig Binswanger, a propósito del caso Ellen West (1957). Ellas se sienten como no perteneciendo a ninguna estructura humana de convivencia. Es una soledad cósmica, “es un carecer de toda religación fundamental a una estructura global abarcativa, que contenga, soporte, acoja y dé sentido – y con él, sentimiento – a sus existencias” (Pelegrina, 2006). Su mundo ha dejado de ser una morada.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-5TM. Washington, DC-London: American Psychiatric Publishing.
- Beaudrillard, J. (1988). *El otro por sí mismo*. Barcelona: Anagrama, pp. 27 y 28.
- Behar, R. (1988). Lo antitético en la anorexia nerviosa. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 226: 201-204.
- Berner, P. „Wiener Forschungskriterien (Endogenomorph-Zyklothyme Achsensyndrome)“. In: *Diagnosekriterien Für Schizophrene Und Affektive Psychosen*. Berner P., Gabriel E., Katschnig H., Kieffer W., Koehler K., Lenz G., Simhandl Ch. Genf: Weltverband für Psychiatrie (1983).
- Binswanger, L. (1957). Der Fall Ellen West. In: *Schizophrenie* (pp. 56-188). Pfullingen: Neske Verlag.
- Blankenburg, W. (1989). Phänomenologie der Leiblichkeit als Grundlage für ein Verständnis der Leiberfahrung psychisch Kranker. *Daseinsanalyse* 6: 161-193.
- Diebold, K., & Doerr-Zegers, O. (1965). Zum Problem schizophrener Begegnungsweisen. *Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und Medizinische Anthropologie* 12. Jahrgang, Heft 1/3: 23-36.
- Doerr-Zegers, O., Enríquez, G., & Jara, C. (1971). Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 10, N° 1: 17-39.
- Doerr-Zegers, O. (1972). Beitrag zum anthropologisch-dynamischen Verständnis der Anorexia Nervosa (mit besonderer Berücksichtigung der Familienkonstellation). Monografía. Tesis Doctoral: En: *Jahrbuch der Dissertationen der Medizinischen Fakultät*. Heidelberg: Universitätsverlag.

- Doerr-Zegers, O., Petrasic, J., & Morales E. (1976). Familia y biografía en la patogénesis de la anorexia nerviosa“. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 15, Nr. 1: 3-26.
- Doerr-Zegers, O. (1979). Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia. *Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiat. y Ciencias Afines* 7 (2a. Etapa): 291-304.
- Doerr-Zegers, O. (1980). Adicción y temporalidad. *Psicología Médica (Revista argentina de psicología médica, psicoterapia y ciencias afines)*, vol. V, Número 3: 361-397.
- Doerr-Zegers, O. (1985). The role of the family in the pathogenesis of anorexia nervosa. In: P. Pichot, P. Berner, R. Wolf and K Thau (Eds.), *Psychiatry, the State of the Art* (pp. 459-465). Amsterdam: Elsevier.
- Doerr-Zegers, O. (1988). La familia de las anorécticas nerviosas. *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.* 34, N° 1: 33-40.
- Doerr-Zegers, O. (1993). Fenomenología de la corporalidad depresiva. *Salud Mental* V. 16 No. 3: 22-30.
- Doerr-Zegers, O. (1994). About a particular type of oral perversion in the female: hyperphagia followed by vomiting. *International Journal of Eating Disorders* 16, N° 2: 117-132.
- Doerr-Zegers, O., & Pelegrina, H. (2016). Anorexia nervosa: historical, clinical, biographic and phenomenological considerations. In: G. Stanghellini and M. Aragona (Eds.), *An Experiential Approach to Psychopathology* (pp. 127-147). Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Farquharson, R. F., & Hyland, H. H. Anorexia nervosa: A metabolic disorder of psychological origin. *Journal of the American Medical Association* 111: 1085.
- Fuchs, T. (2002 a). 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
- Heidegger, M. (1954). Die Frage nach der Technik. In: *Vortraege und Aufsätze* (pp. 9-40). Pfullingen: Neske (4. Auflage, 1978).
- Marcel, G. (1955). *Etre et avoir*. Paris: Montaigne
- Merleau-Ponty, M. (1945, 1957). *Fenomenología de la percepción*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Parnas, J. (2000). The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia. In: D. Zahavi (Ed.), *Exploring the self: Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience* (pp. 115-47). Amsterdam: John Benjamin.
- Pelegrina, H. (2006). *Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología*. Madrid: Ediciones Polifemo
- Pelegrina, H. (2017). *Psicopatología Regional. Estructuras Dimensionales de la Psicopatología. Logopatías y Timopatías*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Sass, L. (2001). Self and world in schizophrenia: Three classic approaches in phenomenological psychiatry. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 8: 251-270
- Squarzon, S. *El cuerpo en la anorexia nerviosa*. Revista al tema del hombre - relacion@chasque.apc.org
- Straus, E. (1960). *Zur Psychologie der menschlichen Welt*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag.
- Zutt, J. (1963). Das Psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht. *Arch. Psychiat.* 180: 776 ss.

CORPOREALITY PHENOMENOLOGY IN ANOREXIA NERVOSA

Otto Doerr-Zegers

*Full Professor of Psychiatry at the University of Chile
and Director of the Center for Studies in Phenomenology and
Psychiatry at the Diego Portales University in Santiago*

Héctor Pelegrina-Cetran

*Former Professor for Psychopathology at
the Autonomous University of Madrid*

Abstract

After reviewing the history of this disease and its interesting connections with some essential features of modernity and post-modernity, the author tries to describe the relationship of the anorectic patient with her body. Then he compares – in an attempt of differential phenomenology – her way of experiencing her body with the way patients with body dysmorphic disorder, depressive patients and schizophrenic patients experience theirs. The result of this investigation can be summarized in the following points: 1. There is an extreme splitting between the subject-body (*der Leib*) and the object-body (*der Körper*). 2. The anorectic person treats her body as an object, as a fetish which can be modeled at will and at the same time gives it any appearance. This goes far beyond the loss of weight, since what she tries to do is to control the structure

of her body and to submit it to her will of manufacturing design and production. 3. The anorectic patient seeks to exercise an absolute power over her body and its needs. Thus, she does not respect hunger, nor rest, nor the appeal for sex. This fascination for dominion and control of everything (body, persons, world) comes to the extreme that she feels real pleasure in realizing transgressing behaviors, such as theft. 4. Beyond abusing her body, the anorectic patient feels repugnance for it, for its flesh, for its volume. Her aspiration goes much further than having the body of a model. What she wants is permanently losing weight, not having volume, not occupying space. 5. She experiences her body as something obscene, as a degrading show of her intimacy in the public space. Every protuberance, every roundness is experienced as an exposition over the scene (ob-scene) of her own personal intimacy. 6. All these characteristics lead the anorectic patient to a deep feeling of abandonment and hopelessness, which nobody has described better than Ludwig Binswanger in relation to his famous case, Ellen West. So, her body and consequently, her world, have ceased to be a dwelling.

Introduction

In few psychiatric pathologies, corporeality disturbance is as extreme and dramatic as in anorexia nervosa. There are two phenomena related to the issue, which were already mentioned in the first descriptions of the disease. One is the obsessive craving for extreme thinness, and the other the paradoxical physical hyperactivity that goes hand in hand with this systematic process

of becoming thinner. In the sixties, when this disease started to occur more frequently, a third phenomenon was described that is directly related to the patient and her body, which is the distortion of corporal image: they look at themselves in the mirror and find themselves fat. That distortion gets to the extreme that they see others, particularly women, much thinner than they are.

In this occasion we will not ask about the psychodynamic factors possibly involved in the genesis of this disease, nor about the role of family herein, topics which have been studied in previous researches (Doerr-Zegers 1972, 1976, 1985, 1988, 1994, 2016). The question we would like to answer today is about the relation of anorexic patients with their body and through their body with the world. Any question related to the human body should take into account the distinction made by the French philosophers Maurice Merleau-Ponty (1945) and Gabriel Marcel (1955) between the subject-body and the object-body. In Romance languages there is only one word, *cuerpo* in Spanish, *corps* in French, *corpo* in Italian, for these two bodies. In German, however, they have always been distinguished by the words *Leib* and *Körper*. It is interesting that *Leib* comes from *Leben*, which is “life” as the noun and “live” as the verb, while *Körper* comes from the Latin word *corpus*, which in English is transformed into *corpse*. But already in the etymology of the Latin word *corpus* the meaning of the cadaverous appears. The differences could not be more evident, since they contain precisely the polarity of life and death. *Leib* has been translated also as “lived body” or simply “corporeality”, maintaining the designation object-body for *Körper*. Well now, the lived body does not only mean that body that I feel, but also the one that appears (before others) and expresses itself, in the sense of the

“*in Erscheinung stehender Leib*” of Zutt (1948). I perceive and act through my lived body, but without thinking about it. I am living through my body in the world. Therefore, the lived body means an embodied being-in-the-world. The object-body or soma is the object of anatomy and physiology and can be manipulated, operated, transplanted, submitted to plastic surgery, etc. But at the same time, it can make itself unavailable and transform into the object looked at by others or in which the disease betrays me.

Thomas Fuchs (2002) has made interesting phenomenological analyses of what happens with this subject-body/object-body polarity in two normal human phenomena: shame and guilt, and their respective relationship with body dysmorphic disorder (BDD) and depression. Shame, according to this author, would be closely related to the view of others and would appear in situations when the person is surprised or unmasked. From phenomenological point of view, there would be an alienation and “objectification” of the lived body, which in some way loses its insertion into the world and – at the moment of shame – transforms into pure soma, into a mere object of the other person’s look. At the same time, timidity would be some kind of permanent subliminal shame. Unlike shame, guilt would not be linked to the other person’s immediate presence. Instead of being exposed and paralyzed by the other person’s look, a guilty person feels abandoned by them, expelled from the common world. A guilty person is launched towards their own body and separated from others. Therefore shame “burns” and guilt “weighs”. Guilt is not relieved by taking a distance from the situation that caused it, like in the case of shame. Guilt stops life’s movement and ties us to the past. Like

shame includes the other person's look, guilt incorporates the other person's voice and words, according to Fuchs.

Well now, body dysmorphic disorder would be a deformation of shame, and melancholy the deformation of guilt. Thus, while shame occurs in a precise interpersonal context and the person recovers their self-esteem when they escape from the shameful situation, in BDD part of the body is objectified and remains the center of attention of the look of any other person and in any circumstance. In melancholy, on the other hand, the whole lived body would "objectify" and/or rigidize, which is experienced by the patient as depressiveness, anxiety, pains, vital symptoms, etc., which in a certain way catch the lived body and push it towards its mere condition of object-body. This same phenomenon was described by one of us (O. D-Z.) in 1980 as the corporealization or chrematization process. In this body that has become a thing time stands still, as described by von Gebattel (1954) and Erwin Straus (1960) and the subject is invaded by the past, from which small mistakes are transformed into unforgivable sins and in a delirium of guilt.

I. Some peculiarities of the psychopathology of anorexia nervosa

Before starting to analyze corporeality in anorexia nervosa, we would like to go a little deeper into the psychopathology of this disease. The definition DSM V gives is very simple: restriction of calorie ingestions leading to a significant weight loss; fear of gaining weight and measures interfering with weight gain,

alteration of the corporal image and denial of the gravity of their state. Undoubtedly this is all true, but the psychopathology of this disease is far richer than that. The following elements do not appear in this kind of definitions and are fundamental to understand the disease:

1. *Intellectualization*: contempt of the body comes with an excessive valuation of all that is intellectual. They are always the best students, reason in an admirable way, are extraordinarily skilled in lying, avoiding control and reaching their purpose of continuing to lose weight. Their communication style is merely intellectual, and they refer to their own affectivity “from the outside” (alexithymia). In a study about anorexia and family that we performed (Doerr-Zegers, 1985), we find this characteristic in 90% of the studied patients, while in 50% an over-valuation of everything intellectual absolutely dominated.
2. *The desire to control*: precisely what they do with their body, tyrannize it until not even allowing it to satisfy any of the basic needs, such as food and sexuality, they do with their environment: they dominate their parents, their siblings, their caretakers, their therapists. The obsessive traits which certain superficial psychopathologies gave them, are simply ways to try and control the world and, particularly, this body that they want to shape at their will and even wish to make disappear. These characteristics have been found in all the individual cases we studied. Well now, anorexic patients try to control not only their instincts, their needs and their environment, but also the physical space and the symbolic

space. They seek to create their own space which protects their body against the common space, which they experience as an enemy. At the same time, they seek to build a cognitive, symbolic space to exercise their absolute reign, up to even allowing themselves all kinds of transgressions, such as theft.

3. *The paradoxes of anorexia nervosa*: the number of paradoxes the anorexic patient's existence unfolds in is striking. In this sense, a Chilean specialist in this field, Rosa Behar (1988) spoke about "the anti-ethical aspect of anorexia nervosa". Let's describe the most important characteristics.
 - a. The *first paradox* observed in anorexic patients is the coincidence between extreme thinness, that might even lead to cachexia, and strong hyperactivity. The latter was already striking in the first descriptions and contributed, in the case of Lasègue, to considering this syndrome as an independent disease, when comparing it to cases of extreme thinning as a consequence of the hardships of the Franco-Prussian war, in which passivity dominated. Pelegrina sustains that that hyperactivity would not be explained only by the desire to lose weight, but it would also be the expression of a desire to build a personal space, like some kind of island, to support and protect their bodies. With this kind of actions, they intend to manufacture a space there where they feel there is no void and despair.
 - b. The *second paradox* is the paradox between their tremendous affective dependence on others, in particular of the mother, and the rejection of all real affective bonds.

In general, they have no boyfriend nor friendships, and in the psychotherapeutic relation rationality strongly dominates affection. It is often said that these patients are characterized by alexithymia. In our experience this incapacity to establish affective adult relations can lead them to complete loneliness when the only being with whom they are capable of establishing an affective relationship, generally the mother, falls ill or is absent.

- c. The *third paradox* is the one between their great intellectual maturity and a great emotional immaturity, which manifests, among other ways, as the wish not to grow up, to remain preadolescent, not to be part of the adult world. Even though, strictly speaking, they are neither in the adult nor in the adolescent world. Not in the first, because they do not want to accept the challenges this implies: marriage, maternity, professional life, etc. Not in the second either, because they perceive teenagers and adolescents as intellectually very immature. It is as if they wish to live in an adult world, but with childish dynamics.
- d. The *fourth paradox* shows in the fact that anorexic patients have the need to make their body disappear (a phenomenon which, Pelegrina, 2006, has called “ex-corporation of the me”), not to be seen by others in their volume and, at the same time, they feel the desire to draw the attention, even provoking by showing their extreme thinness. They want to be absent and at the same time be present in a fleshless way. In fact, very soon after the

onset of the disease they become the central object of concern of the whole family.

- e. The *fifth paradox* can be appreciated in the context of treatment and rehabilitation. Here her role is totally ambivalent because, on the one hand, the patient is interested in the treatment, she regularly attends the sessions, she smiles to the doctor, calls him “her savior”, expresses her desire to get better, etc. But – according to Rosa Behar (1988) – since the problem lies in that for them well-being is linked to low weight and, therefore, any success in the treatment is expressed as a weight increase, for them it will mean, first, unease and unhappiness, and then the confirmation that their fight to lose weight must continue at any cost.

II. The relationship of the anorexic person with her body

As we saw in the introduction, the first thing the researcher faces when approaching the problem of the human body without prejudice, is the distinction between the body I have or the object-body (the eye, for ex.), and the body I am or the subject-body (the look). Well now, this differentiation between the two bodies implies a complex philosophical problem and has many aspects. Gabriel Marcel, one of the inaugurators of phenomenology of corporeality, saw a certain danger in reducing the multiple aspects the human body has to this mere duality, when he stated: “Insofar as I am a lived body, I have a body, but at the same time

I dispose of it only in appearance, precisely because I am a lived body” (1955). But this ambiguity is not the only one we have to deal with. Blankenburg (1989) indicates more ambiguities, such as the one consisting of that “the object-body belongs, on the one hand, to the word and, as such, can be the object of scientific investigation and, on the other hand, belongs to Me and, as such, is not an object, but supposition and foundation, and, at the same time, organ of this same researching” (pp. 174-175). We see another ambiguity in the context of the lived body itself, between a consciously experienced body and an inadvertently lived body, this silent body inherent to the state of health. Finally, there is this ambiguity indicated by Jürg Zutt (1963) between a lived body that takes us and carries us and this other body referring to the world, “that appears, moves, enables voluntary acting and transforms into evolution”. The only way of overcoming these ambiguities would be considering this separation as a polarity: at one extreme there is the I with her subjective experience of the body and the world, and on the other there is the object-body of the other people’s looks or of the surgeon’s actions on the surgery table. But I am and have a body at the same time. The one presupposes the other. Without the brain organ subjective life would be impossible, and, vice versa, without this opening to the world enabled by the lived body, the other body, the extra-body of Ortega y Gasset, would be a mere thing.

Well now, what about the body of anorexic patients? Let’s remember how, according to Fuchs’s analysis, both for body dysmorphic disorder and melancholic depression, there is some kind of “corporealization” of the lived body, in terms of a domination of the object-body over the subject-body. In the

first case, a part of the object-body (the nose, the jaw) separates from the rest and becomes the center of attention of the patient herself and – according to her experience – others. This becoming a mere object of the look of another person necessarily leads to a distancing from the world and a loss of being inserted in it. In the second case, like Doerr-Zegers (1980, 1993) and Fuchs (2002a, 2005) have described, the whole lived body “corporealizes” and is absorbed by the object-body up to the point where it becomes a thing and obscures the relation with the world, and finally – in amazement – the patient becomes a mere still object.

In anorexia nervosa, however, one body does not dominate the other, there is a fragmentation of this polarity which, as we have seen, in a healthy state forms a perfect unity. Anorexic people do not experience this unity, but two opposed and enemy realities. Their fleshless I rejects their volumetric body and wishes only subjective experience, only spirit and therefore, treats it as something that can be manipulated at will. This excision probably has to do with the distortion of the body image, meaning that for her all mass (even if it is her already cachectic body) is volumetric and repulsive. For anorexic people their own body becomes a “thing” separated from the “I”. They look for a merely ideal existence, without flesh throbbing with desire and affection, an existence without intimate intentions. This anorexic phobia of a bodily manifestation in the outside space crystallizes in the phobia of being a volumetric body, that means, ex-pansive and ex-positional. For anorexic people their body is their greatest enemy. It is an in-appropriate body, a different body, which is external to their personal dimension. And in this point the fragmentation and the desire for control come together, because when experiencing

the own body as a distant object-body full of hostility towards its owner, anorexic people need to establish a continuous and total control over it. Instead of keenly leading the lived body, which is, from the inside towards the world, they try to control it from the outside.

But for them it is not only important to be thin or very thin, for the simple reason that they are never satisfied with their weight or the skeletal figure they have attained. Pelegrina (2006) has rightly expressed this phenomenon in one single sentence: “These adolescents do not try to be very thin, but to continuously become thinner, since the immediate presence of the threat of their voluminous bodies...(only) enables them... the continuous attempt to reduce the spatial dimension of the threat... by taking volume away.” Susana Squarzon holds something similar when she says: “(The anorexic person) projects any aspiration for after reaching an ideal weight, something she never achieves”. We think that anorexic people do not try to reach an actual ideal weight, but just a mere idea of weight and not the weight of a physical mass.

III. Differences and similarities between the body of anorexia and other pathologies

With regard to body dysmorphic disorder:

In body dysmorphic disorder, part of the body is extracted from the harmony of the whole, while in anorexia the entire body is alienated, thus forming a “morpho-phobia” (Pelegrina, 2006). Patients with body dysmorphic disorder reject the “expressive”

figure of this part of the body, which would show the own being in an unpleasant way to the estimative judgement of others. In anorexia, however, there is no shame for what the figure expresses, but displeasure in occupying volume in the physical space. For people with body dysmorphic disorder the world makes them smaller, reduces them, when a part of their body (the supposedly altered or modified part) interferes with the fluidity of the relationship conscience-world. Anorexic people, however, are obsessed with dominating this object-body that they have separated from their subjectivity of flesh, but are at the same time turned towards the world through their multiple intellectual interests and their desire to dominate and control the people around them, particularly their mother.

With regard to the depressive body:

The differences with respect to the body of depressive people are even greater. For them, as we have seen, the lived body, in its felt as well as expressive aspect, drowns in the object-body, and that reification (Doerr-Zegers, 1980, 1993) or corporealization (Fuchs, 2005) takes place which, in extreme cases, such as amazement, closes the relation with the world completely off. The process or reification also results in the characteristic commitment of “finding oneself” (*Befindlichkeit*) described by Doerr-Zegers (1971, 1979, 1980) and by Berner (1983), and this classic “not being able” (*das Nicht-Können* of Binswanger, 1960) which more or less correspond to classical psychomotor inhibition. Anorexic patients simply do not feel their body and there is not only no inhibition, but, on the contrary, rather a hyperactivity in everyday life, to which they add exercises and jogging, if necessary. In brief, an anorexic patient

treats her body as a “slave”, as something separated from her and which she can manipulate at will, but in which in no case, as with depressed amazement, she is “imprisoned”.

With regard to the schizophrenic body:

The phenomenological differences with the schizophrenic body, however, are more complex to define. One of the authors who has worked most on this topic is Thomas Fuchs (2005). He says that these patients are characterized by having a “de-corporealized mind (or subjectivity)”. They do not live in their body in a natural way nor use it to perform the tasks they have to fulfill in the world. Parnas (2000) and Sass (2001), on the other hand, conclude that most of the schizophrenic symptomatology would derive from the weakening of what they call “self-affection” or “self-referentiality” and from the ensuing compensatory hyper-reflexiveness. This tacit self-consciousness or self-referentiality present in each everyday-life experience is very weak or even lost in these people, which results in the alienation of perception and of action. This phenomenon of the “de-corporealized mind” would also result in the fragmentation of the intentional arch in perceiving, feeling, thinking and acting (Fuchs, 2005). As for emotion, we experience it and we emotionally connect with the situation through body sensations and their resonance. The same happens with impulses and desires. In schizophrenia, according to Fuchs, this intentional arch of emotion and impulses is fragmented, and somatic sensations are extracted from their motivational context (also see Sass, 2000). This would lead to a sensation of artificiality and distance, both in the experience of emotions and in expression visible to others. Thus, these patients

frequently cry because they feel pressure on their lacrimal glands, but without knowing the reason. This dissociation is observed in exaggeration in cenesthetic forms of schizophrenia (K. Diebold and O. Doerr-Zegers, 1965). One of our patients who suffered from this disease told us that he had to keep assuring himself that his arms and legs were his, so he would move them and look at them attentively and he would frequently put his fingers in his mouth and bite down on them, to feel that they belonged to him (p. 25). And with regard to his relationship with the world, he said: “The world is very far away, without meaning, and empty. For example, if I observe a farm, I see the house and the people in great detail, but as something material. Beyond that, everything is poor, deserted and meaningless.” (p. 31). This clearly implies a des-ontologization of the world and himself.

Nothing of this happens in anorexia nervosa. There is no alternation of the intentionality of perception, nor of emotion, nor of the action, and the person’s own body is not strange for them at all. Neither do anorexic people lack the self-referentiality that Parnas and Sass mention. They are capable of managing and forming the world around them, and including others, as they wish, and with an unshakable will. Well now, in order to perform a differential phenomenology between corporeality in schizophrenia – recently described – and in anorexia, and because this exercise is more complex than with the other psychopathologies mentioned, we will review the characteristics of the relationship of anorexic people with their body dealt with before. From this summary necessarily the rest of the differences with schizophrenia will emanate.

Summary of the characteristics of corporeality in anorexia nervosa

1. Anorexia nervosa shows a total excision between the subject-body (*der Leib*) and the object-body (*der Körper*), between the lived body and the body as mere soma. This relation between both bodies is very different to the one we have seen in other pathologies mentioned.
2. Anorexic patients treat their body as a thing, as a fetish, which they can model and give any appearance. Their internal control goes further than their body's volume and weight; they try to control its whole structure and submit it to their will in terms of design and manufacturing production (see *A Question of Technique*, Heidegger, 1954). This is clearly related to some of the characteristics of modernity and post-modernity – a period when this disease had just come up – which are at the base of two of the typical psychopathological traits of anorexia nervosa described in the beginning: hyperactivity and intellectualism.
3. Anorexic people attempt to hold absolute power over their body and its needs. Thus, they do not respect hunger, nor rest, nor the appeal for sex. Their fight with hunger is “to death” and they use diverse techniques to overcome it, like filling their mouths the whole day with minimal quantities of food (breadcrumbs, pieces of apple, etc.) or at night dreaming of sumptuous feasts. Some of my patients (O. D-Z.) would insistently and paradoxically dream that they ate enormous wedding cakes. This fascination to dominate and control everything (body, people, world) gets to the extreme

of feeling real pleasure in manifesting criminal behavior such as kleptomania.

4. Apart from abusing their body, anorexic people feel revulsion towards it, its flesh, its volume, its shortcomings. Because it is a mistake to think they simply want to have the body of a model. What they want goes far beyond that: they wish not to have any volume, not to occupy space. In fact, wherever they are they seek to occupy as little space as possible, their gestures are “anti-expansive” (Pelegrina, 2006) and in public they try to cover their body with wide and dark clothing.
5. They experience their body as something obscene, as a degrading presentation of their intimacy in the public space. Any protuberance, any roundness is experienced as an exposition over the public scene (ob-scene) of their own personal intimacy, as something repulsive. It is an open and ostensible, strenuous and endless war of the I with her body. And obscenity is another characteristic of our post-modernity, as Jean Baudrillard (1988) has shown and we have developed, in its relationship with anorexia (O. Doerr-Zegers and H. Pelegrina, 2016).
6. All these characteristics take anorexic people to a deep feeling of abandonment and despair, that no-one has described better than Ludwig Binswanger, in relation to the Ellen West case (1957). They feel as if they do not belong to any human coexistence structure. It is a cosmic loneliness, “it is a lack of all fundamental connection to a comprehensive global structure, which contains, supports, adopts and gives meaning – and with it, feeling – to their existences” (Pelegrina, 2006). Their world is no longer a dwelling.

References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-5TM. Washington, DC-London: American Psychiatric Publishing.
- Beaudrillard, J. (1988). *El otro por sí mismo*. Barcelona: Anagrama, p. 27 and 28.
- Behar, R. (1988). Lo antitético en la anorexia nerviosa. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 226: 201-204.
- Berner, P. Wiener Forschungskriterien (Endogenomorph-Zyklothyme Achsensynndrome)“. In: *Diagnosekriterien Für Schizophrene Und Affektive Psychosen*. Berner P., Gabriel E., Katschnig H., Kieffer W., Koehler K., Lenz G., Simhandl Ch. Genf: Weltverband für Psychiatrie (1983).
- Binswanger, L. (1957). Der Fall Ellen West. In: *Schizophrenie* (pp. 56-188). Pfullingen: Neske Verlag.
- Blankenburg, W. (1989). Phänomenologie der Leiblichkeit als Grundlage für ein Verständnis der Leiberfahrung psychisch Kranker. *Daseinsanalyse* 6: 161-193.
- Diebold, K., & Doerr-Zegers, O. (1965). Zum Problem schizophrener Begegnungsweisen. *Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und Medizinische Anthropologie* 12. Jahrgang, Heft 1/3: 23-36.
- Doerr-Zegers, O., Enríquez, G., & Jara, C. (1971). Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 10, N° 1: 17-39.
- Doerr-Zegers, O. (1972). Beitrag zum anthropologisch-dynamischen Verständnis der Anorexia Nervosa (mit besonderer Berücksichtigung der Familienkonstellation). Monografía. Tesis Doctoral: En: *Jahrbuch der Dissertationen der Medizinischen Fakultät. Heidelberg: Universitätsverlag.*

- Doerr-Zegers, O., Petrasic, J., & Morales E. (1976). "Familia y biografía en la patogénesis de la anorexia nerviosa". *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 15, Nr. 1: 3-26.
- Doerr-Zegers, O. (1979). Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia. *Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiat. y Ciencias Afines* 7 (2a. Etapa): 291-304.
- Doerr-Zegers, O. (1980). Adicción y temporalidad. *Psicología Médica (Revista argentina de psicología médica, psicoterapia y ciencias afines)*, vol. V, Número 3: 361-397.
- Doerr-Zegers, O. (1985). The role of the family in the pathogenesis of anorexia nervosa. In: P. Pichot, P. Berner, R. Wolf and K Thau (Eds.), *Psychiatry, the State of the Art* (pp. 459-465). Amsterdam: Elsevier.
- Doerr-Zegers, O. (1988). La familia de las anorécticas nerviosas. *Acta psiquiát. psicol. Amér. lat.* 34, N° 1: 33-40.
- Doerr-Zegers, O. (1993). Fenomenología de la corporalidad depresiva. *Salud Mental* V. 16 No. 3: 22-30.
- Doerr-Zegers, O. (1994). About a particular type of oral perversion in the female: hyperphagia followed by vomiting. *International Journal of Eating Disorders* 16, N° 2: 117-132.
- Doerr-Zegers, O., & Pelegrina, H. (2016). Anorexia nervosa: historical, clinical, biographic and phenomenological considerations. In: G. Stanghellini and M. Aragona (Eds.), *An Experiential Approach to Psychopathology* (pp. 127-147). Heidelberg-New York: Springer Verlag.
- Farquharson, R. F., & Hyland, H. H. Anorexia nervosa: A metabolic disorder of psychological origin. *Journal of the American Medical Association* 111: 1085.
- Fuchs, T. (2002 a). 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
- Heidegger, M. (1954). Die Frage nach der Technik. In: *Vortraege und Aufsätze* (pp. 9-40). Pfullingen: Neske (4. Auflage, 1978).
- Marcel, G. (1955). *Etre et avoir*. Paris: Montaigne
- Merleau-Ponty, M. (1945, 1957). *Fenomenología de la percepción*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Parnas, J. (2000). The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia. In: D. Zahavi (Ed.), *Exploring the self: Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience* (pp. 115-47). Amsterdam: John Benjamin.
- Pelegrina, H. (2006). *Fundamentos Antropológicos de la Psicopatología*. Madrid: Ediciones Polifemo
- Pelegrina, H. (2017). *Psicopatología Regional. Estructuras Dimensionales de la Psicopatología. Logopatías y Timopatías*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Sass, L. (2001). Self and world in schizophrenia: Three classic approaches in phenomenological psychiatry. *Philosophy, Psychiatry and Psychology* 8: 251-270
- Squarzon, S. *El cuerpo en la anorexia nerviosa*. Revista al tema del hombre - relacion@chasque.apc.org
- Straus, E. (1960). *Zur Psychologie der menschlichen Welt*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag.
- Zutt, J. (1963). Das Psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht. *Arch. Psychiat.* 180: 776 and following.

LAS VIBRACIONES DE LA CARNE. PRÁCTICAS Y POLÍTICAS DEL CUERPO INTENSO

Giovanni Stanghellini

MD, Dr. Fil. h.c.

Universidad G. d'Annunzio – Chieti (Italia)

Universidad Diego Portales – Santiago (Chile)

“Puedo sentir la vida solo en la proximidad de la muerte”
(Anónimo)

“Todo lo que me mata, me hace sentir vivo”
(OneRepublic, Counting Stars)

Resumen

Personas con “trastorno limítrofe de la personalidad” experimentan su cuerpo como el “cuerpo sin órganos” descrito por Gilles Deleuze en su comentario sobre las pinturas de Francis Bacon: meramente carne, un caos de fuerzas, una experiencia del cuerpo sin forma. A esta experiencia estimulante y al mismo tiempo desvanecedora, una persona con trastorno limítrofe de la personalidad (TLP) responde con la práctica y las políticas de la intensidad. Para una persona con TLP, la intensidad es la compensación de la no-forma y del no-sentir. Sin embargo, mientras la intensidad *prima facie*

puede reducir la borrosidad de la experiencia del cuerpo, a largo plazo intensifica la inestabilidad a través de lo inmediato, y así refuerza la No-forma.

Introducción

El presente trabajo explora la forma en la que personas con “trastorno límite de personalidad” experimentan su propio cuerpo. Basándome en la pintura de Francis Bacon y el comentario de Gilles Deleuze (2003) sobre el trabajo de este artista británico, sostendré que el “cuerpo sin órganos” de Bacon y Deleuze es el hecho o el dato de base de la experiencia de la corporalidad de personas con trastorno límite de personalidad (TLP). La experiencia de su cuerpo es el epicentro del terremoto existencial que atraviesan las personas con TLP. El “cuerpo sin órganos” es una fuerza que reduce a la persona a pedazos, pero también es una fuerza que expresa una vitalidad alentadora – aunque desesperada – en contacto con sensaciones vigorizantes.

I. El cuerpo sin órganos

El tema primario de las pinturas de Francis Bacon – como escribe Gilles Deleuze (2003, p. 39) – es el “cuerpo sin órganos”: el cuerpo en la medida que es deformada por una pluralidad de fuerzas invisibles – un grito, la necesidad de copular, la fuerza aplanadora del sueño. Es un cuerpo catastrófico, percibido inmediatamente sin la intercesión de una representación, un *cliché*, una historia, lenguaje, o pensamiento.

Este cuerpo es la sede de una fuerza destructiva. Esta fuerza es un espasmo violento que toma control del cuerpo y destruye la estructura encarnada que organiza nuestro involucramiento intencional con el mundo. Es experimentada como una energía que deshace la representación de uno en pedazos, que la reduce a una mera acumulación de emociones e impulsos desordenados.

Sin embargo, el cuerpo en cuestión en las pinturas de Bacon también es el centro nervioso de una fuerza vital: una fuerza que expresa una vitalidad estimulante, seductoramente en contacto con sensaciones revitalizantes. Es la glorificación de la carne fascinada, un cuerpo intenso que vibra en conjunto con las emociones, necesidades, deseos y todas las fuerzas de lo involuntario.

Es un cuerpo intenso, que expresa una vitalidad irreprimible y salvaje, un universo caleidoscópico de sentimientos crudos y conación, una vitalidad brutal completamente a la merced de los valores biológicos básicos, una vitalidad corporal no mediada y cruda que no se acomoda a estructuras intencionales prerreflexivas ni a esfuerzos cognitivos reflexivos – en breve: una “vitalidad desesperada” (Pasolini 2001).

Deleuze ve en la apariencia de este cuerpo una señal de la insuficiencia de la fenomenología, de hecho, la noción del “cuerpo vivido”: “[l]a hipótesis fenomenológica – escribe Deleuze – es quizás insuficiente porque meramente evoca el cuerpo vivido”. “Pero el cuerpo vivido – continúa Deleuze – es solo una cosa insignificante en comparación con una fuerza más profunda y totalmente invivible” (p. 39). No obstante, él entrega (aunque quizás involuntariamente) una fenomenología detallada de la

forma en que las personas con TLP experimentan su propio cuerpo como *mera carne*. La carne experimentada por personas con TLP pasa por el lado de la no-forma, de un caos de fuerzas y, como tal, existe antes de que el sujeto se pueda adueñar de ella, darle una forma, una estructura, un propósito, un significado. La carne se encuentra en el lado de la *dépanse* (Bataille 1988) – exceso, gasto, consumo y disipación. Es pura tensión sin un propósito dado con un significado dado.

Si, por un lado, el cuerpo vivido es materia que responde al llamado de la unidad de vida que me arraiga en mi cuerpo, por otro lado, es una materia desorganizada, fragmento, desmembramiento, convulsión. Sensación pura y vibración pura. Un cuerpo desorgánico: cabeza sin cara, espasmo sin movimiento, energía sin acción, un grito que excede el *vultus* – la carne a punto de convertirse en *carne (comida)*. Desde este ángulo, el organismo – es decir, la organización de los órganos – no es vida, sino lo que *encierra* la vida. Este lado del cuerpo vivo, al borde de la muerte, es la violencia de una sensación, la pura intensidad de un sentimiento no mitigado por la razón, significado, propósito, dirección: “presencia, presencia interminable” (Deleuze 2003, p. 44), y presencia extrema, inusable, irreprimible. Cuando uno es su propia pura carne, uno puede sentirse en el umbral de una extasis mística, exceso, golpeado por el impacto impersonal del mundo, inmerso en una instantaneidad pura. Este perfil de la carne es la que se ve del punto de vista de la muerte: la *part maudite* – la parte maldita (como diría Bataille (1988)) – de la carne, su fuerza más profunda y casi invivible.

II. El cuerpo sin órganos de Bacon como el paradigma del cuerpo de la persona con TLP

Bacon entrega tal vez la iconografía más precisa de la psicopatología corporal de TLP. Sugiero considerar el “cuerpo sin órganos” de Bacon (y Deleuze) como el dato básico de la experiencia en el mundo de la vida de las personas con TLP – la experiencia del cuerpo de uno como el epicentro del terremoto existencial por el que pasan las personas con TLP.

Las estructuras intencionales (percepción) y las estructuras narrativas (identidad) se desmoronan bajo la intensidad de esta presión emocional. Las reacciones corporales dominan sobre las acciones corporales, y el sentido íntimo de ser un ser encarnado es eclipsado por el sentido de tener un cuerpo intimidante. Se percibe que este cuerpo, como la fuente de vitalidad y conación, como también impermanencia y fragilidad, se encuentra en alguna parte entre el propio y el non-propio (Stanghellini y Rosfort 2013). Es un estudio de caso paradigmático del enredo de lo voluntario y lo involuntario. Este conflicto es percibido y experimentado como un *imbroglio* oscuro y perturbador de lo propio y de lo ajeno. Al descubrir lo ajeno en sí mismo, las personas con TLP descubren en sí mismo una presencia amorfa e indomada. Esta presencia es percibida como un manantial de vitalidad desordenada, que es una amenaza para la autonomía en el sentido de la auto-organización. Para las personas con TLP lo ajeno es una imposibilidad. Es tanto una amenaza al Propio como la fuente de vitalidad, la fuerza vital a la que no pueden renunciar. Por ende, es imposible adueñarse de lo ajeno en sí mismo y al mismo tiempo distanciarse de éste (Stanghellini and Mancini 2019).

Las personas con TLP sienten la presencia de una energía espontánea sin ninguna dirección clara u objetivo definido. Esta vitalidad caótica, carente de estructura intencional y contenido, desesperadamente busca un objeto, principalmente una persona, al cual o a la cual dirigir su exceso de energía. Es energía emocional que se vuelca hacia el Otro con una inmensa intensidad.

III. El drama del No-sentimiento y la No-forma

La experiencia de la persona con TLP del cuerpo, aparte de este exceso a través de un hiper-sentimiento desordenado, conlleva una especie de No-sentimiento, o, mejor dicho, vaguedad de sentimiento. Sentimientos difusos acompañados por una experiencia difusa de lo Propio de uno y de lo Otro, pero fuera de foco. También, esta “percepción” y “representación” borrosa de lo Propio y lo Otro es inestable y discontinuo en el tiempo. Las personas con TLP sufren el drama de la *No-forma*. Lo anterior tiene algunas analogías – como hemos visto – con el drama del cuerpo inorgánico en la pintura de Bacon según la descripción de Deleuze. Pero también con el drama del *anti-eidos* en personas que sufren obsesiones según las descripciones de Straus y von Gebstattel.

Personas con TLP como también personas obsesivas padecen la No-forma. No obstante, existe una diferencia básica entre las dos. Esta se encuentra en las diferentes maneras de las que *toman una postura* frente una No-forma. Las personas obsesivas intentan crear orden en este mundo sin forma, estableciendo, mediante rituales, *separaciones*, rupturas entre la vida y la muerte, la suciedad y la limpieza, la pureza y la impureza; y en general entre lo positivo

y lo negativo. Con los rituales las personas obsesivas también intentan frenar el paso del tiempo que conlleva entropía y caos.

Esta no es la estrategia de las personas con TLP – su *práctica* de la No-forma. Para una persona con TLP, la *intensidad* es la compensación de la No-forma. Las personas con TLP intentan compensar la No-forma – sus sentimientos difusos y las representaciones borrosas e inestables de lo Propio y Otros – a través de la intensidad. La intensidad, la violencia de la sensación del aquí-y-ahora, el exceso del poder de impresión es la forma en que las personas con TLP toman una postura frente a la amenaza de la No-forma. El elogio de la intensidad de la presencia y la hiperestética son algunas de las expresiones que podemos usar para representar la lógica de las personas con TLP de la sensación y la retórica de lo intensivo – los valores que opone al destino de la No-forma.

IV. Bacon y Hirst

Podemos mostrar un ejemplo pictórico de lo anterior al comparar la *Painting*, 1946 de Bacon con *The Pursuit of Oblivion* (2004) de Damien Hirst. La primera representa una carnicería antigua con una carcasa al fondo que se parece a un crucifijo sin cabeza, y una figura al frente de este, bajo un paraguas, al parecer un político (¿o un papa?) dirigiéndose a una batería de micrófonos carnosos. La segunda es una reproducción cuasi literal de la primera, pero inmersa en una solución de formaldehído y enmarcado en una vitrina. La conexión entre estos dos artistas es autorizada por su preocupación compartida de la “carne agravada” (Crow 2012).

Fig 3. *The estate of Francis Bacon Painting (1946)*^[1]



[1] Bacon, F. (1946). Cuadro "The Estate of Francis Bacon" [Óleo y pastel sobre lino] Imagen Digital © The Museum of Modern Art/ Licencia de SCALA/Art Resource, NY© 2009 The Estate of Francis Bacon / ARS, New York / DACS, London.

Fig. 4. *The Pursuit of Oblivion* (2004). Damien Hirst^[2]



[2] Hirst, Damien (2004) *The Pursuit of Oblivion*. [Formaldehido] Fotografado por Prudence Cuming Associates © Damien Hirst y Science Ltd. Todos los derechos reservados, DACS 2013

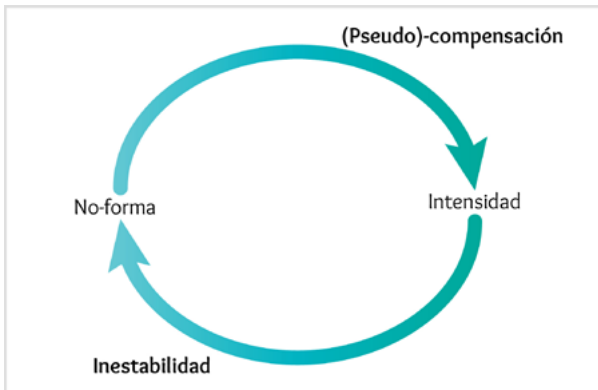
El tema de ambas obras de arte evoca la muerte y la descomposición, pero mientras la actitud de Bacon es una de profunda inmersión y absorción con la imagen que pinta, Hirst pone vidrio, silicona y acero inoxidable entre sí mismo y su objeto. Con Bacon *vibramos*, la composición de Hirst simplemente la *observamos*. Además, donde la obra de arte de Hirst está hecha de materiales que parecen hacerla inmune al paso del tiempo, la técnica de Bacon (pastel y pintura a oleo) es una combinación tan transitoria que aproximadamente cincuenta años después de su creación, la obra ahora es tan frágil que es imposible moverla.

V. Psiquismo perturbador y defensivo

Cada condición psicopatológica tiene su propio drama *soteriológico* – el drama de su salvación física y espiritual.

Cada drama *soteriológico* tiene dos componentes: por un lado, tenemos la experiencia, el hecho. Por el otro lado tenemos la persona que se somete a la experiencia, la toma de postura (*Stellungnahme*) respecto de su experiencia. *Stoeringspsychismus* (psiquismo perturbador) y *Abwehrpsychismus* (psiquismo defensivo) son otras formas de expresar esta dialéctica. Tanto las personas con TLP como las personas obsesivas – ejemplificadas por las obras de arte de Bacon y Hirst – deben enfrentarse al hecho o el dato primario de la No-forma. Como hemos visto antes, la diferencia se encuentra en las diferentes formas de responder a esto. Una comparación con la *Stellungnahme* (toma de postura) o *Abwehrpsychismus* (psiquismo defensivo) de las personas obsesivas puede aclarar el drama *soteriológico* de las personas con TLP.

Las personas obsesivas intentan crear orden en este mundo sin forma, estableciendo, mediante rituales, *separaciones*, rupturas entre la vida y la muerte, la suciedad y la limpieza, la pureza y la impureza; y en general entre lo positivo y lo negativo. Esta no es la estrategia de las personas con TLP, quienes intentan compensar la No-forma con la intensidad. Sin embargo, esta lógica, a pesar de que el aquí-y-ahora pueda dar algo de alivio en la borrosidad de la experiencia, intensifica la inestabilidad mediante lo inmediato y refuerza la No-forma:



También, la lógica de la sensación y la intensidad es acompañada por *políticas* especiales que consisten de la negación de la lógica de la denominación, la representación y las narrativas. Las personas con TLP consienten a la No-forma mediante la negación de las separaciones ofrecidas por los nombres y las conexiones ofrecidas

por las narrativas, lo que podría proporcionar estabilidad con el tiempo. Así la intensidad refuerza la instantaneidad:



Y finalmente, el exceso de energía busca un objeto, principalmente una persona, al cual o a la cual dirigirse. Las personas con TLP sienten la presencia de una energía espontánea sin una clara dirección u objetivo definido. Es una energía emocional que se vuelca hacia el Otro con una inmensa intensidad. Muchas veces este impulso toma una forma sexual, la que las personas con TLP definen como “amor”. Para la persona con TLP, el objeto amado es la forma que toma la vitalidad desesperada (Stanghellini y Rosfort, 2013b; Ractliffe y Stephan, 2014). Así las personas con TLP buscan refugio en lo que es más inestable en la tierra: el amor, una relación auténtica con el Otro.

Conclusiones

En resumen: la existencia del trastorno límite de personalidad es el desfile de una forma de vida que se consume en intensidad e instantaneidad. En una palabra: el paradigma para la consumación. El epicentro de este terremoto existencial es una manera típica de experimentar el cuerpo de uno como pura carne, también llamado cuerpo-sin-órganos. A esta experiencia corporal caótica – es decir, emocionante y disipadora – de la No-forma, la persona con TLP responde con la práctica y las políticas de intensidad, la que *prima facie* puede reducir la borrosidad de la experiencia del cuerpo, pero la que intensifica la inestabilidad a través de lo inmediato y refuerza la No-forma. Es una forma auto-derrotista de práctica y política del cuerpo como mera carne, un auténtico *Teufelskreis* – palindrómico como es el caso con el famoso moto latín:

INGIRUMIMUSNOCTEETCONSUMIMURIGNI

Referencias

- Bataille, G. (1988) *The Accursed Share: An Essay on General Economy. Volume I: Consumption*. New York: Zone Books.
- Crow, T (2012) *In the Glass Menagerie: Damien Hirst with Francis Bacon*. In Damien Hirst. Catalogue of the exhibition Damien Hirst, Tate Modern; pp. 191-129.
- Deleuze, G. (2003) *Francis Bacon. The Logic of Sensation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- OneRepublic (2013). *Counting Stars*. In Native. Los Angeles: Mosley Music Group.
- Pasolini, P.P. (2001) *Una disperata vitalità*, in Poesie. Milano: Garzanti.
- Stanghellini, G. (2018) *L'amore che cura*. Milano: Feltrinelli.
- Stanghellini, G. and Mancini, M. (2019) *The Life-World of Persons with Borderline Personality Disorder*. In G. Stanghellini, M.R. Broome, A. Raballo, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, and R. Rosfort editors. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford/New York: Oxford University Press; pp. 665-681.

VIBRATIONS OF THE FLESH. PRACTICES AND POLITICS OF THE INTENSIVE BODY

Giovanni Stanghellini

MD, Dr. Phil. h.c.

University “G. d’Annunzio” – Chieti (Italy)

University “D. Portales” – Santiago (Chile)

“I can feel life only in the proximity of death”

(Anonymus)

“Everything that kills me makes me feel alive”

(OneRepublic, Counting Stars)

Abstract

So called “borderline” persons experience their body as the “body without organs” described by Gilles Deleuze in his commentary to Francis Bacon’s paintings: mere flesh, a chaos of forces, un-form body experience. To this exhilarating as well as dissipating experience, the borderline person responds with the practice and the politics of *intensity*. To the borderline person, intensity is the compensation of the Un-form and Un-feeling. Yet whereas intensity *prima facie* may reduce the blurriness of body experience, in the long run it intensifies instability through immediateness thus reinforcing the Un-form.

Introduction

This paper explores the way so called “borderline” persons experience their own body. Drawing on Francis Bacon’s painting and Gilles Deleuze’s (2003) commentary on the work of the British artist, I will argue that Bacon’s and Deleuze’s “body without organs” is the matter-of-fact or basic datum of experience of borderline persons’ corporeality. The experience of their body is the epicentre of the existential earthquake the borderline persons goes through. The “body without organs” is a power that reduces oneself to pieces, but it is also a power that expresses an encouraging vitality – although a desperate one - in touch with invigorating sensations.

I. The body without organs

Francis Bacon’s paintings primary subject matter – writes Gilles Deleuze (2003, p. 39) – is the “body without organs”: the body insofar as it is deformed by a plurality of invisible forces - a scream, the need to copulate, the flattening force of sleep. It is a catastrophic body, immediately felt without the intercession of a representation, a *cliché*, a story, language, or thought.

This body is the headquarters of a destructive power. This power is a violent spasm that takes control of the body and destroys the embodied structure that organizes our intentional engagement with the world. It is experienced as an energy that takes the representation of oneself to pieces, reducing it to a mere accumulation of disordered emotions and drives.

Yet the body at issue in Bacon's paintings is also nerve centre of a vital power: a power that expresses a boosting vitality, seducingly in touch with invigorating sensations. It is the glorification of a thrilled flesh, an intensive body vibrating at one with emotions, needs, desires, and all the powers of the involuntary.

It is an intensive body, expressing an irrepressible and wild vitality, a kaleidoscopic universe of raw feelings and conation, a brutal vitality entirely at the mercy of the basic biological values, a crude unmediated bodily vitality that does not accommodate to prereflective intentional structures or to reflective cognitive efforts – in short: a “desperate vitality” (Pasolini 2001).

Deleuze sees in the appearance of this body a sign of the insufficiency of phenomenology, namely of the notion of ‘lived body’: “[t]he phenomenological hypothesis – writes Deleuze – is perhaps insufficient because it merely evokes the lived body”. “But the lived body – Deleuze continues – is but a paltry thing in comparison with a more profound and most unliveable power” (p. 39). Yet, he (although perhaps involuntarily) provides a detailed phenomenology of the way borderline persons experience their own body as *mere flesh*. The flesh experienced by borderline persons is on the side of the un-form, of a chaos of forces and as such it exists before the subject can appropriate it, give it a form, a structure, a purpose, a meaning. The flesh lies on the side of *dépanse* (Bataille 1988) – excess, expenditure, consumption and dissipation. It is pure tension without a given purpose with a given meaning.

If, on the one hand, the lived body is matter that responds to the appeal of the unity of life rooting myself in my body; on the other is disorganized matter, fragment, dismemberment, convulsion. Pure sensation and pure vibration. A dis-organic body: head without a face, spasm without movement, drive without action, a scream that exceeds the *vultus* – the flesh on the point of becoming *meat*. From this angle, the organism – that is, the organization of the organs – is not life, but what *imprisons* life. This side of the living body, overlooking the abyss of death, is the violence of a sensation, pure intensity of feeling not mitigated by reason, meaning, purpose, direction: "presence, interminable presence" (Deleuze 2003, p. 44), and extreme, unusable, irrepressible presence. When one is one's sheer flesh, one may feel on the threshold of mystical ecstasy, excess, hit by the impersonal impact of the world, immersed in pure instantaneousness. This profile of the flesh is what is seen from the point of view of death: *la part maudite* - the accursed share (as Bataille (1988) would say) - of the flesh, its deepest and almost unlivable power.

II. Bacon's body without organs as the paradigm of the borderline's body

Bacon provides perhaps the most accurate iconography of borderline bodily psychopathology. I suggest considering Bacon's (and Deleuze's) "body without organs" as the basic datum of experience in the life-world of borderline persons - the experience of one's body as the epicentre of the existential earthquake the borderline persons goes through.

Intentional structures (perception) and narrative structures (identity) crumple under the intensity of this emotional pressure. Bodily reactions take dominance over bodily action, and the intimate sense of being an embodied self is eclipsed by the sense of having an intimidating body. This body, as the source of vitality and conation, as well as impermanence and fragility, is felt lying somewhere between self and non-self (Stanghellini and Rosfort 2013). It is a paradigmatic case study of the entanglement of the voluntary and the involuntary. This entanglement is primarily felt and experienced as an obscure and perturbing *imbroglio* of selfhood and otherness. In discovering otherness in themselves, borderline persons discover in themselves an amorphous and untamed presence. This presence is felt as a spring of disordered vitality that is a menace to autonomy in the sense of self-organization. Otherness is an impossibility for borderline persons. It is both a threat to the Self and the source of vitality, the vital force that they cannot renounce. Thus, it is impossible both to appropriate one's otherness and to distance oneself from it (Stanghellini and Mancini 2019).

The borderline person feels the presence of a spontaneous energy without any clear direction or definite target. This chaotic vitality, being devoid of intentional structure and content, desperately seeks an object, mostly a person, at which to direct its surplus of energy. It is emotional energy that throws itself at the Other with an overwhelming intensity.

III. The drama of the Un-feeling and the Un-form

The borderline's experience of the body, next to this excess though disordered hyperfeeling, entails a kind of Un-feeling, or better vagueness of feeling. Blurred feelings accompanied by blurred experience of one's Self and of the Other, both out of focus. Also, this hazy "perception" and "representation" of Self and Other is unstable and discontinuous through time. Borderline persons undergo the drama of the *Un-form*. This has some analogies – as we have seen – with the drama of the inorganic body in Bacon's painting as described by Deleuze. But also with the drama of the *anti-eidos* in people suffering from obsession as described by Straus and von Gebstattel.

Both borderline and obsessive persons endure the Un-form. Yet there is a basic difference between the two and this resides in the different ways they *take a position* in front of the Un-form. The obsessive attempts to bring order into his world without form, establishing through rituals *separations*, severances between life and death, dirt and cleanness, purity and impurity; and in general between the positive and the negative. The obsessive also tries with her rituals to slow down the passing of time that brings entropy and chaos. This is not the strategy of the borderline person – her *practice* of the Un-form. To the borderline person, *intensity* is the compensation of the Un-form. The borderline person tries to compensate the Un-form - her blurred feelings and blurred and unstable representations of Self and Others - through intensity. Intensity, the violence of here-andnow sensation, the excess of

the power of impression, is the way the borderline person takes a position in front of the menace of the Un-form. The praise for the intensity of presence and hyper-aesthetics are some of the expressions we may use to represent the borderline's logic of sensation and rhetoric of the intensive – the values she opposes to the destiny of the Un-form.

IV. Bacon and Hirst

A pictorial example of this can be taken comparing Bacon's *Painting, 1946* with Damien Hirst's *The Pursuit of Oblivion (2004)*. The first portrays an old-fashioned butcher's shop with a carcass in the background which resembles a headless crucifixion and a figure in front of this, under an umbrella, seemingly a politician (or a pope?) addressing a battery of fleshy microphones. The second is a quasi-literal reproduction of the first, but immersed in formaldehyde solution and encased in a vitrine. The link between these two artists comes authorized by their shared preoccupation with "aggravated flesh" (Crow 2012).

Fig 3. *The estate of Francis Bacon Painting (1946)*^[1]



[1] Bacon, F. (1946). *The Estate of Francis Bacon Painting* [Oil and pastel on linen] Digital Image © The Museum of Modern Art/Licensed by SCALA/Art Resource, NY© 2009 The Estate of Francis Bacon / ARS, New York / DACS, London.

Fig. 4 *The Pursuit of Oblivion* (2004). Damien Hirst [2]



[2] Hirst, Damien (2004) *The Pursuit of Oblivion* [Formaldehyde] Photographed by Prudence Cuming Associates © Damien Hirst and Science Ltd. All rights reserved, DACS 2013.

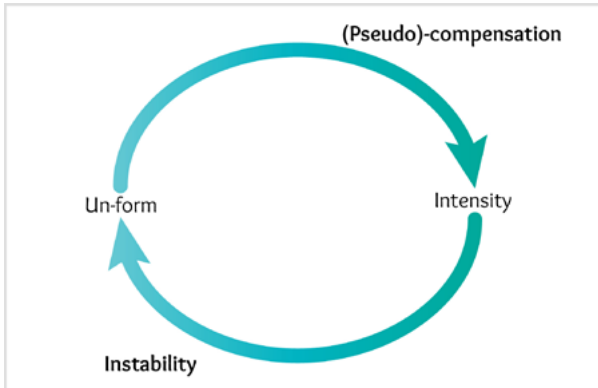
The subject of both artworks is evocative of death and decay, but whereas Bacon's attitude is one of profound enmeshment and absorption with the image he paints, Hirst puts glass, silicon and stainless steel between himself and his object. We *vibrate* with Bacon while we merely *observe* Hirst's composition. Moreover, whereas Hirst's art-work is made of materials that seem to render it immune from the passing of time, Bacon's technique (pastel and oil paint) is such an impermanent combination that after about fifty years from its creation this work is now too fragile to be moved.

V. Disturbing and defensive psychism

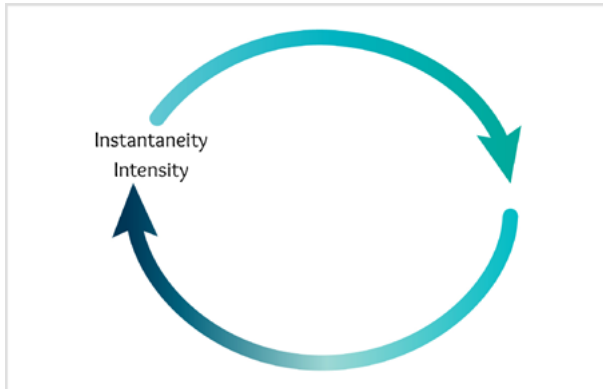
Each psychopathological condition has its own *soteriological drama* – the drama of its physical and spiritual salvation.

Each soteriologic drama has two components: on the one side we have experience, the matter-of-fact. On the other we have the person who undergoes this experience, her position-taking (*Stellungnahme*) with respect to her experience. *Stoeringspsychismus* (disturbing) and *Abwehrpsychismus* (defensive) is another way to put this dialectic. Both borderline and obsessive persons – epitomized by Bacon's and Hirst's art-works - have to face the matter-of-fact or primary datum of the Un-form. As we have seen, the difference comes with the different ways they respond to it. A comparison with the *Stellungnahme* or *Abwehrpsychismus* of the obsessive may shed some light on the soteriological drama of the borderline.

The obsessive attempt to bring order into his world without form, establishing through rituals *separations*, severances between life and death, dirt and cleanness, purity and impurity; and in general between the positive and the negative. This is not the strategy of the borderline person, who tries to compensate the Un-form with intensity. Yet this logic, although here-and-now may give some relief to the blurriness of experience, intensifies instability through immediateness and reinforces the un-form:



Also, the logic of sensation and intensity is accompanied by special *politics* consisting in the refusal of the logic of naming, representation and narratives. The borderline person consents to the un-form by refusing the separations offered by names and the connections offered by narratives, which may provide stability over time. Thus intensity reinforces instantaneity:



Last but not least, the surplus of energy looks for an object, mostly a person, at which to direct itself. Borderline persons feel the presence of a spontaneous energy without any clear direction or definite target. It is emotional energy that throws itself at the Other with an overwhelming intensity. Often, this impulse takes on a sexual form which the borderline person defines as “love” The loved object is the form that the desperate vitality takes for the borderline person (Stanghellini and Rosfort, 2013b; Ractliffe and Stephan, 2014). Thus borderline persons seek refuge in what is more unstable on earth: love, an authentic relationship with the Other.

Conclusions

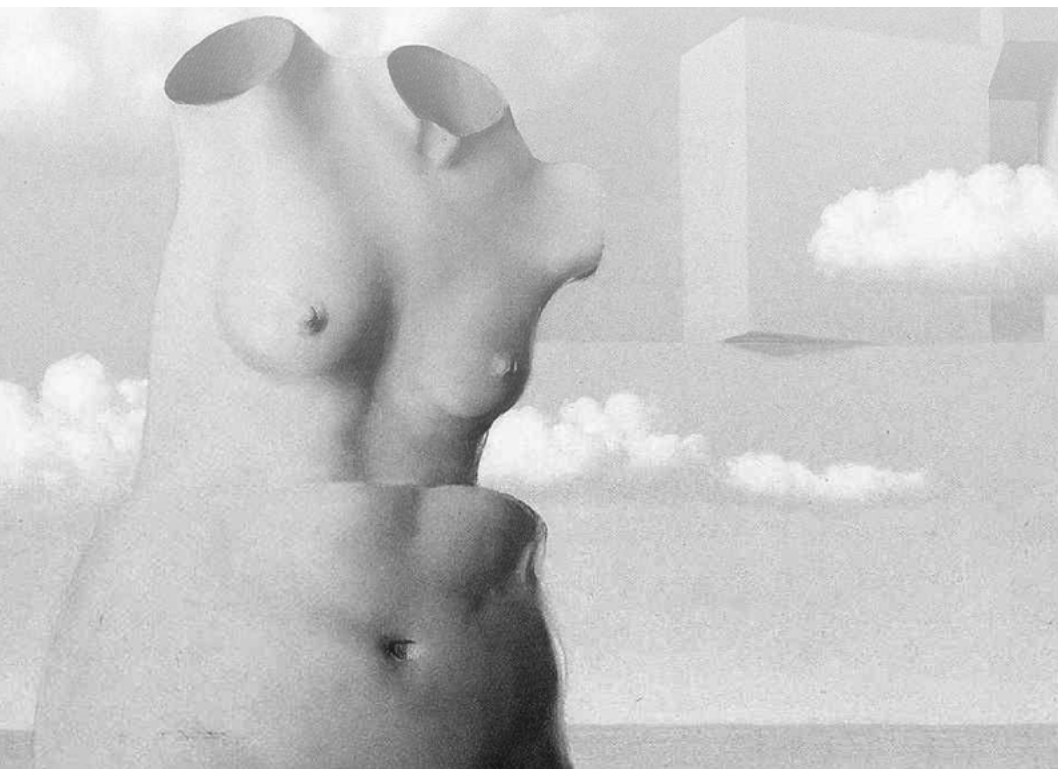
In a nutshell: borderline existence is the parading of a form of life that consumes itself in intensity and instantaneousness. In a word: the paradigm for consummation. The epicentre of this existential earthquake is a typical way of experiencing one's body as sheer flesh, also called body-without-organs. To this chaotic – that is, exhilarating as well as dissipating – un-form body experience, the borderline person responds with the practice and the politics of intensity, which *prima facie* may reduce the blurriness of body experience, but intensifies instability through immediateness and reinforces the Un-form. It is a self-defeating kind of practice and politics of the body as mere flesh, an authentic *Teufelskreis* - palindromic as it is the case with the famous Latin motto:

INGIRUMIMUSNOCTEETCONSUMIMURIGNI

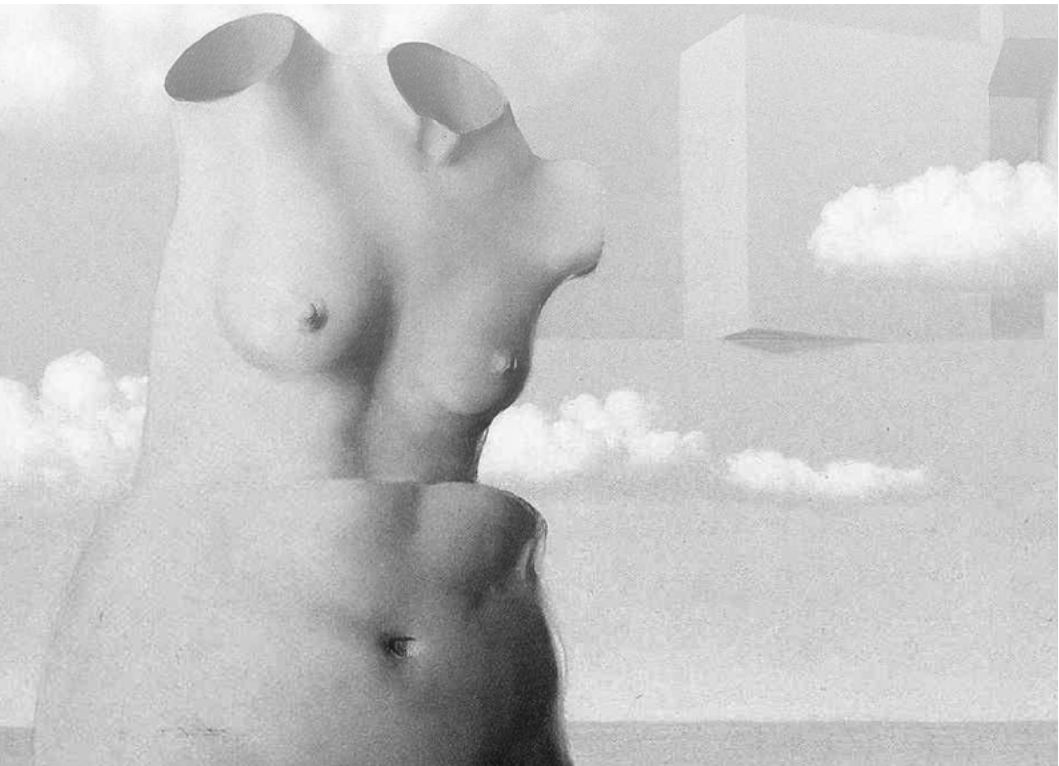
References

- Bataille, G. (1988) *The Accursed Share: An Essay on General Economy. Volume I: Consumption*. New York: Zone Books.
- Crow, T (2012) *In the Glass Menagerie: Damien Hirst with Francis Bacon*. In Damien Hirst. Catalogue of the exhibition Damien Hirst, Tate Modern; pp. 191-129.
- Deleuze, G. (2003) *Francis Bacon. The Logic of Sensation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- OneRepublic (2013). *Counting Stars*. In Native. Los Angeles: Mosley Music Group.
- Pasolini, P.P. (2001) *Una disperata vitalità*, in Poesie. Milano: Garzanti.
- Stanghellini, G. (2018) *L'amore che cura*. Milano: Feltrinelli.
- Stanghellini, G. and Mancini, M. (2019) *The Life-World of Persons with Borderline Personality Disorder*. In G. Stanghellini, M.R. Broome, A. Raballo, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, and R. Rosfort editors. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford/New York: Oxford University Press; pp. 665-681

El cuerpo vulnerable



The vulnerable body



EL CUERPO EN CRISIS

Alejandro de Marinis Palombo

*Profesor titular adjunto de Neurología
Jefe del Departamento de Neurología y Psiquiatría,
Clínica Alemana de Santiago*

Resumen

Una primera aproximación fenomenológica al estudio de las crisis epilépticas y la epilepsia parte de un análisis de los fenómenos corporales a través de descripciones en primera y tercera persona, siguiendo las distinciones establecidas por Edmund Husserl y Merleau-Ponty.

Las convulsiones epilépticas se caracterizan principalmente por fenómenos motores, sensoriales y psíquicos que generalmente (pero no siempre) están asociados al deterioro de la conciencia. Los ataques epilépticos y la epilepsia (una enfermedad caracterizada por crisis impredecibles no provocadas) se experimentan como una crisis, es decir, "una experiencia repentina e inesperada con consecuencias graves e inesperadas".

Un análisis fenomenológico de diferentes tipos de convulsiones seguido de su integración con el conocimiento actual (análisis semiológico) es la piedra angular de la atención clínica y el avance de la investigación en este campo. Igualmente importante es el rol potencial de una mirada fenomenológica para lograr una verdadera atención integral de las personas con epilepsia.

I. El cuerpo en crisis

Este capítulo abordará la experiencia del enfermar cuando ésta se presenta como una crisis, es decir, como una experiencia inesperada, de rápida aparición con consecuencias serias e impredecibles. Específicamente, analizaremos la presentación de la crisis como un súbito compromiso o pérdida de conciencia que anula toda vivencia del cuerpo. En la práctica clínica, en el 90% de los casos, estas crisis se producen por síncope, crisis epilépticas o crisis psicogénicas no epilépticas. En este capítulo nos centraremos en el análisis de las crisis epilépticas. Utilizaremos una mirada fenomenológica para lo cual es necesario efectuar una breve introducción y definir un glosario básico sobre la forma en que se usarán algunos términos.

La fenomenología es una disciplina filosófica creada por Edmund Husserl a inicios del siglo XX. El propósito de Husserl fue desarrollar un método para generar conocimiento que partiera directamente de la experiencia, es decir, a partir de la descripción de los fenómenos tal como se nos aparecen, dejando “en suspenso” todo concepto, convicciones, conocimientos o juicio previo que podamos tener sobre ellos. A partir de este primer paso, que Husserl llama “reducción histórica” (epoché), el método fenomenológico continúa con otras etapas que exceden el propósito de este texto y es por eso que hablamos de utilizar una mirada fenomenológica para entender al cuerpo en crisis y no de un análisis fenomenológico propiamente tal. Una descripción acabada pero al mismo tiempo accesible para un público no especialista del método fenomenológico se encuentra en su libro “Meditaciones Cartesianas” (1).

Utilizaremos entonces el siguiente glosario:

- **Fenómeno:** es todo aquello que aparece ante nosotros o en nosotros. Por ejemplo, una piedra o un dolor en la pantorrilla son fenómenos.
- **Vivencia:** se refiere a la experiencia primera de un fenómeno, previa a todo concepto, convicciones, conocimientos o juicio que podamos tener sobre él. El propósito de la “reducción histórica” es, justamente, describir las vivencias.
- **Mirada fenomenológica:** reducción histórica o epoché.
- **Observación:** es una mirada intencionada que se efectúa desde un punto de vista y condiciones elegidas y desde un cuerpo de conocimientos, convicciones o supuestos previos. Existe una hipótesis explícita o implícita sobre lo que se espera o busca observar. El fenómeno se convierte en objeto observado.

A poco andar se hace evidente que todo fenómeno se vivencia en relación al cuerpo y que la vivencia del cuerpo como fenómeno tiene características especiales que fueron analizadas muy especialmente (aunque no exclusivamente) por Husserl mismo y por el fenomenólogo francés Merleau – Ponty (2). A partir de estos estudios, la fenomenología hace una distinción clásica entre dos formas de vivenciar el cuerpo.

- **Cuerpo vivido:** (*Leib* o corps vécu). Es el cuerpo vivenciado en primera persona, “tal como yo lo vivo”. Las vivencias de este cuerpo darán origen a descripciones en primera persona.
- **Cuerpo Objetivo:** (*Körper* o corps objectif). Es la vivencia del cuerpo del otro, que da origen a descripciones en tercera

persona. Aquí la palabra objetivo no debe confundirse con la “observación de un objeto”, que corresponde a un concepto distinto como se indicó previamente.

En el caso de las crisis epilépticas, el análisis de las descripciones de ambos cuerpos será fundamental para avanzar en su cura.

II. Las crisis epilépticas y el cuerpo en crisis

Una crisis epiléptica consiste en la aparición transitoria de síntomas o signos debido a una actividad excesiva o hipsincrónica de las neuronas de la corteza cerebral. Si esta actividad se genera en un solo hemisferio cerebral, las crisis son catalogadas como focales, mientras que si se comprometen ambos hemisferios se las denomina crisis generalizadas. Las crisis focales pueden comprometer un área muy reducida de un hemisferio cerebral, como ocurre por ejemplo en las crisis restringidas al área motora primaria, las que se manifiestan únicamente como una sacudida rítmica de una mano o de la mitad de la cara, sin que exista ningún compromiso de conciencia. Por otro lado, cuando las crisis focales afectan regiones más amplias de un hemisferio cerebral se manifiestan con patrones motores más complejos y muy frecuentemente presentan compromiso de conciencia. En las crisis generalizadas, en cambio, el compromiso de conciencia es prácticamente de regla. En este punto es importante aclarar que, para los fines de describir las crisis epilépticas, el compromiso de conciencia se determina complementando el análisis de los fenómenos del cuerpo vivido con los del cuerpo objetivo. Así, el compromiso de conciencia es vivenciado desde el cuerpo vivido,

como una completa desconexión del medio (tal como la que ocurre durante el sueño) que puede presentarse con o sin pérdida del tono postural. Desde un punto de vista del cuerpo objetivo el compromiso de conciencia se manifiesta como la incapacidad del individuo de responder a estímulos del medio, que puede ir desde poder decir su nombre u obedecer órdenes motoras simples, hasta estar orientado en tiempo y espacio.

En la práctica existen cuatro manifestaciones básicas de las crisis epilépticas que pueden afectar las siguientes esferas: a) Motora b) Sensorial c) Psíquica d) Autonómica, las que pueden estar asociadas o no a un compromiso de conciencia. Desde un punto de vista médico, estas manifestaciones serán observadas como **signos**, fenómenos vivenciados en tercera persona y **síntomas**, fenómenos vivenciados en primera persona. Los signos y los síntomas serán integrados mediante la observación en una disciplina de interpretación, la **semiología**. La semiología busca inferir una causa (etiología) o mecanismo (fisiopatología) que a partir los síntomas y signos observados. Nótese que éste es un clásico modelo de observación, basado en un cuerpo de conocimientos, que tiene una intencionalidad clara, en este caso el diagnóstico y consecuente tratamiento del enfermo.

III. Crisis epilépticas y la mirada fenomenológica

Nuestro actual concepto de las crisis epilépticas no ha variado sustancialmente a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando un neurólogo clínico, considerado el padre de la epileptología

moderna, John Hughlings Jackson estableció en 1869 a partir de sus observaciones de las crisis epilépticas, que “una convulsión (*crisis epiléptica*) no es más que un síntoma y sólo implica que existe ocasionalmente una descarga excesiva y desordenada de tejido nervioso sobre los músculos”. A pesar del sesgo hacia los signos y síntomas motores (que son los más evidentes en las crisis epilépticas) la definición de Jackson sigue siendo válida en lo fundamental hasta nuestros días. El segundo avance significativo fue el efectuado por los esposos Gibbs y William Lennox, quienes realizaron estudios electroencefalográficos a los pacientes con epilepsia en la década de 1940, descubriendo que éstos presentaban descargas epileptiformes. Este descubrimiento incorporó las crisis epilépticas a la neurología y al “paradigma médico clásico”, ya que se había demostrado lo propuesto por Jackson en cuanto a una “causa física” de la enfermedad. Sin embargo, como veremos a continuación, la ausencia de una mirada fenomenológica hizo que este indiscutible avance se convirtiera, en parte, en un obstáculo para avanzar más rápidamente en el tratamiento de las crisis epilépticas.

La comprensión y el tratamiento de las crisis epilépticas no se modificaron sustancialmente por prácticamente un siglo, más allá del descubrimiento del fenobarbital en 1904, la fenitoína en 1938 y el ácido valproico en la década de los 60. Por otra parte, el impacto conceptual de los hallazgos electroencefalográficos llevó a que éstos estuvieran indisolublemente ligados a la definición misma de las crisis epilépticas, como lo demuestra la Clasificación de la Crisis Epilépticas de la Liga Internacional contra la Epilepsia del Año 1981, en la que los tipos de crisis se definen tanto por sus características clínicas como electroencefalográficas, generando

dificultades en el diagnóstico y tratamiento que no corresponde detallar aquí.

Es sólo en la década del 90 cuando un grupo de neurólogos -entre los que destacan Hans Lüders y su equipo en la Cleveland Clinic- aprovechan un avance tecnológico “revolucionario” para dar un giro a nuestra comprensión de las crisis epilépticas, introduciendo, sin mencionarla explícitamente, una mirada fenomenológica. Esta mirada fue uno de los factores clave que potenció el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico moderno de la epilepsia. Por primera vez era posible acceder a equipos de video de buena calidad a un precio “razonable”, que permitían que un servicio de neurología pudiera contar con uno o dos de ellos. Más aún, al unir el registro de video con la actividad electroencefalográfica (Video – EEG) en forma simultánea, fue posible correlacionar con una precisión de milisegundos la fenomenología de las crisis con la actividad electroencefalográfica.

A partir del registro en video – EEG de las crisis, éstas pudieron aparecer por primera vez en plenitud como fenómeno, permitiendo detalladas descripciones de primera y tercera persona, establecer correlaciones entre ellas y por supuesto utilizarlas como síntomas y signos. Más importante aún, esto llevó al reconocimiento de que las crisis epilépticas debían ser analizadas y comprendidas antes que nada a partir de sus características fenomenológicas, independientemente de su correlato electroencefalográfico. Este grupo propone entonces en 1998 una clasificación semiológica de las crisis epilépticas, que según los autores, “está basada exclusivamente en la semiología de las crisis, ya sea por lo que es reportado por el paciente, los fenómenos reportados por

testigos, o por los que se manifiestan en un registro de video”. Esta clasificación no está influenciada por los hallazgos del electroencefalograma o el resultado de cualquier otro estudio (3). En ella se utilizan términos estrictamente denotativos para describir los fenómenos que aparecen durante las crisis, siendo incluso necesario crear una terminología nueva para describir algunas crisis, tales como “crisis dialécticas” o “crisis hipermotoras”. Sólo en un segundo momento, el fenómeno se convierte en síntoma o signo y luego, al agregar en forma secuencial la información provista por la electroencefalografía, estudios de imágenes cerebrales y otra información proveniente de la clínica u otros estudios, es posible identificar síndromes epilépticos cada vez más específicos. Así, el tratamiento de la epilepsia se ha ido moviendo del tratamiento de las crisis epilépticas, al tratamiento de los síndromes epilépticos.

La descripción fenomenológica detallada de las crisis epilépticas pasó a ser el primer y más importante paso en el diagnóstico de la epilepsia. Por otra parte, la fenomenología de las crisis permite explorar conceptos fisiopatológicos y plantea algunas preguntas de interés. Esto, porque se hace posible correlacionar las manifestaciones fenomenológicas con el compromiso de ciertas áreas o redes cerebrales. Esta asociación se ve facilitada debido a que, independientemente de su complejidad fenomenológica, la gran mayoría de las crisis presenta un patrón estereotipado y breve (menos de 3 minutos). Destacaremos algunos aspectos que pueden analizarse en relación a las crisis sensoriales, psíquicas y el compromiso de conciencia.

Las crisis sensoriales (también llamadas auras cuando son seguidas de otros fenómenos durante las crisis) y psíquicas, son fenómenos que por definición se presentan en el cuerpo vivido (Lieb). En general, los pacientes presentan dos tipos de fenómenos sensoriales que podríamos catalogar como simples o complejos. Los fenómenos sensoriales simples pueden evidenciarse fuera del cuerpo, como por ejemplo, luces de colores o bien formando parte de él, como es el caso de “hormigueo” en un brazo. En ambos casos, estos fenómenos muestran dos características interesantes: a) El fenómeno se presenta con claridad y es relativamente fácil utilizar el lenguaje común para describirlo b) el fenómeno es fácilmente localizable en relación al cuerpo. Las crisis sensoriales complejas o las crisis psíquicas son en general más difíciles de describir y se vivencian “en” el cuerpo vivido, pero su localización es difusa o simplemente imposible (como ocurre con las emociones en la actividad mental normal). Ejemplos típicos son la sensación inminente de pérdida de conciencia, el “dejá vu” (la experiencia de ya haber vivido lo que se está vivenciando) y el menos frecuente “jamais vu” (la sensación de extrañeza o poca familiaridad en una situación o lugar conocidos). Por otro lado, pueden evidenciarse crisis sensoriales con una localización algo más precisa, que generan una experiencia difícil de describir pero al mismo tiempo típica, a tal punto que esta dificultad de descripción es lo que le da valor semiológico al fenómeno. El ejemplo clásico es la presencia de una sensación epigástrica ascendente prácticamente imposible de describir, que apunta directamente a un origen de la crisis en el lóbulo temporal.

Es importante resaltar que además de vivenciar estos fenómenos desde el cuerpo vivido, el enfermo también debe observarlos

para poder generar una descripción en primera persona, lo que implica poner en juego mecanismos de introspección, memoria y lenguaje. Debido a que en el estudio prequirúrgico de las crisis epilépticas se requiere muchas veces el registro simultáneo de la actividad electrográfica en estructuras precisas, se genera la posibilidad de una descripción en tercera persona de las mismas. Es la correlación de ambas descripciones lo que contribuye a un tratamiento quirúrgico exitoso, al permitir determinar cuáles son las estructuras que deben ser intervenidas. Lo anterior proporciona una validación, al menos en este ámbito de la medicina, de los métodos fenomenológicos de descripción en primera persona en la investigación fisiopatológica., lo que es interesante, ya que muchas veces han sido cuestionados o reducidos a un valor menor desde algunos ámbitos de las neurociencias o de la psiquiatría.

Como se mencionó, durante las crisis epilépticas aparecen en forma breve y estereotipada experiencias de “extrañeza” o “familiaridad”, lo que sugiere que estas vivencias pueden generarse en estructuras o circuitos específicos en forma previa a cualquier elaboración cognitiva. Otro tanto ocurre con experiencias del cuerpo vivido, que por un lado son típicas y relativamente localizadas -como las sensaciones epigástricas ascendentes- pero al mismo tiempo difíciles de describir, lo que en este caso apunta a que durante las crisis se activan estructuras o circuitos que no están normalmente activados y que abre el espectro de otras vivencias que pueden experimentarse en el cuerpo vivido. Lo destacable en todos estos casos es que a diferencia de lo que ocurre con otras vivencias “anormales” que pueden presentarse en las enfermedades psiquiátricas o ser inducidas por fármacos, en el caso de las crisis epilépticas existe la posibilidad de dilucidar mucho más

específicamente las estructuras y patrones funcionales cerebrales que generan estas vivencias.

El análisis desde una mirada fenomenológica del compromiso de conciencia durante las crisis epilépticas también ha permitido, por una parte mejorar el diagnóstico y tratamiento de las mismas y por otra, plantear algunas preguntas sobre la fenomenología de la conciencia.

En la evaluación de la conciencia de las crisis epilépticas se utiliza la distinción neurológica clásica de compromiso de conciencia:

- a. Compromiso de conciencia cuantitativo, es decir, compromiso de la vigilia que el paciente experimenta como pérdida de toda actividad consciente y que clínicamente se presenta con pérdida del tono postural y ausencia de conexión con el medio. Es posible graduar el compromiso cuantitativo de conciencia de acuerdo a los estímulos por lo general auditivos, táctiles o dolorosos que se requieren para que el paciente recupere la vigilia. Recuperado del episodio, existe una amnesia completa.
- b. Compromiso cualitativo de conciencia: el paciente se encuentra vigil, sin pérdida del tono postural pero presenta un grado de respuesta variable a la interacción con el medio o con otras personas. Además, durante el compromiso cualitativo de conciencia se puede observar actividad motora de complejidad variable, que muchas veces es similar a una actividad consciente. En este caso también existe, en general, una amnesia total o parcial del episodio.

Como vimos, en las crisis epilépticas, los mecanismos que generan la conciencia cuantitativa y cualitativa pueden dissociarse

completamente por pocos minutos, para después volver a su integración normal, lo que habla de mecanismos independientes en su generación y valida esta distinción semiológica.

En los pacientes que presentan un completo compromiso cualitativo de conciencia puede observarse actividad motora compleja que puede asemejarse a conductas concientes, como por ejemplo, arreglar la ropa de cama o tener interacciones simples con el examinador, lo que apunta a que esta actividad motora tiene mecanismos de generación independientes que son activados durante la actividad conciente normal. Más aún, en casos poco frecuentes se ha observado que los pacientes presentan su conciencia cualitativa conservada al punto de poder decir su nombre cuando se lo solicitan y, sin embargo, presentar patrones motores complejos o conductas simples sobre las que no tienen ningún control.

Como corolario, los fenómenos relacionados con trastornos de la conciencia que se presentan tanto en el cuerpo observado como en el cuerpo vivido durante las crisis epilépticas, apoyan la existencia de sistemas y activaciones fisiológicas específicas para la vivencia conciente, más que la aparición de la conciencia como “la suma” de varias funciones encefálicas superiores.

IV. El cuerpo en crisis: más allá de las crisis epilépticas

La vivencia del cuerpo en crisis se extiende más allá de la crisis epiléptica propiamente tal. En efecto, después de ocurrida una crisis se generan muchas vivencias tanto del paciente como de terceros, desde los familiares y el equipo de salud, hasta las vivencias que ocurren en diversos ámbitos de la interacción social, configurando otro tipo de “crisis”. Esta vez el paciente y todos estos actores relacionados con él, se encuentran con “una experiencia inesperada, de rápida aparición, con consecuencias serias e impredecibles”: la enfermedad epiléptica. Aparecen entonces vivencias de baja autoestima, negación, disociación, temor y la angustia que genera la pérdida de control ante lo que significa una enfermedad que en mayor o menor medida mantiene la posibilidad de una nueva crisis. Esto lleva entre otras cosas, al estigma, el prejuicio, la desvalorización y en muchos casos a severas limitaciones en el desarrollo personal y social - que no corresponden a las que impone la enfermedad - y en algunos casos, al suicidio. Todo ello, a pesar que existen los conocimientos y muchas veces los recursos para “curar al enfermo” no sólo desde la perspectiva médica sino también desde el significado original de la palabra cura que se refiere al cuidado integral. Esta realidad no puede verse mejor reflejada que en la frase del epileptólogo Rajendra Kale “la historia de la epilepsia puede resumirse en 4.000 años de ignorancia, superstición y estigma, seguidos de 100 años de conocimiento, superstición y estigma” (4). Más allá de constatar el hecho, el análisis fenomenológico aparece como una

herramienta útil para comprender las causas de este fenómeno y desarrollar las intervenciones que permitan revertirlo.

Comentarios finales y direcciones futuras

Esta breve reflexión sobre el cuerpo en crisis a partir de las crisis epilépticas grafica la importancia fundamental de elegir como punto de partida para acercarnos al cuerpo enfermo una mirada fenomenológica que integre la vivencia del cuerpo vivido y del cuerpo observado. En la práctica, esta mirada alternará con la observación clínica semiológica que busca intencionadamente síntomas y signos. En la capacidad de manejar esta alternancia con maestría e interés por el paciente, se juega en buena medida la posibilidad de una verdadera cura, tanto desde la perspectiva biológica como del cuidado integral de los enfermos. Sólo entonces, los avances tecnológicos podrán ser efectiva y correctamente integrados en la práctica clínica.

En el caso de las enfermedades neurológicas y psiquiátricas, la mirada fenomenológica es aún más relevante, ya que como ocurre con las crisis epilépticas, el análisis sistemático de primera y tercera persona permite generar nuevos conceptos y preguntas para orientar la investigación y el abordaje clínico de los pacientes.

Referencias

- Husserl E., (1996) *Meditaciones cartesianas*, México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Gallagher S. y Zahavi D., (2013), *La mente fenomenológica*, Madrid, España: Alianza Editorial.
- Lúders H. y cols. *Semiological Seizure Classification. Epilepsia*. 39 (9):1006 – 1013, 1998.
- Kale R. *Wide treatment gap needs to be reduced*.BMJ.315:2, 1997.

THE BODY IN CRISIS

Alejandro de Marín Palombo

*Assistant Professor of Neurology
Chief of the Department of Neurology and Psychiatrics,
Clínica Alemana de Santiago*

Abstract

An initial phenomenological approach of the study of epileptic seizures and epilepsy starts with an analysis of body phenomena through first and third person descriptions, following the distinctions established by Edmund Husserl and Merleau-Ponty.

Epileptic seizures are characterized mainly by motor, sensory and psychic phenomena that are usually (but not always) associated with consciousness impairment. Epileptic seizures and epilepsy (a disease characterized by unpredictable non provoked epileptic seizures) are experienced as a crisis, i.e. “a sudden and unexpected experience with serious and unpredictable consequences”.

A phenomenological analysis of different types of seizures followed by its integration with current knowledge (semiologic analysis) is the cornerstone of clinical care and research advancement in this field. Equally important is the potential role of a phenomenological view to achieve a true integral care of people with epilepsy.

I. The body in crisis

This chapter addresses the experience of getting sick when it presents itself as a crisis, in other words, as an unexpected experience of rapid appearance with grave and unpredictable consequences. We will specifically analyze the presentation of a crisis as a sudden impairment or loss of consciousness that annuls all the body's experiences. In clinical practice, in 90% of the cases these crises are caused by syncope, epileptic seizures or non-epileptic psychogenic crises. This chapter will focus on the analysis of epileptic seizures. We will apply a phenomenological view, therefore, a brief introduction and the definition of a basic glossary on how some terms will be used, are in order.

Phenomenology is a philosophical discipline created by Edmund Husserl at the beginning of the twentieth century. Husserl's purpose was to develop a method to create knowledge emanating directly from experience, in other words, based on the description of the phenomena just like they appear to us, "suspending" any concept, conviction, knowledge or prior judgement we might have about them. Based on this first step, which Husserl calls "historical reduction" (*epoché*), the phenomenological method continues with other stages which are beyond this text's purpose, therefore we say we will apply a phenomenological view to understand the body in crisis and not the phenomenological analysis as such. A thorough description, at the same time accessible for a public not specialized in the phenomenological method, can be found in his book "Cartesian Meditations" (1).

We will use the following glossary:

- **Phenomenon:** is everything that appears before us or in us. For example, a stone or pain in the calf are phenomena.
- **Experience:** refers to the first experience of a phenomenon, prior to all concept, conviction, knowledge or judgement we might have about it. The purpose of “historical reduction” is, precisely, to describe experiences.
- **Phenomenological view:** historical reduction or epoché.
- **Observation:** is an intended look performed from a viewpoint and based on chosen conditions and from a body of prior knowledge, convictions or assumptions. There is an explicit or implicit hypothesis about what is expected or what is intended to be observed. The phenomenon becomes the observed object.

After a while it becomes evident that all phenomena are experienced in relation to the body and that the experience of the body as a phenomenon has special characteristics that were very specially (though not exclusively) analyzed by Husserl himself and by the French phenomenologist Merleau-Ponty (2). Based on these studies, phenomenology makes a classical distinction between two ways of experiencing the body.

- **Lived body:** (*Leib* or *corps vécu*). This is the body experienced in the first person, “the way I experience it”. The experiences of this body give rise to first-person descriptions.
- **Target body:** (*Körper* or *corps objectif*). This is the experience of the other’s body, which gives rise to third-person descriptions. Here the word target should not be confused

with the “observation of an object”, which represents a concept different to the one indicated earlier.

In the case of epileptic seizures, the analysis of the descriptions of both bodies will be essential for advancement towards finding a cure.

II. Epileptic seizures and the body in crisis

An epileptic seizure consists of the transitory appearance of signs due to excessive or hypersynchronous activity of the cerebral cortex. If this activity is generated in one single brain hemisphere, the crises are catalogued as focal, while if both hemispheres are compromised, they are called generalized crises. Focal crises can compromise a very reduced area of a brain hemisphere, as occurs for example in the crises limited to the primary motor area, which are manifested exclusively as a rhythmical shaking of one hand or of half the face, without any consciousness impairment. On the other hand, when focal crises affect wider regions of a brain hemisphere, these appear with more complex motor patterns and very often show consciousness impairment. In generalized crises, however, consciousness is practically always impaired. In this point it is worth clarifying that, in order to describe epileptic seizures, consciousness impairment is determined by completing the analysis of phenomena of the lived body and those of the target body. Thus, consciousness impairment is experienced from the lived body, as a complete disconnection from the environment (like what happens in sleep) which may present itself with or without postural tone. From a target body point of view consciousness

impairment manifests itself as the individual's incapacity to respond to stimuli from the environment, which goes from being able to say their name or obeying simple motor orders to being oriented in time and space.

In practice there are four basic manifestations of epileptic seizures that can affect the following spheres: a) Motor b) Sensorial c) Psychic d) Autonomic, which may or may not be associated with consciousness impairment. From medical point of view, these manifestations will be observed as **signs**, phenomena experienced in third person, and **symptoms**, phenomena experienced in first person. The signs and symptoms will be integrated by observation in an interpretation discipline, **semiology**. Semiology aims at inferring a cause (ethology) or mechanism (pathophysiology) based on the symptoms and signs observed. Please remember that this is a classic observation model, based on a body of knowledge with a clear intention, in this case the diagnosis and consequent treatment of the sick person.

III. Epileptic seizures and phenomenological view

Our current concept of epileptic seizures has not varied substantially since the second half of the nineteenth century, when a clinical neurologist, considered as the father of modern epileptology, John Hughlings Jackson, based on his observations of epileptic seizures, established in 1869 that “a convulsion (*epileptic seizure*) is no more than a symptom and only implies that occasionally there is an excessive and disorderly discharge

of nerve tissue on the muscles”. Despite the bias towards the signs and motor symptoms (which are the most evident ones in epileptic seizures) Jackson’s definition remains fundamentally valid up until today. The second significant progress was done by the spouses Gibbs and William Lennox, who conducted electroencephalographic studies on patients with epilepsy in the decade of 1940 and discovered that these showed epileptiform discharges. This discovery included epileptic seizures into neurology and the “classic medical paradigm”, since Jackson’s proposal around a “physical cause” of the disease had been proven. Nonetheless, as we will see further on, due to the absence of a phenomenological view this undisputable progress became, partly, an obstacle to more rapid advance in the treatment of epileptic seizures.

The understanding and the treatment of epileptic seizures did not change substantially for almost a century apart from the discovery of phenobarbital in 1904, phenytoin in 1938 and valproic acid in the sixties. On the other hand, the conceptual impact of the electroencephalographic findings linked these inextricably to the definition itself of epileptic seizures, as is shown by the Classification of the Epilepsies of the International League Against Epilepsy of 1981 which defines the types of crises according to their clinical as well as electroencephalographic characteristics, generating difficulties in the diagnosis and treatment which does not require mentioning here.

Only in the nineties, when a group of neurologists – among whom Hans Lüders and his team of the Cleveland Clinic – used a “revolutionary” technological advance to turn our understanding

of epilepsies around by introducing, without explicitly mentioning it, a phenomenological view. This view was one of the key factors to enhance the diagnosis and modern surgical treatment of epilepsy. For the first time it was possible to access high-quality video equipment at a “reasonable” price, enabling a neurology service to afford one or two of them. Moreover, joining the video recording with the encephalographic activity (Video-EEG) simultaneously, made it possible to correlate the phenomenology of the crisis with the electroencephalographic activity with a precision of milliseconds.

Video recording-EEG of the seizures for the first time could make them appear fully as a phenomenon, which led to detailed descriptions from first and third person, established correlations between them and made it possible to use them as symptoms and signs. More importantly, this led to the recognition that epileptic seizures should be analyzed and understood, first of all, according to their phenomenological characteristics, regardless of their electroencephalographic correlation. Thus, in 1998 this group proposes a semiologic classification of epilepsies, which, according to its authors, “is exclusively based on the semiology of the seizures, whether because of what the patient reports or the phenomena reported by witnesses or by those manifested on a video recording”. This classification is not influenced by the findings of the electroencephalogram or the result of any other study (3). It uses strictly denotative terms to describe the phenomena that appear during some seizures, and it is even necessary to create a new terminology to describe some seizures, such as “dialeptic seizures” or “hypermotor seizures”. Only in a second instance does the phenomenon become a symptom or

sign and then, when sequentially adding the information supplied by the electroencephalography, brain image studies, other information from the clinic and other studies, more and more specific epileptic syndromes can be identified. Thus, treatment of epilepsy has moved from treating epileptic seizures towards treatment of epileptic syndromes.

The detailed phenomenological description of epileptic seizures became the first and most important step in the diagnosis of epilepsy. On the other hand, the phenomenology of the seizures enables to explore physiological concepts and poses some questions of interest. This makes it possible to correlate phenomenological manifestations with the impairment of certain areas or brain networks. This association is facilitated due to the fact that, regardless of their phenomenological complexity, the vast majority of crises show a stereotype and brief pattern (less than 3 minutes). Let us underline a few aspects that can be analyzed in relation to sensorial crisis, psychic crises and consciousness impairment.

Sensorial crises (also called auras when followed by other phenomena during the crises) and psychic crises are phenomena which, by definition, occur in the lived body (Lieb). In general, patients show two types of sensorial phenomena which we could catalogue as simple or complex. Simple sensorial phenomena can become evident outside the body, such as for example colored lights, or as part of it, such as a “tingling” sensation in one arm. In both cases, these phenomena show two interesting characteristics: a) The phenomenon appears clearly, and it is relatively easy to use common language to describe it, and b) the

phenomenon is easy to locate in relation to the body. Complex sensorial crises or psychic crises are generally more difficult to describe and are experienced “inside” the lived body, but their location is diffuse or simply impossible (as happens with emotions in normal mental activity). Typical examples are the imminent sensation of loss of consciousness, the “*déjà vu*” (the experience of already having been through what is being experienced) and the less frequent “*jamais vu*” (the sensation of estrangement or little familiarity in a known situation or known places). On the other hand, sensorial crises can occur with a more precise location, which generate an experience difficult to describe but typical at the same time, to such extent that this difficulty to describe is what gives the phenomenon semiologic value. The classic example is the presence of an upward epigastric sensation which is impossible to describe and directly points to the origin of the crisis in the temporal lobe.

It is worth highlighting that apart from experiencing these phenomena from the lived body, the sick person must also observe them to be able to give a first-person description, which implies involving inspection, memory and language mechanisms. Because the presurgical study of epileptic seizures often requires a simultaneous recording of electrographic activity in precise structures, the possibility arises of a third-person description thereof. It is the correlation of both descriptions that contributes to a successful surgical treatment, as it can be determined which of the structures should be intervened. The aforementioned validates, at least in this field of medicine, the phenomenological methods of first-person description in pathophysiological research, which

is interesting, since they have often been questioned or reduced to a lower value in some fields of neuroscience or psychiatry.

As has been mentioned, epileptic seizures show, briefly and in a stereotype way, experiences of “estrangement” or “familiarity”, which suggests that these experiences may be created in specific structures or circuits prior to any cognitive elaboration. Other things happen with experiences of the lived body, which, on the one hand, are typical and relatively located – such as upward epigastric sensations – but on the other, are difficult to describe, which in this case points out that during the crises structures or circuits are activated that are not normally activated and which opens the specter of other experiences the lived body can experience. Worth highlighting in all these cases is that, unlike with other “abnormal” experiences that can occur in psychiatric diseases or that can be induced by drugs, for epileptic seizures it is possible to elucidate the functional brain structures and patterns generated by these experiences much more specifically.

The analysis from phenomenological point of view of consciousness impairment during epileptic seizures has been able to improve their diagnosis and treatment and has also posed other questions around the phenomenology of consciousness.

The assessment of consciousness in epileptic seizures uses the classical neurological distinction of consciousness impairment:

- a. Quantitative consciousness impairment, which means, wakefulness impairment which the patient experiences such as the loss of all conscious activity and which clinically appears with the loss of postural tone and absence of

connection with the environment. It is possible to adjust quantitative consciousness impairment according to generally auditory, tactile or painful stimuli the patient requires in order to regain wakefulness. Once recovered from the episode, there is complete amnesia.

- b. Qualitative consciousness impairment: the patient is awake without loss of postural tone but shows a variable degree of response to interaction with the environment and other people. Moreover, during qualitative consciousness impairment motor activity of variable complexity can be observed, which is often similar to a conscious activity. In this case, generally there is also total or partial amnesia of the episode.

As we have seen, in epileptic seizures the mechanisms generating qualitative and quantitative consciousness can become completely dissociated for a few minutes and then go back to their normal integration, which means these mechanisms are independent in generation, thus validating this semiologic distinction.

In patients with a completely qualitative consciousness impairment complex motor activity can be observed which may look like conscious conducts, such as arranging bed sheets or having simple interactions with the examiner, which shows that his motor activity has independent generation mechanisms which are activated during normal conscious activity. What is more, in infrequent cases patients have been observed to present a qualitative consciousness preserved up to the extent of being able to say their name when requested and, at the same time,

presenting complex motor patterns or simple conducts they have no control over whatsoever.

As a corollary, phenomena related to consciousness disorders showing in the observed body as well as the lived body during epileptic seizures support the existence of physiological systems and activations specific for conscious experience, rather than the appearance of consciousness as “the sum” of several superior brain functions.

IV. The body in crisis: beyond epileptic seizures

The experience of the body in crisis extends beyond epileptic seizures themselves. In fact, after a seizure has occurred, many experiences are generated of the patient and of third people, such as relatives and the health team, even experiences that occur in diverse fields of social interaction, setting another type of “crisis”. This time the patient and all these people related to them find themselves facing “an unexpected, rapidly appearing experience, with grave and unpredictable consequences”: the epilepsy disease. Experiences of low self-esteem, negation, dissociation, fear and anguish appear which cause loss of control around this disease which, to a greater or lesser degree, maintains the possibility of a new crisis. This leads to consequences such as stigma, prejudice, devaluation and, in many cases, severe limitations in personal and social development – which do not correspond to those imposed by the illness – and, in some cases, to suicide. All this, despite the existence of knowledge and often resources to “cure the sick person”, not only from medical point of view but also from

the perspective of the original meaning of the word cure, which refers to integral care. This reality is best reflected in the phrase of epileptologist Rajendra Kale “the history of epilepsy can be summarized in 4,000 years of ignorance, superstition and stigma, followed by 100 years of knowledge, superstition and stigma” (4). Beyond stating the fact, phenomenological analysis appears as a useful tool to understand the causes of this phenomenon and develop interventions which make it possible to revert it.

Final comments and future directions

This brief reflection on the body in crisis marks the fundamental importance of choosing as starting point for approaching the sick body a phenomenological view integrating the experience of the lived body and the observed body. In practice, this view alternates with the semiologic clinical observation which intentionally looks for symptoms and signs. The capacity to manage this alternance with mastery and interest in the patient to a great extent represents the possibility of a real cure, from biological point of view as well as from the perspective of integral care for the sick. Only then can technological progress be effective and correctly integrated into clinical practice.

In the case of neurological and psychiatric diseases, the phenomenological view is even more relevant, since, like with epileptic seizures, with the systematic analysis of the first and third person, new concepts can be generated as well as questions to guide research and clinical dealing with patients.

References

- Husserl E., (1996) *Meditaciones cartesianas*, México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Gallagher S. and Zahavi D., (2013), *La mente fenomenológica*, Madrid, España: Alianza Editorial.
- Lúders H. and colleagues. *Semiological Seizure Classification. Epilepsia*. 39(9):1006 – 1013, 1998.
- Kale R., *Wide treatment gap needs to be reduced. BMJ*.315:2, 1997.

LA NOCIÓN DEL CUERPO Y LA ENFERMEDAD - UNA MIRADA DESDE LA RUTA DEL ASOMBRO

Arnold Hoppe W.

*Profesor Titular
Facultad de Medicina Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo*

Hay momentos biográficos que funcionan como la aguja de una vía férrea. Nos hacen cambiar de riel casi imperceptiblemente y sólo después de un tiempo tomamos nota del cambio de ruta. En la perspectiva de los años rememoro una lluviosa tarde de invierno que tuvo este efecto en mi propia vida. Siendo alumno de 4to año de Medicina solía acompañar hasta medianoche los turnos de neurología de los días martes del Dr Fernando Díaz Grez y Dr. Enrique Terra en el Hospital Barros Luco- Trudeau. Esa tarde había logrado llegar más temprano de lo habitual, por lo que tenía tiempo vacante antes de iniciar la ronda y el Dr Díaz Grez me llevó a ver a un paciente internado en la sala común del Servicio de Neurología. Pero a diferencia de ocasiones similares, esta vez me dio una indicación curiosa.

- *Sólo conversa con Juan – me dijo frotando su pipa apagada
- conversa con él, pero no le examines... sólo conversa con él.*

Eso hice y tuvimos una muy amena conversación. Juan era profesor rural y ejercía en la región de O'Higgins con pasión docente y un intenso compromiso social. Me relató buena parte de su vida

y terminó haciendo un incisivo análisis de la situación política del momento. Llevábamos unos 45 minutos de charla cuando se acercó el Dr. Díaz Grez y mudamente comenzó a examinar a Juan. Era evidente que presentaba una hemiplejía izquierda flácida y arrefléctica, con una respuesta plantar extensora. Con mis incipientes conocimientos de alumno me resultó claro que el paciente tenía una lesión hemisférica derecha severa, probablemente aguda. Terminado el silencioso examen el Dr Díaz Grez tomó una silla y se sentó a su lado, iniciando un diálogo que se grabó a fuego en mi memoria

- *¿Hola Juan, cuénteme por qué está acá?* - preguntó el Dr Díaz Grez, pipa en mano
- *Bueno, por el dolor de mi tobillo* – respondió Juan, señalando su pierna derecha
- *¿Cuál?*
- *Este, el derecho*
- *¿Y cómo está su lado izquierdo?*
- *Bien*
- *Bien... ¿lo puede mover?*
- *Pero claro.*
- *Levántelo entonces por favor,*

El paciente se acomodó un poco en la cama y levantó sólo el brazo derecho.

- *¿Puede levantar el brazo izquierdo?*
- *Sí, claro* - dijo Juan con soltura - *lo acabo de levantar*

El Dr. Díaz Grez se levantó de la silla, tomó el flácido brazo izquierdo de Juan y lo posicionó frente a sus ojos

- *¿De quién es esta mano, Juan?*
- *Ni idea... pero mía no es* - respondió Juan. Con la misma naturalidad con que afuera llovía.

Mi asombro fue mayúsculo. ¿Cómo era posible que este hombre, inteligente y lúcido, ignorara su evidente hemiplejía? ¿Cómo podía incluso desconocer su propia mano?

- “*Esto se denomina anosognosia*”- señaló Díaz Grez refregando su pipa - “Lo describió Babinski y el término se compone de los vocablos griegos *noso* que significa enfermedad, *gnosia* que significa conocimiento y el prefijo *a* que significa sin, o falta de algo. Literalmente *a-noso-gnosia* significa sin-noción-de-enfermedad”.

Agradezco ahora que el Dr. Díaz Grez no me diera ninguna explicación adicional y me dejara nuevamente con el paciente por más de una hora. Lo examiné y volví a conversar largamente con él. En ningún momento hubo un atisbo de que tuviera noción de su parálisis y que estuviera preocupado por su enfermedad. No obstante, era capaz de hacer agudos juicios respecto de todo lo demás. Mi asombro se tornó en intriga y experimenté con honda fascinación una primera vivencia personal de aproximación fenomenológica. El fenómeno en sí mismo, sin referencias de las cuales asirse se presentaba a mi alcance, pero insondable y profundamente perturbador.

No salí del asombro tampoco cuando revisé los textos de la época que daban cuenta de las referencias clásicas y la semiología

descrita en 1914 por Joseph Babinski en base a dos pacientes con hemiplejia izquierda sin conciencia de su defecto motor, pero con juicio plenamente conservado en otros aspectos. No había sido el primero en describir un fenómeno de esta naturaleza. Ya en 1885 Constantin von Monakow había descrito el caso de un paciente con ceguera cortical que no percibía su defecto y en 1893 Gabriel Anton había descrito pacientes con ceguera, sordera cortical y hemiplejias que no se daban cuenta de la existencia de esas secuelas. En los textos que pude consultar encontré la descripción de los fenómenos clínicos que había observado en Juan: la falta de concordancia emocional con la magnitud del déficit (anosodiaforia) y la falta de reconocimiento de un segmento del cuerpo como propio (asomatognosia). Además, encontré la descripción de otros fenómenos que no estaban presentes en el caso de Juan: la somatoparafrenia consistente en una alucinación estructurada en la que se atribuye la pertenencia de un segmento del cuerpo a otra persona, la personalización en la que se le atribuye identidad y autonomía a ese segmento del cuerpo y misoplejia, una suerte de animadversión dirigida al segmento del cuerpo que no se reconoce como propio. Pero no encontré en los textos alguna explicación o siquiera alguna hipótesis respecto de la naturaleza del fenómeno y tuve que relegar mi asombro al sótano de las inquietudes latentes. Desde ahí ha venido abonando mis intereses e inquietudes.

No había vuelto sobre el tema en todos estos años y no pretendo hacer una revisión sistemática o exhaustiva. Quiero mantenerme en el reino del asombro y la fascinación por el fenómeno, así como de las preguntas que sugiere el fenómeno respecto de cómo vivenciamos nuestra corporalidad y sus trastornos.

La anosognosia, no es en absoluto una rareza en la práctica neurológica. De hecho, como neurólogo me confronto con este fenómeno casi a diario, particularmente cuando atiendo a pacientes con demencias y enfermedades cerebrovasculares. En el contexto de la Enfermedad de Alzheimer está presente en grado moderado o severo en más del 70% de los casos (Castrillo Sanz 2016) y es parte relevante de la carga emocional que experimentan sus familiares. Esta falta de *insight* es tan característica que adquiere incluso un valor pronóstico en pacientes que son evaluados por trastornos mnésicos leves, siendo aquellos que minimizan sus trastornos en relación con el reporte de sus cercanos, los que tienen una mayor probabilidad de derivar en una Demencia tipo Alzheimer (Kalbe 2005). Por su parte, la anosognosia es un fenómeno también frecuente en el día a día de la neurología vascular. En pacientes con hemiplejias izquierdas de causa vascular está presente en 20-50% de los casos y en pacientes con hemiplejias derechas en un 5-10% de los casos. Pero estas tasas no son fijas. Es característico que tengan una evolución regresiva, vale decir, el fenómeno tiende a desvanecerse espontáneamente con el paso del tiempo. En pacientes con hemiplejias de causa vascular evaluados intensivamente con baterías neuropsicológicas la anosognosia se encuentra en 32% de los pacientes durante los primeros 3 días, un 18% al cabo de una semana y sólo un 5% al cabo de 6 meses (Vocat 2010).

Cabe preguntarse cómo es posible que la anosognosia sea prevalente en patologías que son tan disímiles en su fisiopatología. Las enfermedades vasculares cerebrales agudas son típicamente focales, vale decir, afectan zonas limitadas del encéfalo y se manifiestan con signos que expresan la especialización funcional

de nuestros cerebros con áreas motoras, sensitivas, del lenguaje, etc. Las demencias, en cambio, son producto de trastornos difusos principalmente neurodegenerativos que derivan en una progresiva pérdida neuronal que afecta al cerebro globalmente, más allá de la preeminencia por algunos lóbulos en las etapas iniciales de las diversas entidades nosológicas. ¿Por qué es relevante este contrapunto? Porque nos sitúa en el centro de una controversia que cruza desde antaño toda la neuropsicología, vale decir, la controversia entre las visiones localizacionistas y las teorías anti-localizacionistas de los trastornos neurológicos ¿Es la anosognosia la manifestación de un trastorno focal que expresa un desarreglo limitado a un área con especialización funcional o es un fenómeno de disfunción global, que expresa una alteración de integración funcional? O, dicho de otro modo, ¿Es la noción de enfermedad una función en si misma o es una propiedad emergente de nuestro sistema nervioso como un todo?

Tomemos como punto de partida el paradigma localizacionista. Los primeros estudios anatómicos vincularon el trastorno a lesiones ubicadas en la corteza parietal derecha, clásicamente vinculada al fenómeno de negligencia espacial en el que el individuo desatiende todo lo que se sitúa a un lado de su campo visual. En una exhaustiva revisión de Pia y cols. de los casos de hemiplejía con anosognosia (HCA) publicados entre 1938 y 2001 con documentación anatómica por autopsia o neuroimágenes (CT o RM) se encuentra, en efecto, una asociación con lesiones en el hemisferio derecho (Pia 2004). Sin embargo, las localizaciones más frecuentes de las lesiones no son aquellas que se limitan al territorio cortical parietal, sino las lesiones combinadas fronto-parietales o fronto-temporo-parietales y en un 41 % de los casos las lesiones

descritas comprometían además estructuras subcorticales. Aun considerando las limitaciones de las series retrospectivas, estos datos socavan seriamente la pretensión de localizar en un área circunscrita el fenómeno de la anosognosia. Berti y cols evalúan en forma prospectiva mediante RM la distribución de las lesiones en pacientes con hemiplejía izquierda y encuentran una asociación de la anosognosia con la presencia de lesiones que afectan zonas relacionadas con la programación del acto motor (córtex premotor área Brodman 6 y 44, el área 4 del córtex motor y el área 3 del córtex somatosensorial) (Berti 2005). En pacientes sin anosognosia en cambio, el córtex premotor suele estar indemne y presentan mayor compromiso subcortical, lo que sugiere que la representación de la intención del acto motor voluntario y la monitorización continua del movimiento ejecutado (o no ejecutado) es un elemento clave de la anosognosia en presencia de una hemiplejía (Jenkinson 2011) Pero ¿se comporta el cuerpo del sujeto de acuerdo con el movimiento supuestamente ejecutado o de acuerdo con la realidad de la parálisis? Una aproximación muy ingeniosa a esta pregunta fue el experimento diseñado por Garbarini y cols en el que se exploró la interferencia en la ejecución de movimientos cuando se realizan tareas bimanuales. Se solicitó a sujetos hemipléjicos realizar trayectorias lineales con la mano sana y circulares con la mano hemipléjica. En sujetos hemipléjicos sin anosognosia la mano sana ejecutó las trayectorias lineales sin interferencia. En los sujetos hemipléjicos anosognósicos, en cambio, las trayectorias de la mano sana tendieron a ser ovals, tal como ocurre en sujetos sanos sometidos a la misma tarea bimanual. Esto implica que el sujeto anosognósico conserva la intencionalidad y planificación del movimiento y su cuerpo efectivamente responde como

si estuviese vivenciando el movimiento tal como lo hace un sujeto sano (Garbarini 2012). Lo propio ocurre con la vivencia autonómica/emocional. Esto se evidenció en otra ingeniosa situación experimental en la que se utilizó un sistema de ilusión óptica en la que el individuo introduce su brazo en una caja, pero ve la imagen proyectada mediante espejos del brazo de otra persona de modo que la mano que ve en posición de la propia, en efecto no está bajo su control. En el caso de una persona normal, la sensación de pérdida de control voluntario sobre la extremidad que se percibe como propia, genera una reacción de sorpresa y sobresalto, con el correlato autonómico correspondiente. En contraste, en sujetos anosognósicos sometidos a la ilusión, esta reacción no se produce, vale decir, su sistema nervioso autónomo se comporta como si conservara control sobre esa extremidad que en realidad no es la propia (Ramachandran 1995).

Estos datos experimentales denotan que la anosognosia a la hemiplejía no se limita a un fenómeno motor y dice relación con una alteración más global de los mecanismos cerebrales de evaluación de discrepancias. Fotopoulou propone que el fenómeno anosognósico puede vincularse a un mecanismo neurobiológico general que opera en la generación de percepciones y presunciones. Este mecanismo considera procesos ascendentes (bottom-up) y descendentes (top-down) en diferentes niveles y dominios de la jerarquía neurocognitiva. Daría cuenta del antagonismo entre “expectativas previas” que operan sobre la base de modelos predictivos internos del mundo construidos sobre aprendizajes previos y determinantes genéticos y los “errores de predicción” que surgen de las señales efectivas tanto viscerales como sensoriales. Entre estos dos fenómenos debe

establecerse un balance dinámico de modo tal que podamos filtrar y organizar toda nueva información entrante basados en la robustez de nuestras expectativas, pero que a la vez nos permita adaptarnos y ajustarnos a un entorno cambiante, eventualmente derribando nuestras presunciones por muy robustas que ellas sean (Fotopoulou 2014). En este marco el fenómeno anosognósico podría entenderse como un trastorno en el balance dinámico entre estos dos polos referido a la propia corporalidad (Fotopoulou 2014). El cuerpo se vivencia en cada percepción y en cada movimiento en múltiples niveles de complejidad. En esta vivencia operan predicciones respecto de la propia corporalidad que deben contrastarse y actualizarse con la información exteroceptiva e interoceptiva entrante. Los mecanismos de valoración de la discordancia se caracterizan por su continuidad temporal y por su continuidad integrativa, entendiendo por ella la mutualidad de los diversos niveles jerárquicos dialogantes (bottom up & top down) en el proceso. El resultado de todo ello es una recreación continua de la corporalidad.

La anosognosia sería entonces expresión de un fracaso del proceso de actualización del cuerpo vivido. Una falla en la conciliación de la “expectativa corporal”, basado en el modelamiento interno del propio cuerpo y el “error de predicción” que la enfermedad señala. El sujeto que padece la hemiplejía no logra conciliar esta suerte de ataque frontal a su robusta predicción corporal que supone la súbita incapacidad para realizar un simple movimiento. Al no procesar la discordancia, el sujeto se vivencia en perfecta concordancia con su expectativa corporal y actúa como tal, vale decir, desde la normalidad de una corporalidad no perturbada.

Esta mirada nos permitiría aproximarnos también a los demás fenómenos asociados a la anosognosia. La anosodiaforia sería expresión de un cuerpo que es vivenciado sin merma y sin amenaza a la integridad. Por ello la afectividad del sujeto es concordante con un estado de salud, sin angustia ni preocupación. La asomatognosia sería resultado de un esquema corporal que se vivencia como un conjunto dado de estructuras (huesos, músculos, órganos), una matriz esencialmente fija e inmutable. De acuerdo con esta presunción de inmutabilidad de la propia corporalidad, todo cambio que ocurra no puede sino ser ajeno al cuerpo vivido y llanamente deja de formar parte de la propia corporalidad. La somatoparafrenia podría entenderse como una coherente extensión de este fenómeno, puesto que aquellos segmentos corporales que no son vivenciados como parte del propio cuerpo (lógicamente) deben corresponder a otro al cuerpo de otro. La personificación cobra sentido en cuanto aquello que no forma parte de la propia corporalidad es una cosa y en tanto cosa se le puede dar vida y personalidad, tal como se le suele dar personalidad a una muñeca o un oso de peluche. Finalmente, la misoplejia podría entenderse como expresión del desplazamiento del segmento del cuerpo desde el espacio intracorporal al espacio intercorporal, vale decir al espacio de las relaciones interpersonales. En este espacio relacional el segmento corporal pasa a ser sujeto de emoción, incluyendo eventualmente la aversión y el odio.

La anosognosia en el contexto de procesos neurodegenerativos como la demencia tipo Alzheimer es una sugerencia adicional de que estos mecanismos de predicción y contraste de discrepancias son globales y operan en los más diversos ámbitos de la jerarquía

del SNC, incluyendo los ámbitos cognitivos. En cuanto mecanismos fundamentales de actualización del cuerpo vivido, comprenderían también las propias capacidades cognitivas como la memoria, orientación espacial, lenguaje y funciones ejecutivas. Sobre la base de estos mecanismos damos coherencia y predictibilidad al mundo vivido. Operamos en este continuo de predicciones con un amplio bagaje de repertorios conductuales que integran el conjunto de experiencias previas, tanto fallidas como exitosas. La coherencia y predictibilidad del mundo vivido no sólo se refiere al entorno físico, sino también al social. En esta dimensión podrían situarse los trastornos de confianza social que frecuentemente presentan las personas con demencia tipo Alzheimer. Algunos pacientes confían en exceso y depositan su confianza en personas apenas conocidas, prestan dinero a quienes no corresponde, dejan de tomar los resguardos mínimos para cuidar sus bienes y son fácilmente estafados. Otros pacientes, en cambio, desconfían de todo, interpretan con recelo la más mínima discordancia y llenan los vacíos de memoria con elucubraciones paranoides o conspirativas. En uno y otro caso podemos entender el síntoma como expresión de una falla en los mecanismos de contraste de las discrepancias entre la predicción y el mundo social vivido.

Puesto en una perspectiva más amplia, en el fenómeno anosognóstico se expresan notablemente lo que Francisco Varela describe como los “puntos clave” de la conciencia y que tanto nos apartan de la “metáfora computacional” del cerebro como hardware y la mente como software respectivamente (Varela 1999). En la falla de los mecanismos de conciliación entre expectativa y percepción corporal se expresa la *encarnación enactiva* de la conciencia y la *co-determinación* de lo interno

(expectativa) y lo externo (información sensitiva y sensorial). Se expresa el carácter emergente de la cognición que no es la mera suma de las reglas locales de determinados circuitos, sino que resulta en un proceso global que no es independiente de las interacciones locales, pero tampoco puede ser reducido a ellas. Y en una perspectiva más personal y biográfica mi propia vivencia con la anosognosia de Juan me hizo palpable la *intersubjetividad de la mente* que se determina en la interacción con el otro y la *complejidad ontológica de la conciencia* que no es posible abarcar desde el mero reducto de la individualidad, sino en el espacio más amplio y circulatorio de la interacción social (Varela 1999).

En la perspectiva de los años rememoro esa lluviosa tarde de invierno y ese imperceptible cambio de riel que me situó para siempre en la ruta del asombro.

Referencias

- Bhat A, Peculiarities of insight: Clinical implications of self-representations. *J. Biosci.* 41(1), March 2016
- Berti A, et al. Shared Cortical Anatomy for Motor Awareness and Motor Control. *Science* 309, 488 (2005);
- Castrillo Sanz A, Calvo A, Gento R, et al Anosognosia in Alzheimer Disease: prevalence, associated factors and incidence in disease progression. *Neurologia* 2016; 31 (5) :296-304
- Donoso A. Anosognosia en enfermedades cerebrales. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 2002; 40 (2): 69-79
- Fotopoulou A. Time to get rid of the 'omdular' in neuropsychology: A unified theory of anosognosia as aberrant predictive coding. *Journal of Neuropsychology* (2014), 8, 1–19

- Garbarini F, Rabuffetti M, Piedimonte A, Pia L, Ferrarin M, Frassinetti F, Gindri P, Cantagallo A, Driver J, Berti A Moving a paralysed hand: bimanual coupling effect in patients with anosognosia for hemiplegia. *Brain* 2012; 135; 1486–1497
- Jenkinson P, Preston P, Ellis S, Unawareness after stroke: A review and practical guide to understanding, assessing, and managing anosognosia for hemiplegia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2011, 33 (10), 1079–1093
- Kalbe E, Salmon E, Perani D. et al Anosognosia in Very Mild Alzheimer’s Disease but Not in Mild Cognitive Impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19:349–356
- Pia L, Neppi-Modona M, Ricci R, Berti A. The anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis. *Cortex*. 2004 Apr;40(2):367-77
- Ramachandran VS. Anosognosia in parietal lobe syndrome. *Conscious Cogn* 1995; 4: 22–51
- Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. A diagnostic formulation for anosognosia in Alzheimer’s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77:719–25.
- Varela F. “Cuatro pautas para el futuro de las ciencias cognitivas” en *El Fenómeno de la Vida 3ª Edición* 2016 JC Saez Editores SpA, Santiago de Chile, Spanish version of the original “Four batons for the future of cognitive science” Envisioning knowledge Ed. B. Wiens, Colonia: Dumont, 1999
- Vocat R, Staub F, Stroppini T, Vuilleumier P. Anosognosia for hemiplegia: a clinical-anatomical prospective study. *Brain*. 2010 Dec;133(Pt 12):3578-97

THE NOTION OF BODY AND ILLNESS - A POINT OF VIEW FROM THE PATH OF WONDER

Arnold Hoppe W.

*Full Professor
Faculty of Medicine Clínica Alemana
Universidad del Desarrollo*

There are biographical moments that work like railroad switches. They make us change rails almost unnoticeably and only after a while we realize that we have changed routes. In the perspective of the years I remember a rainy winter afternoon that had this effect on my own life. As a fourth year Med student I used to accompany the Tuesday neurology shifts of Dr. Fernando Díaz Grez and Dr. Enrique Terra at the Barros Luco-Trudeau Hospital. That afternoon I had managed to arrive earlier than usual, so I had some spare time before starting rounds and Dr. Díaz Grez took me with him to see a patient who was hospitalized in the Neurology Service common room. But unlike in other similar occasions, this time he gave me a peculiar indication.

- *Just talk to Juan* – he said to me while he rubbed his pipe – *talk to him, but do not examine him... just talk to him.*

I did what he asked me, and we had an enjoyable conversation. Juan was a rural teacher and worked in the O'Higgins region teaching with passion and strong social commitment. He told

me the story of a large part of his life and ended up making an incisive analysis of the political situation of that moment. We had been talking for about 45 minutes when Dr. Díaz Grez approached us and started to examine Juan in silence. It was clear that he had a flaccid paralysis, with extensor plantar response. With my incipient student knowledge, it was clear to me that the patient had a severe, probably acute, right-hemispherical lesion. When the silent examination was over, Dr. Díaz Grez pulled up a chair next to him and started a dialogue that I have kept registered forever in my mind.

- *Hello, Juan, could you tell me why you are here?* – Dr. Díaz Grez asked him, with this pipe in his hand.
- *Well, because of the pain in my ankle* – Juan answered, while pointing at his right leg.
- *Which ankle?*
- *This one, the right one.*
- *And how is your left side doing?*
- *Good.*
- *Good ... can you move it?*
- *Well, yes, of course.*
- *Then, lift it for me please.*

The patient sat up a bit straighter in bed and lifted only his right arm.

- *Can you lift your left arm?*
- *Yes, of course* – Juan said smoothly – *I just did.*

Dr. Díaz Grez got up from his chair, took Juan's flaccid left arm and lifted it up and placed it in front of Juan's eyes.

- *Whose hand is this, Juan?*
- *No idea... it is not mine* - Juan answered, with the same naturality with which outside it was raining.

I was totally astonished. How was it possible that his intelligent and lucid man did not know about his evident hemiplegia? How could he not even recognize his own hand?

- *"This is called anosognosia"* - Dr. Díaz Grez said, while rubbing his pipe - "Babinski described it and the term consists of the Greek words *noso*, which means illness, *gnosia*, which means knowledge and the prefix *a* which means without or lacking. Literally, *a-noso-gnosia* means without-notion-of-illness".

I now thank Dr. Díaz Grez that he did not give any additional explanation and he left me with the patient again for over an hour. I examined him and talked to him for a long time. There was never any indication that he had any knowledge of his paralysis and that he was worried about his illness. However, he was capable of making acute judgments about everything else. My astonishment turned into intrigue and with deep fascination I went through my first personal experience of a phenomenological approximation. The phenomenon itself, without references to cling to, was within grasp, but unfathomable and profoundly disturbing.

My astonishment did not subside when I started checking texts of that period about classical references and the semiology described in 1914 by Joseph Babinski based on two patients with left hemiplegia without any awareness of their motricity

defect, but with full judgment in other aspects. He was not the first to write about a phenomenon of this nature. Already in 1885 Constantin von Monakow had described the case of a patient with cortical blindness who did not perceive his defect and in 1893 Gabriel Anton had described patients with cortical blindness, deafness and hemiplegia who did not realize the existence of these consequences. In the texts I consulted I found the description of the clinical phenomena I had observed in Juan: the failure to recognize a body segment as his own (asomatognosia). Moreover, I found the description of other phenomena Juan's case did not show: somatoparaphrenia consisting of a structured hallucination which attributes the belonging of a body segment to another person, the personalization in which identity and autonomy is assigned to this body segment and misoplegia, a kind of hatred towards the body segment which is not recognized as their own. But in the texts, I did not find any explanation or not even any hypothesis regarding the nature of the phenomenon and I had to force my astonishment to the basement of latent concerns. Then it was taken over by other interests and concerns.

I have not thought about this in all these years I and do not intend to make any systematic or comprehensive analysis. I wish to remain in the realm of astonishment and fascination for the phenomenon, as well as the questions the phenomenon suggests about how to experience our corporeality and its disorders.

Anosognosia is absolutely not rare in neurological practice. In fact, as a neurologist I am faced with this phenomenon almost daily, particularly when treating patients with dementia and cerebrovascular diseases. In patients with Alzheimer disease

anosognosia is present in moderate or severe degree in over 70% of the cases (Castrillo Sanz 2016) and is a relevant part of the emotional load their relatives experience. This lack of insight is so characteristic that it even acquires prognosis value in patients who are assessed for light mnesic disorders, because those who minimize their diseases in comparison with the reports of their relatives, are more likely to develop Alzheimer-type dementia (Kalbe 2005). On the other hand, anosognosia is a frequent phenomenon in vascular neurology as well. 20-50% of patients with left hemiplegia due to a vascular cause show anosognosia, and in patients with right hemiplegia it is present in 5-10% of the cases. But these rates are not fixed. They typically show a regressive evolution, that means, the phenomenon tends to spontaneously fade away over time. Patients with hemiplegia due to a vascular cause who were intensively assessed with neuropsychological batteries present anosognosia in 32% of the cases during the first 3 days, in 18% of the cases after a week and in only 5% after 6 months (Vocat 2010)

It is worth asking how it is possible that anosognosia is prevalent in pathologies that are so different in terms of their physiopathology. Acute cerebrovascular diseases are typically focal, that means, they affect the limited areas of the brain and manifest themselves with signs expressing the functional specialization of our brains with motricity, sensorial and language areas, etc. Dementia, however, is caused by mainly neurodegenerative diffuse disorders that lead to a progressive neuronal loss affecting the brain globally, without prevalence of any lobes in the initial stages of the diverse nosologic entities. Why is this counterpoint relevant? Because it places us in the center of a controversy from long

ago across all neuropsychology, that means, the controversy between localizationist visions and anti-localizationist theories of neurological disorders. Is anosognosia the manifestation of a focal disorder expressing a limited disruption of an area with functional specialization or is it a global disfunction phenomenon expressing a functional integration alteration? Or, in other words, is the notion of the disease a function itself, or is it a property that emerges from our nervous system as a whole?

Let us take the localizationist paradigm as our starting point. The first anatomic studies linked the disorder to lesions located in the right parietal cortex, classically associated with the phenomenon of spatial negligence in which the individual neglects everything located on one side of their visual field. A comprehensive analysis by Pia and colleagues on the hemiplegia cases with anosognosia (HCA) published between 1938 and 2001 with anatomic documentation by autopsies or neuroimages (CT or RM) establishes, indeed, an association with lesions in the right hemisphere (Pia 2004). Nonetheless, the most frequent localizations of lesions are not those restricted to the parietal cortical territory, but the combined front-parietal or front-temporal-parietal lesions, and in 41% of the cases of the lesions described, subcortical structures were impaired too. Even when considering the limitations of the retrospective series, these data seriously undermine the intention to locate the phenomenon of anosognosia into a circumscribed area. Berti and colleagues assess the lesions in patients with left hemiplegia prospectively by MRI and find an association between anosognosia and the presence of lesions affecting the areas related to motor action programming (Brodman premotor cortex area 6 and 44, motor cortex area 4 and

somatosensorial cortex area 3) (Berti 2005). However, patients without anosognosia tend to have an undamaged premotor cortex and show more subcortical impairment, which suggests that the representation of the intention of voluntary motor actions and the continuous monitoring of executed (or not executed) movements is a key element of anosognosia in the presence of a hemiplegia (Jenkinson 2011). But, does the subject's body behave in accordance with the supposedly executed movement or in accordance with the reality of the paralysis? A very clever approach to this question was the experiment designed by Garbarini and colleagues in which they explored the interference in the execution of movements when bimanual tasks were performed. The hemiplegic subjects were asked to trace straight lines with their healthy hand and circles with their hemiplegic hand. In hemiplegic subjects without anosognosia the healthy hand traced the lines without interference. In anosognosic hemiplegic subjects, however, the lines the healthy hand traced tended to be oval, like what happens with healthy subjects submitted to the same bimanual task. This implies that the anosognosic subject preserves the intentionality and planning of the movement and their body responds indeed as if it was experiencing the movement like a healthy subject does (Garbarini 2012). The same thing happens with autonomic/emotional experiences. This was demonstrated with another ingenious experimental situation using an optic illusion system in which the individual would introduce their arm in a box while seeing an image projected with mirrors of the arm of another person, so that the hand they see in the position of their own, in fact is not under their control. In the case of normal people, the sensation of loss of voluntary control over the limb

perceived as their own causes a reaction of surprise and startles them, with the corresponding autonomic correlation. In contrast, in anosognosic subjects submitted to the illusions, this reaction does not take place, which means that their autonomous nervous system does not behave as if it had preserved control over the limb which, in reality, is not their own (Ramachandran 1995).

These experimental data indicate that anosognosia of hemiplegia is not restricted to a motricity phenomenon and is related to a more global alteration of the discrepancy assessment brain mechanisms. Fotopoulou proposes that the anosognosic phenomenon may be linked to a general neurobiological mechanism that operates on generating perceptions and assumptions. This mechanism considers bottom-up and top-down processes in different levels and domains of the neurocognitive hierarchy. It would point out the antagonism between “previous expectations” that operated based upon internal predictive models of the world built upon previous learning and genetic determinants and the “prediction errors” that emanate from effective both visceral and sensorial signals. Between these two phenomena a dynamic balance is to be established so that we can filter and order all new incoming information based upon the robustness of our expectations, but at the same time enables us to adapt and adjust to a changing environment, possibly overthrowing our assumptions, however robust they may be (Fotopoulou 2014). In this framework, the anosognosic phenomenon could be understood as a disorder in the dynamic balance between these two poles referring to the own corporeality (Fotopoulou 2014). The body is experienced in each perception and each movement at multiple levels of complexity. In this experience predictions operation with regard

to the own corporeality that have to be contrasted and updated with the incoming exteroceptive and interoceptive information. Discordance valuation mechanisms are characterized by their continuity in time and by their integrative continuity, which means the mutuality of the diverse dialoging hierarchic levels (bottom-up and top-down) in the process. The result of all this is a continuous recreation of corporeality.

Anosognosia would, therefore, be the expression of a failure of the process to update the lived body. A failure to conciliate the “corporal expectation”, based upon the internal modelling of the own body and the “prediction error” indicated by the disease. The subject suffering from hemiplegia does not manage to conciliate this kind of frontal attack to its robust corporal prediction that supposes the immediate incapacity to perform a simple movement. When not processing discordance, the subject experiences themselves in perfect concordance with their corporal expectation and acts as such, this means, from the normality of a non-disturbed corporeality.

This view enables us to approach the other phenomena associated with anosognosia as well. Anosodiaphoria would be the expression of a body that is experienced without decline and without a threat towards its integrity. Therefore, the subject’s affection agrees with a healthy state, without anxiety nor concerns. Asomatognosia would be the result of a body scheme experienced as a given set of structures (bones, muscles, organs), an essentially fixed and immutable matrix. In accordance with this assumption of immutability of the own corporeality, all changes that occur cannot but be foreign to the lived body and plainly quit being

part of the own corporeality. Somatoparaphrenia could be understood as a coherent extension of this phenomenon, since those body segments that are not experienced as part of the own body (logically) must belong to the body of someone else. Personification starts to make sense to the extent that which does not form part of the own body is a thing, and as a thing it can be given life and personality, just like personality is given to a doll or a teddy bear. Finally, misoplegia could be understood as the expression of displacement of the body segment from the intracorporal space to the intercorporal space, which means, the space of interpersonal relationships. In this relational space the body segment becomes a subject of emotion, possibly including revulsion and hatred.

Anosognosia in the context of neurodegenerative processes such as Alzheimer-type dementia is an additional suggestion that these discrepancy prediction and contrast mechanisms are global and operate in the most diverse fields of the CNS hierarchy, including cognitive fields. As for the fundamental mechanisms for updating the lived body, these would also comprise the own cognitive capacities such as memory, special orientation, language and executive functions. Based upon these mechanisms we give the lived world coherence and predictability. We operate in this continuum of predictions with a vast baggage of behavioral repertoires which are part of the set of previous experiences, both failed and successful. Coherence and predictability of the lived world does not only refer to physical surroundings, but also to the social environment. This dimension could house the social trust disorders frequently present in people with Alzheimer-type dementia. Some patients confide excessively and place their trust

in people they barely know, lend money to people they should not lend money to, do not take minimum precautions to protect their belongings and are easily defrauded. Other patients, however, distrust everything, interpret the smallest discordance with suspicion and fill memory voids with paranoid or conspiratorial imagination. In either case we can understand the symptoms as an expression of a failure in the discrepancies contrast mechanisms between prediction and the lived social world.

Placed in a broader perspective, the anosognosic phenomenon clearly expresses what Francisco Varela describes as “key points” of consciousness and which separate us from the “computational metaphor” of the brain as hardware and the mind as software, respectively (Varela 1999). In the failure of the mechanisms of conciliation between corporal expectation and perception, the *enactive incarnation* of consciousness and *codetermination* of the internal (expectation) and external (sensitive and sensorial information) is expressed. The emerging cognition character is expressed, which is not the mere sum of local rules of determined circuits, but the result of a global process which is not independent of local interactions, but cannot be reduced to them either. And from a more personal and biographical perspective, my own experience with Juan’s anosognosia made the intersubjectivity of the mind, which is determined in the interaction with other people, more palpable, as well as the *ontological complexity of consciousness* which cannot be dealt with from the mere bastion of individuality, but in the broader and more circulatory space of social interaction (Varela 1999).

With the years I remember that rainy winter afternoon and that imperceptible switch of rails that placed me forever on the route of astonishment.

References

- Bhat A, Peculiarities of insight: Clinical implications of self-representations. *J. Biosci.* 41(1), March 2016
- Berti A, et al. Shared Cortical Anatomy for Motor Awareness and Motor Control. *Science* 309, 488 (2005);
- Castrillo Sanz A, Calvo A, Gento R, et al Anosognosia in Alzheimer Disease: prevalence, associated factors and incidence in disease progression. *Neurologia* 2016; 31 (5) :296-304
- Donoso A. Anosognosia en enfermedades cerebrales. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 2002; 40 (2): 69-79
- Fotopoulou A. Time to get rid of the ‘omdular’ in neuropsychology: A unified theory of anosognosia as aberrant predictive coding. *Journal of Neuropsychology* (2014), 8, 1–19
- Garbarini F, Rabuffetti M, Piedimonte A, Pia L, Ferrarin M, Frassinetti F, Gindri P, Cantagallo A, Driver J, Berti A Moving a paralysed hand: bimanual coupling effect in patients with anosognosia for hemiplegia. *Brain* 2012: 135; 1486–1497
- Jenkinson P, Preston P, Ellis S, Unawareness after stroke: A review and practical guide to understanding, assessing, and managing anosognosia for hemiplegia *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2011, 33 (10), 1079–1093
- Kalbe E, Salmon E, Perani D. et al Anosognosia in Very Mild Alzheimer’s Disease but Not in Mild Cognitive Impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 19:349–356

- Pia L, Neppi-Modona M, Ricci R, Berti A. The anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis. *Cortex*. 2004 Apr;40(2):367-77
- Ramachandran VS. Anosognosia in parietal lobe syndrome. *Conscious Cogn* 1995; 4: 22–51
- Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. A diagnostic formulation for anosognosia in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77:719–25.
- Varela F. "Cuatro pautas para el futuro de las ciencias cognitivas" en *El Fenómeno de la Vida 3ª Edición* 2016 JC Saez Editores SpA, Santiago de Chile, Spanish version of the original "Four batons for the future of cognitive science" *Envisioning knowledge* Ed. B. Wiens, Colonia: Dumont, 1999
- Vocat R, Staub F, Stroppini T, Vuilleumier P. Anosognosia for hemiplegia: a clinical-anatomical prospective study. *Brain*. 2010 Dec;133(Pt 12):3578-97.

PERSONALIDAD Y VULNERABILIDAD

Andrés Heerlein L.

PhD

Profesor Titular de Psiquiatría Facultad de Medicina

Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Profesor Asociado, Universidad de Chile

Miembro de Número, Academia Chilena de Medicina

Resumen

La historia de la personalidad en la aparición de diferentes patologías médicas se remonta a los autores presocráticos de la península helénica. La conocida clasificación de "temperamentos" de Hipócrates menciona una predisposición específica de temperamentos implicados en el desarrollo de determinadas patologías. En los tiempos modernos, la personalidad todavía juega un papel importante en el desarrollo de una vulnerabilidad específica hacia ciertas enfermedades orgánicas y diferentes trastornos psiquiátricos. No se puede hablar de una personalidad causal o patogénica, sino de una especial vulnerabilidad asociada a determinados rasgos de personalidad que predisponen a algunas enfermedades. En medicina, por ejemplo, se ha sugerido que la 'alexitimia' y la 'personalidad tipo D' están asociadas a enfermedades orgánicas o funcionales específicas. En psiquiatría, rasgos de personalidad como 'typus melancholicus' o 'neuroticism' revelan asociaciones relacionadas con depresiones melancólicas o con esquizofrenia. Sin embargo, también se ha descrito que

el neuroticismo tiene un rol otros trastornos psiquiátricos. Es importante incrementar la investigación psicométrica sobre el papel de los rasgos y agrupaciones de personalidad en la medicina general y en los campos de la psicología clínica y la psiquiatría.

Introducción

La historia de las influencias de la personalidad en la emergencia de las diferentes patologías médicas se remonta a los autores presocráticos de la península helénica. La conocida clasificación de temperamentos de Hipócrates hace mención de una cierta predisposición de temperamentos a desarrollar determinadas patologías. Los escritos de Platón y Aristóteles hablan de la existencia de una *Diathesis*, término enteramente equivalente al concepto anglosajón de *Disposition*, proveniente del latín. En filosofía escolástica, la “Disposición” adquiere un rol fundamental en la “dinámica del ser”, abriendo así el camino a un modelo de pensamiento causal - etiológico. En el siglo XX, el desarrollo de esta temática se atribuye primordialmente a Kretschmer, quien daría un impulso significativo al tema de la Constitución y de la Personalidad como forma específica de predisposición en el enfermar. Paralelamente, el desarrollo de la medicina antropológica de la escuela de Heidelberg de Viktor von Weizsäcker y de la corriente psicósomática de Franz Alexander en los EEUU, plantean, desde diversas perspectivas, teorías que intentan relacionar aspectos caracterológicos con diversas formas de patología médica. En ambos casos, la personalidad pasa a

constituir un elemento importante en el posterior desarrollo de la enfermedad humana.

En las diversas especialidades de la medicina esta forma de pensamiento ha tenido un desarrollo desigual. En medicina interna, a partir del siglo XIX numerosos autores intentan encontrar asociaciones entre ciertos rasgos de personalidad y determinadas enfermedades. Ya en los escritos de Canstatt, en 1841, se comienza a dibujar la perspectiva subjetiva de la nosología médica, asociando ciertos rasgos de personalidad con la predisposición, el diagnóstico y el desenlace posterior de ciertas enfermedades.

En el siglo XX, ésta posición encontró algún respaldo en la escuela francesa de la denominada 'medicina psicosomática', con autores como Marty y D'Muzan, quienes describieron un particular tipo de pensamiento asociado a la patología somática, denominado 'pensée opératoire'. En los EEUU la posterior emergencia del concepto de 'Alexitimia' dio origen a una gran fuente de datos e información psicométrica registrada en las áreas de la cardiología, gastroenterología, dolor crónico, psiquiatría, etc. El constructo 'Alexitimia' descrita en los ochenta pero que mantiene vigencia en la actualidad se refiere a rasgos específicos de la personalidad asociados a la expresión emocional.

Estudios recientes sobre la personalidad y la vulnerabilidad a desarrollar ciertas enfermedades orgánicas han reafirmado la noción de que sólo algunos patrones o rasgos de personalidad predisponen a desarrollar, por ejemplo, cardiopatías coronarias. En particular, el tipo de personalidad D, caracterizado por negatividad y baja sociabilidad, ha sido asociado a las enfermedades coronarias. En el caso del dolor crónico y de diversas alteraciones funcionales,

también se han descrito rasgos específicos de personalidad asociados a dichas enfermedades. Si bien los conceptos de Alexitimia como el de personalidad tipo D han sido descritos como vulnerabilidades específicas a determinadas enfermedades orgánicas, se ha logrado demostrar que se trata de conceptos diferentes e independientes entre sí (Epifanio et al, 2018).

En el caso de la psiquiatría, durante el siglo XX comienzan a realizarse las primeras descripciones sistemáticas de la personalidad de los diferentes tipos de pacientes con problemas de salud mental. Las valiosas contribuciones de Freud, Kretschmer, Tellenbach, Winokur entre muchos otros contribuyeron al perfeccionamiento de la taxonomía, el diagnóstico y la terapéutica psicológica y psiquiátrica. Pero antes de continuar, es necesario revisar cuál es el concepto actual de personalidad y de vulnerabilidad.

I. Personalidad

La personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne una misma persona, que le son propias y que la distinguen del resto de las personas. Las interrelaciones e interacciones de cada una de estas características, que generalmente son estables, serán las que determinan la conducta y el comportamiento de una persona. La personalidad está determinada por dos elementos principales: temperamento y carácter. De acuerdo con la mayoría de los modelos psicológicos de personalidad, como el de Hans Eysenck o el de Robert Cloninger, el temperamento tendría un origen principalmente genético, mientras que el carácter estaría determinado por factores sociales,

ambientales y biográficos. En relación a los aspectos biológicos, estudios recientes sostienen que un 50 % de la varianza de la personalidad estaría determinada genéticamente (Torgesen et al., 2002; Power et al., 2015; Shackman et al., 2016). No obstante, la discusión sobre cómo y cuánto influyen el rol del temperamento y/o del carácter en la consolidación definitiva de la personalidad aún no finaliza.

La personalidad, en general, se mantiene en forma estable y congruente a través del tiempo, aun en distintas situaciones o momentos, otorgando un sello único a cada individuo. Ambos aspectos de la personalidad, distinción y persistencia, tienen una fuerte vinculación con la construcción de la identidad, la cual es modelada con características denominadas rasgos o conjuntos de rasgos de personalidad. La personalidad es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad, mostrando una reiteración de dicho comportamiento a través del tiempo, lo que nos permite afrontar la vida y evidenciar el modo en que nos vemos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. Cada persona al nacer ya tiene determinada parte de su propia personalidad, con ciertas características únicas. Con el paso del tiempo, la biografía, el desarrollo psicológico, los factores ambientales y las circunstancias irán definiendo a cada persona.

La personalidad será fundamental para el desarrollo de las múltiples habilidades del individuo y para su forma de interacción con la realidad y los grupos sociales. Pero también será muy relevante en el origen, la evolución y el desarrollo de diferentes enfermedades.

II. Vulnerabilidad

En el ámbito de la psiquiatría la personalidad pre-mórbida constituye una forma de predisposición o una particular *vulnerabilidad* hacia el desencadenamiento, desarrollo y la evolución de diversas enfermedades psiquiátricas. Aparece en la literatura gracias a Zubin, quién lo reduce principalmente al contexto de una predisposición caracterológico-cognitiva relacionada con la esquizofrenia. En la década de los sesenta se revitalizan las perspectivas de la personalidad, de la biografía y de la subjetividad en el enfermar, emergiendo con fuerza las visiones antropológicas, fenomenológicas y psicopatológicas. Así por ejemplo, en el ámbito de los Trastornos Afectivos, los trabajos de Tellenbach (1961) en relación a la tipología de los pacientes melancólicos, permiten un avance sustancial en la comprensión de las posibles interrelaciones existentes entre la personalidad premórbida y la depresión. Lo fundamental de este carácter radicaría en el afán de orden (“ordenalidad”). El ordenamiento es aquí “fijación y mantenimiento de la vida entre límites rígidos, que difícilmente pueden ser trascendidos”. Este autor distingue tres facetas en el modo de ser de los melancólicos, referidos a su actividad, a la comunicación interhumana y a la relación consigo mismo. A partir de Tellenbach, diferentes autores comienzan a desarrollar estudios hermenéuticos y psicométricos con el fin de profundizar en el campo de la personalidad premórbida y las psicosis.

Mientras tanto, la tradición anglo-norteamericana sigue un curso un poco diferente, confirmando alguno de ellos pero registrando

otros rasgos de personalidad más frecuentemente constatados. Aquí destacan principalmente:

- Neuroticismo o Inestabilidad emocional
- Introversión-Extroversión
- Rigidez y perfeccionismo
- Madurez social
- Energía Mental
- Negativismo

Los primeros estudios empíricos destacaron el *neuroticismo*, entendido como sinónimo de inestabilidad emocional, como un indicador de vulnerabilidad para diversas patologías psiquiátricas. El neuroticismo se relaciona con un tono afectivo inestable, disposición a la ansiedad y la depresión y comportamientos irascibles frecuentes. Numerosos autores americanos y europeos han demostrado una relación entre el Neuroticismo y los trastornos psiquiátricos y corporales. A continuación analizaremos la relación entre ciertos rasgos de personalidad y los principales trastornos psiquiátricos.

III. Personalidad y esquizofrenia

Las descripciones originales de Eugen Bleuler sobre la Esquizofrenia destacan algunos aspectos relacionados con la personalidad premórbida de estos pacientes, los que ocupan un lugar preponderante. En E. Bleuler reconocemos un intento de generar un continuo entre los rasgos de personalidad esquizoides y asténicos y el desarrollo de una posterior esquizofrenia. Aquí

observamos la clara intención de hacer más comprensible la descompensación psicótica a través del estudio de la personalidad previa, la biografía y los factores desencadenantes. Sin embargo, el posterior desarrollo de la psicopatología posterga esta discusión, que, con honrosas excepciones, sólo reencuentra su camino en la década de los 60 del siglo XX.

Es a partir de éste momento donde el estudio de las interrelaciones existentes entre la personalidad premórbida y la esquizofrenia comienza a constituir un importante impulso para las discusiones teóricas acerca del rol y los límites de la influencia de la personalidad en la manifestación clínica, la evolución y el pronóstico de las psicosis. Zubin ve aquí la posibilidad de identificar marcadores específicos, incluso antes del primer brote, intentando además explicar de que modo esta "vulnerabilidad" interactúa con las variables biográficas y ambientales (Zubin, 1977). Cabe mencionar también la teoría de Rado en relación al inicio y a la predisposición hacia la esquizofrenia. Según este autor, el componente esencial de la personalidad esquizotípica que predispondría a esta enfermedad, lo constituirían la incapacidad propia de estos individuos a experimentar placer. Este defecto, según Rado, llevaría a un déficit en el desarrollo de iniciativas sociales, conduciendo a su vez a adaptaciones esquizoides. La magnitud y la naturaleza de estas adaptaciones dependería de la carga genética y del grado de estrés familiar y ambiental (Rado, 1994). Actualmente, la mayoría de los autores coincide en que existen factores patoplásticos que contribuyen en la expresión clínica y la evolución de la esquizofrenia. No obstante, existen dudas acerca de si la personalidad ejerce un rol relevante en el desarrollo de la enfermedad, o si tan sólo constituye una forma

de predisposición específica hacia la evolución posterior. No está claro si los rasgos de personalidad constituyen síntomas precoces de la misma enfermedad, o son una consecuencia. También existen discrepancias en relación al tipo de personalidad que caracteriza a este subgrupo de pacientes psiquiátricos. Los eruditos en este tema coinciden en que si bien existen algunos rasgos de personalidad premórbida más característicos para la esquizofrenia, estos no siempre están presentes.

Los rasgos más frecuentemente descritos en relación a la esquizofrenia son:

- Rasgos esquizoides, esquizotípicos o esquizotímicos.
- Rasgos asténicos, reservados,, inseguridad, sensibilidad y fanatismo
- Desestructuración, introversión, rasgos esquizoides y paranoides.
- Baja madurez social, energía mental y estabilidad emocional

Observamos aquí que los rasgos de personalidad más bien asténicos y esquizoides han sido descritos como el núcleo de la personalidad premórbida del paciente esquizofrénico. No obstante, estudios psicométricos recientes han registrado rasgos de elevado neuroticismo, de introversión y de baja madurez social, coincidiendo con algunas descripciones clínicas antes mencionadas. Particular mención le cabe al reciente estudio de Hayes, que apoya muchas de las hipótesis señaladas (Hayes, 2017).

IV. Personalidad y trastornos del ánimo

En el ámbito psiquiátrico, Kretschmer (1921) plantea la presencia de una estructura de personalidad ciclotímica en el trasfondo de los trastornos afectivos, más bien como una forma mitigada del trastorno mismo. A partir de las contribuciones de éste autor comienzan a perfilarse las primeras teorías de los temperamentos depresivos e hipértímicos. De acuerdo a Kretschmer, existirían tres modelos básicos de temperamentos asociados a los trastornos afectivos: el temperamento depresivo, donde la persona tiene a oscilar en el ámbito de la depresividad; el temperamento hipértímico, donde la persona vive en un estado anímico más bien alegre, y el temperamento ciclotímico, donde el individuo oscila entre uno y otro. En los tres casos mencionados, se trataría de rasgos estables de la personalidad, de aparición precoz en la vida, y que se enmarcan dentro de las características normales de la personalidad. De ésta forma, los diferentes temperamentos ofrecen ventajas y desventajas a sus portadores, de acuerdo a las tareas que enfrenten. A su vez, los temperamentos constituyen oscilaciones normales que en determinados momentos de la biografía pueden desencadenar en un Trastorno Depresivo o en un Trastorno Ciclotímico.

No obstante, las contribuciones de Kretschmer no lograron dilucidar el difícil problema de la diferenciación entre las diferentes formas clínicas y de evolución de los trastornos del ánimo. Las importantes contribuciones de Leonhard (1963) en la diferenciación de las depresiones endógenas uni y bipolares permitieron aumentar significativamente la claridad en el confuso panorama de los trastornos afectivos y sus relaciones con la

personalidad. Los trabajos posteriores de von Zerssen (1988), Angst & Clayton (1987) lograron dar consistencia empírica a la dicotomía sugerida por Leonhard. Es más, la mayoría de estos registros empíricos coinciden en sugerir la presencia de dos entidades nosológicas diferentes. También en EEUU y en Japón los trabajos de autores independientes coinciden en apoyar los postulados teóricos de Leonhard (1963).

En relación a la personalidad, especial interés reviste el hecho que antes de Tellenbach y Kraus, en Japón el autor Shimoda describe en forma independiente a los autores alemanes una estructura particular de la personalidad de los depresivos que denomina “Imidothymia”, caracterizada por rigidez y apego a las normas. Este autor asocia estas características de la personalidad a la depresión unipolar, con características melancólicas. Para Shimoda, el fenómeno central de la melancolía está en “congelamiento” de la vida interior, en la paralización de los fenómenos psíquicos, y lo relaciona con una particular rigidez en la personalidad de estos sujetos (Kraus, 1971).

En Alemania, en forma casi paralela, Tellenbach (1961) describe en la década del sesenta un particular tipo de personalidad asociado a las depresiones melancólicas que éste último denomina “Typus melancholicus” y que se caracteriza por un marcado afán de orden y limpieza, convencionalismo, relaciones estables y dependientes, marcada meticulosidad y cautela con temor al cambio. Las descripciones de Tellenbach no sólo permiten explicar el desarrollo de las depresiones melancólicas sino que sirven para entender su evolución y su relación con la problemática personalidad-biografía. Con la descripción del Typus melancholicus, Tellenbach no sólo

consigue establecer un elemento clave en la diferenciación de los Trastornos depresivos, sino que logra salvar en forma brillante el hiato existente entre la personalidad, la situación desencadenante y la emergencia de la melancolía.

Posteriormente, el “Typus melancholicus” recibe una amplia base de apoyo en la psiquiatría antropológica de habla alemana. Los trabajos hermenéuticos de Kraus (1971) y Blankenburg (1988) brindan sólido apoyo a la tesis de un tipo particular de personalidad asociado a las depresiones unipolares. Blankenburg destaca del Typus melancholicus los rasgos de “solidez”, en el sentido de mayor rigidez, mientras Kraus acuña el concepto de “Hipernomía” en el comportamiento de estos individuos. Para Kraus, la esencia del Typusmelancholicus está en una sobreidentificación con las normas y los roles sociales, en especial con el rol laboral o profesional.

Si bien las descripciones de los autores alemanes y japoneses son coincidentes en los aspectos teóricos y descriptivos, la evaluación de estos rasgos en un plano objetivo ha resultado más difícil. Los trabajos de von Zerssen (1988) en Alemania lograron demostrar que muchos rasgos del “Typus melancholicus” efectivamente se concentran en la población de pacientes depresivos unipolares. Mediante el empleo de múltiples inventarios de personalidad y el estudio de grandes poblaciones de pacientes y fichas clínicas, von Zerssen encuentra mayor rigidez, orientación a las normas y apego a las convenciones en los depresivos unipolares, coincidiendo así con Tellenbach. Los trabajos posteriores de Richter et.al. (1992) y Heerlein et. al. (1996) le otorgan sólido respaldo empírico al concepto de “Typusmelancholicus” asociado por Tellenbach con

la depresión unipolar. Las revisiones más recientes de Ambrosini y Stanghellini confirman estos postulados en otras latitudes y desde otras perspectivas (Ambrosini et al, 2011). Así mismo, estos autores logran avanzar en la descripción y comprensión psicopatológica de los pacientes melancólicos. Recientemente, Stanghellini et. al. describe un modelo de melancolía apoyado en una posible desincronización temporal, para lo cual logra demostrar evidencia empírica (Stanghellini et al .2017). Este hallazgo y el modelo que lo sostiene constituyen un muy probable avance en la mejor comprensión de las asociaciones entre los factores de personalidad como el *typusmelancholicus*, la percepción temporal y los síntomas de las depresiones mayores.

V. Intolerancia a la ambigüedad y depresión

El concepto de intolerancia a la ambigüedad tiene sus orígenes en la escuela de Frankfurt, cuyo desarrollo se vio particularmente estimulado en la posguerra a partir de 1945. La socióloga Frenkel-Brunswick, interesada en los fenómenos psicosociales del autoritarismo, define este concepto de la siguiente forma: “Los individuos con intolerancia a la ambigüedad tienden a revelar rigidez en sus procesos cognitivos. Existe una resistencia contra la ambigüedad perceptual, una tendencia a favorecer los estereotipos “blanco o negro” y una tendencia a evitar el pensamiento probabilístico.

Frenkel-Brunswick hace posteriormente una separación entre la intolerancia a la ambigüedad emocional y cognitiva. Mientras

la primera se refiere al relacionamiento afectivo con los demás, la segunda se refiere al procesamiento cognitivo de la realidad.

Algunos autores de la literatura psiquiátrica y psicológica introducen este rasgo de la personalidad en estudios de procesamiento cognitivo de los pacientes depresivos y esquizofrénicos. Kraus (1988) sugiere que los sujetos con un trastorno del estado del ánimo presentan niveles elevados de intolerancia a la ambigüedad, relacionando este concepto a sus enunciados de conducta hipernómica. De hecho, el concepto de intolerancia a la ambigüedad coincide indirectamente con los postulados de Tellenbach, Shimoda y Blankenburg, en el sentido de una cierta rigidez cognitiva en los melancólicos. Beck, desde una perspectiva cognitiva, plantea que los pacientes depresivos tienden a procesar la realidad en términos de categorías polares, es decir, en términos de extremos “todo o nada” o “blanco o negro”, siendo incapaces de reconocer los matices intermedios. Este concepto se asemeja en muchos sentidos al concepto de Intolerancia a la ambigüedad aquí planteado. No obstante, la evaluación psicométrica de este concepto sólo se inició a fines de la última década, con investigaciones aplicadas al campo de la sociología y la pedagogía. Los trabajos realizados en población de pacientes psiquiátricos son muy escasos, y han sido desarrollados principalmente en el ámbito de pacientes esquizofrénicos y depresivos. En un primer estudio realizado por nuestro grupo de trabajo de Heidelberg, se exploraron los niveles de intolerancia a la ambigüedad en un grupo de pacientes depresivos unipolares, comparándolos con pacientes bipolares, esquizofrénicos, distímicos y un grupo control de personas sanas (Heerlein 1991). Para la evaluación de la intolerancia a la ambigüedad se utilizaron inicialmente dos

escalas, las de Budner y de Kischkel, pudiendo seleccionarse a esta última por su mayor estabilidad y capacidad discriminativa. La escala de Kischkel es un cuestionario de autoevaluación sencillo, de preguntas relacionadas con la conducta social y laboral. Todos los pacientes respondieron a estas preguntas en la etapa asintomática (Heerlein, 1991).

Tanto el grupo de depresivos unipolares con melancolía hospitalizados como en el grupo de pacientes ambulatorios de la clínica de Heidelberg, reveló niveles significativamente mayores de intolerancia a la ambigüedad. Considerando la eventual susceptibilidad a determinadas influencias culturales que pudiera presentar este constructo, se realizó un segundo estudio en pacientes de nuestro país, de características psicosociales comparables. El diagnóstico fue realizado en ambos casos por el mismo psiquiatra, disminuyendo así esta fuente de error.

En otro estudio realizado en Chile, en colaboración con los Drs. J. Santander y P. Richter, se compararon pacientes depresivos unipolares, bipolares, esquizofrénicos y un grupo control de personas sanas (Heerlein et al., 1996). En el grupo de pacientes chilenos, nuevamente se registraron niveles significativamente mayores de intolerancia a la ambigüedad para el grupo de depresivos unipolares. Este hallazgo confirma que los pacientes depresivos unipolares presentan un particular estilo de procesamiento cognitivo, definido como intolerancia a la ambigüedad, enteramente compatible con las hipótesis de Tellenbach y de Kraus. A su vez, demuestra que este constructo de la personalidad se presenta en contextos culturales diferentes y no pareciera estar sujeto a las influencias socioculturales propias

de los países desarrollados. Cabe destacar además que este constructo de la personalidad había sido descrito anteriormente por A. Beck en sus descripciones sobre los pacientes depresivos. Beck (2010) no utiliza el nombre de Intolerancia a la ambigüedad, pero se refiere a fenómenos muy similares. A su vez, este autor hace especial mención del rol que juegan este estilo cognitivo en el desencadenamiento de la depresión, como así también en la tendencia a la cronificación. Tanto Beck como Kraus destacan el rol que juega este particular estilo cognitivo en la aproximación psicoterapéutica de la depresión.

Los pacientes depresivos unipolares presentan como rasgo estable de la personalidad mayor intolerancia a la ambigüedad, tanto cognitiva como ambigüedad emocional. Esta intolerancia a la ambigüedad corresponde a un particular estilo de procesamiento de la información, externa e interna, como así también a la necesidad de establecer el relacionamiento afectivo en categorías de “todo o nada”. De esta forma, los sujetos depresivos carecen de la flexibilidad necesaria para la adecuada adaptación del individuo a los continuos cambios que exige la biografía. A su vez, el depresivo invierte gran parte de su energía en controlar las variables externas e internas que amenacen la estabilidad y el control de la realidad. Es precisamente esta falta de flexibilidad que observamos en el depresivo que permite entender no sólo el nexo entre este constructo y la insuficiente expresividad emocional, sino también con los rasgos descritos por Tellenbach en el concepto de *Typus melancholicus*.

VI. Rigidez y melancolía

Desde las clásicas descripciones de Tellenbach del Typusmelancholicus, numerosas evidencias sugerían que la rigidez puede corresponder a uno de los elementos centrales de este constructo. Las descripciones de Shimoda en Japón, de Blankenburg, Dietrich, Peters y Kraus en Alemania, y los estudios psicométricos de von Zerssen apuntan en forma coincidente a una marcada rigidez en la estructura de personalidad de los depresivos endógenos. Rigidez, en este contexto, se puede definir de la siguiente forma:

“Los individuos con una personalidad rígida muestran una tendencia a evitar los cambios, a permanecer inmóviles en sus nichos existenciales, una incapacidad para adaptarse a situaciones muy inciertas o fluctuantes, una falta de flexibilidad laboral, social y en la toma de decisiones y un temor a lo nuevo.”
(Blankenburg, 1988; Kraus, 1988).

Como podemos observar, muchos de los rasgos del Typusmelancholicus de Tellenbach y de la estructura Hipernómica de Kraus se encuentran incluidos en el concepto de “rigidez” aquí esbozado. Es por ello que von Zerssen, tras una larga exploración empírica de los rasgos nucleares del Typus melancholicus, optó por destacar este rasgo de entre las características enunciadas por Tellenbach. Investigaciones clínicas realizadas en Italia, España, Brasil y Chile coinciden con von Zerssen, demostrando además que la exploración psicométrica del Typusmelancholicus es mucho más operativa cuando se utiliza el concepto de rigidez así definido.

Estos estudios confirman las hipótesis de Tellenbach destacando además que la Rigidez pareciera ser un constructo central en el fenómeno del “Typusmelancholicus”. De hecho, las descripciones de los autores japoneses y alemanes antes mencionados coinciden en señalar a la rigidez como el elemento central de la personalidad de los melancólicos. El mismo Tellenbach llama la atención sobre la particular tendencia de estos individuos a adaptarse a los cambios y a evitar situaciones impredecibles. Al hablar del extremado afán por el orden de estos sujetos, no creemos que se trate de un acto reflexivo y fundamentado. El problema estriba en que el Typusmelancholicus está “fijado” al orden y a la acción de mantener orden. Pero como bien nos señala Kraus, esta fijación no constituye una obsesión, sino un acto desprovisto de cualquier ansiedad o temor. se trata de un elemento determinado por la rigidez del melancólico, el que no puede ni quiere alterar el orden externo. Las vivencias de cambio o de des-orden se experimentan como displacenteras, siendo entonces necesario prevenirlas con un orden estructurado, una puntualidad y un marcado apego a las normas. De acuerdo con Tellenbach, cuando estos sujetos se ven confrontados a situaciones de des-orden, de cambio o no planificadas, cuando surgen desafíos que demanden plasticidad interna, cuando se quiebran los esquemas preestablecidos o, incluso, cuando se termina un proyecto, el melancólico se encuentra particularmente vulnerable a desarrollar un cuadro depresivo. No es éste el momento de profundizar más en la teoría de Tellenbach, pero podemos apreciar claramente cómo la rigidez y el orden constituyen un elemento central en éste modelo. Las investigaciones de numerosos autores alemanes, de autores japoneses y estudios empíricos realizados internacionalmente

certifican que la rigidez, a través de las culturas, constituye uno de los elementos centrales de la personalidad del individuo melancólico.

Conclusiones

La personalidad juega un rol importante en el desarrollo de una vulnerabilidad específica hacia ciertas enfermedades orgánicas y diferentes trastornos psiquiátricos. No es posible hablar de una personalidad causal o patogénica sino más bien de una vulnerabilidad especial asociada a ciertos rasgos de personalidad que predisponen a algunas enfermedades. En psiquiatría, por ejemplo, se registran conjuntos de rasgos que revelan asociaciones estrechas con las depresiones melancólicas o con la esquizofrenia. Sin embargo, es necesario aumentar y profundizar la investigación psicopatológica y psicométrica en relación al rol de la personalidad como factor de vulnerabilidad en medicina general y en psiquiatría.

Referencias

- Ambrosini A, Stanghellini G, Langer AI. (2011). Typus melancholicus from Tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Sep-Oct;39(5):302-11.
- Angst J, Clayton P. (1987) Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiatry* 27: 511-532.

- Beck, A. (2010). *Kognitive Therapie der Depression*. Beltz Taschenbuch Psychologie.
- Blankenburg, W. (1988). Das Problem der prämorbiden Persönlichkeit. In Janzarik W (Ed) *Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart: Enke, 57-71.
- Epifanio MS, Ingoglia S, Alfano P, Lo Coco G, La Grutta S. (2018). Type D Personality and Alexithymia: Common Characteristics of Two Different Constructs. Implications for Research and Clinical Practice. *Front Psychol*. 2018 9;9:106. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00106. eCollection 2018. PubMed PMID: 29479327; PubMed Central PMCID: PMC5811501.
- Hayes J.F., Osborn D. P.J., Lewis G., Dalman Ch, Lundin A. (2017). Association of Late Adolescent Personality With Risk for Subsequent Serious Mental Illness Among Men in a Swedish Nationwide Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 74(7): 703–711.
- Heerlein A, Richter P. (1991). Ambiguitätsintoleranz bei affektiven und schizophrenen Störungen. *Nervenarzt*; 62: 269-273.
- Heerlein, A., Santander, J., & Richter, P. Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 430-434: 1996
- Kraus A. Der Typus melancholicus in östlicher und westlicher Forschung: Der Japanische Beitrag M. Shimodas zur prämorbiden Persönlichkeit Manisch-Depressiver. *Nervenarzt*; 42 :481- 483, 1971.
- Kraus A. Ambiguitätsintoleranz als Persönlichkeitsvariable und Strukturmerkmal der Krankheitsphänomene Manisch-Depressiver. In: Janzarik W (Ed): *Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart: Enke: 140-149, 1988.
- Kretschmer E. (1921) *Körperbau und Charakter*. Berlin, Springer.
- Leonhard K. (1963). Die präpsychotischen Temperamente bei den monopolen und bipolaren phasischen Psychosen. *Psychiatr Neurol (Basel)*; 146:105 - 115, 1963.

- Power RA, Pluess M. (2015) Heritability estimates of the Big Five personality traits based on common genetic variants. *Transl Psychiatry* 2015 Jul; 5(7): e604. Published online. Jul 14. doi: 10.1038/tp.2015.96
- Rado Sandor, in Kaplan & Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1994.
- Richter, P., Daker, M.V., Heerlein, A., Schützwohl, M., & Diebold, K. Personalidade premorbida a psicose afetiva. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 41, 451456: 1992.
- Shackman AJ, Tromp DP, Stockbridge MD, Kaplan CM, Tillman RM, Fox AS. (2016) Dispositional negativity: An integrative psychological and neurobiological perspective. *Psychol Bull.* 2016 Dec;142(12):1275-1314. Epub 2016 Oct 10. Review. PubMed PMID: 27732016; PubMed Central PMCID: PMC5118170.
- Stanghellini G, Ballerini M, Presenza S, Mancini M, Northoff G, Cutting J. Abnormal Time Experiences in Major Depression: An Empirical Qualitative Study. *Psychopathology*. 2017;50(2):125-140.
- Tellenbach H. (1961) *Melancholie*. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer.
- Torgersen S, Edvardsen J, Øien PA, Onstad S, Skre I, Lygren S, Kringlen E. (2002). Schizotypal personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum. *Schizophr Res. Mar* 1;54(1-2):33-8.
- Zubin J, Spring G. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 86 :103 - 126.
- Zerssen Dv. (1988). Der Typus manicus als Gegenstück zum Typus melancholicus in der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur affektpsychotischer Patienten. In: Janzarik W: (Ed) *Persönlichkeit und Psychose*. Enke, Stuttgart, S 150–171.

PERSONALITY AND VULNERABILITY

Andrés Heerlein L.

PhD

Full Professor of Psychiatry Faculty of Medicine

Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Associate Professor, Universidad de Chile

Fellow of the Chilean Medicine Academy

Abstract

The history of personality in the emergence of different medical pathologies can be traced back to the pre-Socratic authors of the Hellenic Peninsula. The well-known classification of Hippocrates's 'temperaments' mentions a specific predisposition of temperaments involved in the development of certain pathologies. In modern times personality still plays an important role in the development of a specific vulnerability towards certain organic diseases and different psychiatric disorders. It is not possible to speak of a causal or pathogenic personality but rather of a special vulnerability associated with certain personality traits that predispose to some diseases. In medicine, for example, 'alexithymia' and 'type D personality' have been suggested to be associated with specific organic or functional diseases. In psychiatry, personality constructs like 'Typus melancholicus' or 'neuroticism' reveal close associations with melancholic depressions or schizophrenia. However, neuroticism has also been described as playing a role in other psychiatric disorders. It

is necessary to increase psychometric research regarding the role of personality traits and clusters in general medicine and in the fields of clinical psychology and psychiatry.

Introduction

The history of the influences of personality on the emergence of different medical pathologies goes back to the pre-Socratic authors of the Hellenic Peninsula. Hippocrates's well-known temperament classification mentions a certain predisposition of temperaments to develop certain pathologies. The writings of Plato and Aristoteles talk about the existence of a *Diathesis*, a term entirely equivalent to the Anglo-Saxon concept of *Disposition*, from Latin. In scholastic philosophy, "Disposition" acquires a fundamental role in the "dynamics of being", thus opening the road to a causal-aetiologic thinking model. In the twentieth century, this topic is primarily developed by Kretschmer, who would give a significant impulse to the topic of Constitution and Personality as a specific form of predisposition for becoming sick. In parallel, the development of anthropologic medicine at the Heidelberg school by Viktor von Weizsäcker and Franz Alexander's psychosomatic current in the USA suggest theories from different perspectives, which try to relate characterological aspects to different forms of medical pathology. In both cases, personality forms an important element in the later development of human diseases.

In the diverse specialties of medicine, this way of thinking has had an unequal development. In internal medicine, as of the

nineteenth century numerous authors try to find associations between particular personality traits and certain diseases. Already in Canstatt's writings, in 1841, the subjective perspective of medical nosology starts to appear, associating certain personality traits with predisposition, diagnosis and the later outcome of certain diseases.

In the twentieth century, this position was supported by the French school denominated 'psychosomatic medicine', with authors such as Marty and de M'uzan, who described a particular kind of thinking associated with somatic pathology, called 'pensée opératoire'. In the USA the later emergence of the concept 'Alexithymia' gave rise to a vast source of psychometric data and information registered in the areas of cardiology, gastroenterology, chronic pain, psychiatry, etc. The construct 'Alexithymia' described in the eighties, but which remains valid at present, refers to specific personality traits associated with emotional expression.

Recent studies on personality and vulnerability towards developing certain organic diseases have reaffirmed the notion that only some personality patterns or traits have a predisposition to develop, for example, coronary cardiopathies. In particular Type D personality, characterized by negativity and poor sociability, has been associated with coronary diseases. Chronic pain and diverse functional alterations have also been related to specific personality traits associated with said diseases. Even though concepts such as Alexithymia and Type D personality have been described as specific vulnerabilities in terms of certain organic diseases, it has been proven that the concepts are different and independent from each other (Epifanio et al, 2018).

As for psychiatry, during the twentieth century the first systematic descriptions of personalities of different types of patients with mental health problems were made. The valuable contributions of Freud, Kretschmer, Tellenbach, Winokur and many others led to the perfecting of the psychological and psychiatric taxonomy, diagnosis and therapy. But before we continue, we need to review what is the current concept of personality and vulnerability.

I. Personality

Personality is the collection of physical, genetic and social characteristics joined in one single person, which are their own and which distinguish them from the rest of the people. The interrelations and interactions of each one of these characteristics, which are generally stable, will determine a person's conduct and behavior. Personality is determined by two main elements: temperament and character. According to most psychological personality models, such as the Hans Eysenck or the Robert Cloninger model, temperament would have a mainly genetic origin, while character would be determined by social, environmental and biographical factors. In relation to biological aspects, recent studies assert that 50% of personality variance would be genetically determined (Torgesen et al., 2002; Power et al., 2015; Shackman et al., 2016). Nonetheless, the discussion around how and to what extent temperament and/or character influence the final consolidation of personality is still ongoing.

Personality, in general, remains stable and congruent through time, even in different situation or moments, and puts a unique

stamp on each individual. Both personality aspects, distinction and persistence, are strongly linked to the building of identity, which is modeled with characteristics called traits or sets of personality traits. Personality is the way we think, feel, behave and interpret reality, showing this behavior repeatedly over time, which enables us to face life and highlight the way we see ourselves and the world around us. Each person is born with a certain part of their own personality, with certain unique characteristics. As time goes by, biography, psychological development, environmental factors and circumstances will define each person.

Personality will be essential to the development the individual's multiple skills and their way of interacting with reality and social groups. But it will also be very important in the origin, evolution and the development of different diseases.

II. Vulnerability

In the field of psychiatry, the premorbid personality is a form of predisposition or a particular *vulnerability* towards the triggering, development and evolution of diverse psychiatric diseases. It appears in literature thanks to Zubin, who reduces it mainly to the context of a characterological-cognitive predisposition related to schizophrenia. In the sixties the perspectives of personality, biography and subjectivity in terms of getting ill resurface, especially in anthropological, phenomenological and pathopsychological views. Thus, for example, in the field of affective disorders, Tellenbach's works (1961) related to the typology of melancholic patients enable substantial progress in

understanding the possible interrelations between the premorbid personality and depression. The essential thing about this character lies in the desire for order (“orderliness”). The rule here is “fixation and maintenance of life between rigid limits, which are difficult to be transcended”. This author distinguishes three aspects of melancholic people’s way of being, referring to their activity, interhuman communication and the relationship with themselves. After Tellenbach, different authors start to carry out hermeneutical and psychometric studies in order to go deeper into the field of premorbid personality and psychosis.

Meanwhile, the Anglo-North American tradition follows a slightly different course, confirming some personality traits but registering other more frequently noted traits. Those standing out are listed below:

- Neuroticism or emotional instability
- Introversión-Extroversión
- Rigidity and perfectionism
- Social maturity
- Mental energy
- Negativism

The first empirical studies highlighted *neuroticism*, understood as a synonym for instability, as an indicator of vulnerability for diverse psychiatric pathologies. Neuroticism is related to an unstable affective tone, disposition for anxiety and depression and frequent irritable behavior. Numerous American and European authors have proven a relation between neuroticism and psychiatric and

corporal disorders. Below we will analyze the relation between certain personality traits and the main psychiatric disorders.

III. Personality y schizophrénia

The original descriptions of Eugen Bleuler of schizophrénia underline some aspects related to the premorbid personality of these patients, who occupy a preponderant place. In E. Bleuler we recognize an attempt to generate a continuum between these schizoid and asthenic personality traits and the development of a later schizophrénia. Here we observe the clear intention to make psychotic decompensation more understandable through the study of prior personality, biography and triggering factors. Nonetheless, the later development of a psychopathology postpones this discussion which, with honorable exceptions, only finds its way back in the sixties of the twentieth century.

From that moment on the study of interrelations that exist between the premorbid personality and schizophrénia becomes an important impulse for theoretical discussions about the role and limits of the influence of personality on the clinical manifestation, the evolution and the prognosis of the psychosis. Here Zubin sees the possibility to identify specific markers, even after the first outbreak, and also tries to explain in what mode this “vulnerability” interacts with biographical and environmental variables (Zubin, 1977). The theory of Rado in relation to the onset and disposition towards schizophrénia is also worth mentioning. According to this author the essential component of the schizotypal personality for predisposition to this disease,

would be the incapacity of these individuals to experience joy. According to Rado, this defect would lead to a deficit in the development of social initiatives, resulting in schizoid adaptation. The magnitude and nature of these adaptations would depend on the genetic load and the degree of family and environmental stress (Rado, 1994). Nowadays, most of these authors agree that there are pathoplastic factors that contribute to the clinical expression and evolution of schizophrenia. However, there are doubts about whether personality plays a relevant role in the development of the disease, or whether it is merely a form of specific predisposition towards its later evolution. It is not clear whether personality traits form early symptoms of the disease itself, or whether they are a consequence of it. There are discrepancies as well around the type of personality characterizing this sub-group of psychiatric patients. Experts in the matter agree that, even though there are some premorbid personality traits that are more characteristic for schizophrenia, they are not always present.

The traits most frequently described in association with schizophrenia are:

- Schizoid, schizotypal and schizothyme traits
- Asthenic and reserved traits, insecurity, sensitivity and fanaticism
- Disintegration, introversion, schizoid and paranoid traits
- Poor social maturity, mental energy and emotional stability

We here observe that the rather asthenic and schizoid personality traits have been described as the core of the schizophrenic patient's premorbid personality. However, recent psychometric studies

have registered traits of elevated neuroticism, introversion and poor social maturity, which coincides with some aforementioned clinical descriptions. The recent study by Hayes, which supports many of the indicated hypotheses (Hayes, 2017) is particularly worth mentioning.

IV. Personality and mood disorder

In the psychiatric field Kretschmer (1921) supposes the presence of a cyclothymic personality structure at the background of affective disorders, rather like a mitigated form of the disorder itself. Based on the contributions of this author, the first theories of depressive and hyperthymic temperaments arise. According to Kretschmer, there would be three basic models of temperaments associated with affective disorders: depressive temperament, where the person tends to live in depressiveness; hyperthymic temperament, where the person lives in a rather joyful mood, and cyclothymic temperament, when the individual oscillates between one and the other. In the three cases mentioned here, the personality traits are stable, appear early in life and are considered among normal personality characteristics. Thus, the different temperaments offer advantages and disadvantages to their carriers, in accordance with the tasks they face. At the same time, the temperaments are normal oscillations that at certain moments of the biography can trigger a depressive disorder or a cyclothymic disorder.

Nonetheless, Kretschmer's contributions did not manage to elucidate the difficult problem of differentiating between the

different clinical forms and evolution of mood disorders. The important contributions of Leonhard (1963) regarding the differentiation of unipolar and bipolar endogenous depressions gave significantly more clarity around the confusing panorama of affective disorders and their relations with personality. The later works of von Zerssen (1988) and Angst & Clayton (1987) gave empirical consistency to the dichotomy suggested by Leonhard. Furthermore, most of these empirical records agree on suggesting the presence of two different nosologic entities. Likewise, in the USA and Japan the works of independent authors support Leonhard's (1963) theories.

With regard to personality, it is especially interesting that before Tellenbach and Kraus, the Japanese author Shimoda, independently from the German authors, describes a particular personality of depressed people which he calls "Imidothymia" which is characterized by rigidity and adherence to norms. This author associates these personality characteristics to unipolar depression with melancholic characteristics. For Shimoda, the central phenomenon of melancholy lies in the "freezing" of interior life, in the paralysis of psychic phenomena, and he relates it with a particular rigidity in the personality of these individuals (Kraus, 1971).

In Germany in the sixties, practically in parallel, Tellenbach (1961) describes a particular type of personality associated with melancholic depressions that he calls "Typus melancholicus" and which is characterized by a strong urge for order and cleanliness, conventionalism, stable and dependent relationships, pronounced meticulousness and caution due to fear of change. Tellenbach's

descriptions do not only allow to explain the development of melancholic depressions but also help to understand their evolution and relation with the personality-biography conundrum. With the description of the *Typus melancholicus*, Tellenbach does not only manage to establish a key element in the differentiation of depressive disorders, but also saves in a brilliant way the existing hiatus between personality, the triggering situation and the emergence of melancholy.

Afterwards, the “*Typus melancholicus*” receives vast support in German-spoken anthropologic psychiatry. The hermeneutic works of Kraus (1971) and Blankenburg (1988) give solid support to the thesis of a particular personality associated with unipolar depressions. Of the *Typus melancholicus* Blankenburg highlights the traits of “solidity”, in the sense of more rigidity, while Kraus invents the concept “*Hypernomia*” in the behavior of these individuals. For Kraus, the essence of the *Typus melancholicus* lies in an over-identification with norms and social roles, especially with labor or professional roles.

The descriptions of the German and Japanese authors agree in terms of theoretical and descriptive aspects, but even so, the objective assessment of these traits has turned out more difficult. The works of von Zerssen (1988) in Germany showed that many aspects of the “*Typus melancholicus*” are indeed concentrated in the population of unipolar depressive patients. By employing multiple personality inventories and the study of large patient populations and clinical files, von Zerssen finds more rigidity, orientation towards norms and adherence to conventions in unipolar depressive people, in which he coincides with Tellenbach.

The later works of Richter et al. (1992) and Heerlein et al. (1996) give solid support to the concept of “Typus melancholicus” associated by Tellenbach with unipolar depression. The most recent revisions by Ambrosini and Stanghellini confirm these claims at other latitudes and from other perspectives (Ambrosini et al., 2011). Likewise, these authors manage to advance in the psychopathological description and understanding of melancholic patients. Recently, Stanghellini et al. describe a melancholy model based upon a possible temporal desynchronization for which they manage to show empirical evidence (Stanghellini et al., 2017). This finding and the model sustaining it represent a very probable advance towards a better understanding of the associations between personality factors such as the Typus melancholicus, temporal perception and symptoms of major depressions.

V. Intolerance of ambiguity and depression

The concept of intolerance of ambiguity has its origin in the school of Frankfurt, which particularly developed after the war, as of 1945. The sociologist Frenkel-Brunswick, who was interested in psychosocial phenomena of authoritarianism, defines this concept as follows: “Individuals with intolerance of ambiguity tend to reveal rigidity in their cognitive processes. They show resistance against perceptual ambiguity, a tendency to prefer “black or white” stereotypes and a tendency to avoid probabilistic thinking. Later Frenkel-Brunswick makes a distinction between intolerance of emotional and cognitive ambiguity. The first refers to affective

relationships with others, the second refers to cognitive processing of reality.

Some authors of psychiatric and psychological literature introduce this personality trait in cognitive processing studies of depressive and schizophrenic patients. Kraus (1988) suggests that individuals with a mood disorder show high levels of ambiguity intolerance and thus relates this concept to his statements about hypernomic conduct. In fact, the concept of intolerance of ambiguity indirectly agrees with the statements of Tellenbach, Shimoda and Blankenburg related to a certain cognitive rigidity in melancholic people. Beck, from a cognitive perspective, sustains that depressive patients tend to process reality in terms of polar categories, in other words, in extreme terms of “all or nothing” or “black or white”, and are incapable of recognizing in-between shades. This concept in many senses is similar to the concept of intolerance of ambiguity posed here. However, psychometric assessment of this concept only started at the end of the last decade, with research applied to the field of sociology and pedagogy. The works done on psychiatric patient populations are very scarce and have been carried out mainly in the field of schizophrenic and depressive patients. A first study done by our Heidelberg working group explored levels of ambiguity intolerance in a group of unipolar depressive patients in comparison with bipolar, schizophrenic, dysthymic patients and a control group of healthy people (Heerlein 1991). To assess intolerance of ambiguity initially two scales were used, the Budner and the Kischkel, the latter chosen because of its greater stability and discriminative capacity. The Kischkel scale is a simple self-assessment questionnaire with questions related

to social and work conduct. All patients answered the questions in an asymptomatic stage (Heerlein, 1991).

Both the group of hospitalized unipolar depressive individuals with melancholy, and the out-patient group of the Heidelberg clinic showed significantly higher ambiguity intolerance levels. Considering the possible susceptibility and certain cultural influences this construct might present, a second study was performed with patients in our country, with comparable psychosocial characteristics. The diagnosis was made in both cases by the same psychiatrist, thus reducing this source of error.

Another study done in Chile in collaboration with Dr. J. Santander and Dr. P. Richter compared unipolar, bipolar and schizophrenic depressive patients and a control group of healthy people (Heerlein et al., 1996). The group of Chilean patients again registered significantly higher levels of ambiguity intolerance for the group of unipolar depressive individuals. This finding confirms that unipolar depressive patients present a particular style of cognitive processing, defined as intolerance of ambiguity, entirely compatible with Tellenbach's and Kraus's hypothesis. At the same time, it shows that this personality construct appears in different cultural contexts and does not seem to be subject to sociocultural influences inherent to developed countries. It should be noted, moreover, that this personality construct had been described before by A. Beck in his descriptions of depressive patients. Beck (2010) does not use the term intolerance of ambiguity but refers to similar phenomena. This author also specifically mentions the role this cognitive style plays in triggering depression and in the tendency to become chronic. Both Beck and Kraus highlight the

role this particular cognitive style plays in the psychotherapeutic approach of depression.

A stable personality trait of depressive patients is greater intolerance of ambiguity, both cognitive and emotional. This ambiguity tolerance corresponds to a particular style of internal and external information processing, as well as the need to establish affective relations in “all or nothing” categories. This way depressive individuals lack the flexibility they need to appropriately adapt to the permanent changes which biography requires. At the same time, a depressive person invests lots of their energy in controlling external and internal variables that threaten the stability and control of reality. Precisely that lack of flexibility we observe in depressive individuals enables us to understand not only the connection between this construct and sufficient emotional expressiveness, but also the connection with the traits described by Tellenbach in the *Typus melancholicus* concept.

VI. Rigidity and melancholy

Based upon Tellenbach’s classic descriptions of the *Typus melancholicus*, lots of evidence would suggest that rigidity can be one of the central elements of this construct. The descriptions by Shimoda in Japan, by Blanckenburg, Dietrich, Peters and Kraus in Germany and the psychometric studies by von Zerssen agree on a strong rigidity in the personality structure of endogenous depressive individuals. In this context rigidity may be defined as follows:

“Individuals with a rigid personality show a tendency to avoid change, to remain still in their existential nests, they show an incapacity to adapt to uncertain or fluctuating situations, a lack of work and social flexibility and flexibility in decision-making, as well as fear for what is new” (Blankenburg, 1988; Kraus, 1988).

As we can observe, many of the traits of Tellenbach’s *Typus melancholicus* and Kraus’s hypernomic structure are included in the concept of “rigidity” described here. Hence, von Zerssen, after a long empirical exploration of the *Typus melancholicus*’s core traits, chose to highlight this trait among the characteristics mentioned by Tellenbach. Clinical research performed in Italy, Spain, Brazil and Chile agrees with von Zerssen, and show, moreover, that the psychometric exploration of the *Typus* is much more operational when the thus-defined concept of rigidity is used.

These studies confirm Tellenbach’s hypothesis and, moreover, underline that rigidity seems to be a central construct in the phenomenon of the “*Typus melancholicus*”. In fact, the descriptions of the Japanese and German authors mentioned earlier all indicate rigidity as the central personality element of melancholic individuals. Even Tellenbach draws the attention to the particular tendency of those individuals to adapt to changes and avoid unpredictable situations. When we talk about the extreme desire of these subjects for order, we do not believe this is a deliberate and well-founded action. The problem consists of the fact that the *Typus melancholicus* “fixates” on order and the action to maintain order. But as Kraus indicates, this fixation is not an obsession, but an act free of any anxiety or fear. It is an element determined by the rigidity of the melancholic person, who

cannot neither wants to alter the external order. They experience change or dis-order as unpleasant, so they need to prevent them with a structured order, punctuality and a strong adherence to norms. According to Tellenbach, when these subjects are faced with situations of dis-order, change or unplanned situations, when challenges come up that demand internal plasticity, when pre-established schemes are broken or even when a project is finished, a melancholic person is particularly vulnerable and susceptible to develop a depression. Now is not the moment to go deeper into Tellenbach's theory, but we can clearly appreciate how rigidity and order are a central element in this model. Research of numerous German and Japanese authors and empirical studies performed around the world certify that rigidity, across cultures, is one of the central elements of the personality of a melancholic individual.

Conclusions

Personality plays an important role in developing specific vulnerability towards certain organic diseases and psychiatric disorders. One cannot speak of a causal or pathogenic personality but rather of a special vulnerability associated with certain personality traits which present a predisposition for some diseases. In psychiatry, for example, sets of traits are registered that reveal tight associations with melancholic depressions or schizophrenia. However, more and deeper psychopathologic and psychometric research around the role of personality as a vulnerability factor in general medicine and psychiatry is required.

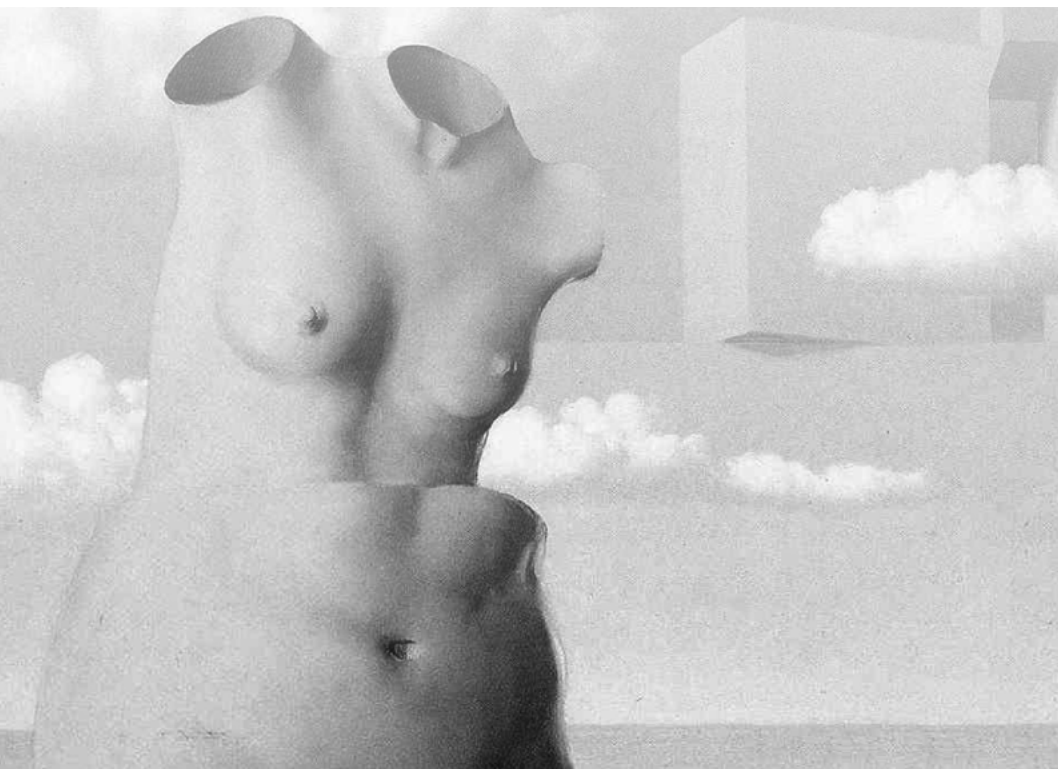
References

- Ambrosini A, Stanghellini G, Langer AI. (2011). Typus melancholicus from Tellenbach up to the present day: a review about the premorbid personality vulnerable to melancholia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011 Sep-Oct; 39(5):302-11.
- Angst J, Clayton P. (1987) Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Compr Psychiatry* 27: 511-532.
- Beck, A. (2010). *Kognitive Therapie der Depression*. Beltz Taschenbuch Psychologie.
- Blankenburg, W. (1988). Das Problem der prämorbiden Persönlichkeit. In Janzarik W (Ed) *Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart: Enke, 57-71.
- Epifanio MS, Ingoglia S, Alfano P, Lo Coco G, La Grutta S. (2018). Type D Personality and Alexithymia: Common Characteristics of Two Different Constructs. Implications for Research and Clinical Practice. *Front Psychol.* 2018 9; 9:106. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00106. eCollection 2018. PubMed PMID: 29479327; PubMed Central PMCID: PMC5811501.
- Hayes J.F., Osborn D. P.J., Lewis G., Dalman Ch, Lundin A. (2017). Association of Late Adolescent Personality With Risk for Subsequent Serious Mental Illness Among Men in a Swedish Nationwide Cohort Study. *JAMA Psychiatry.* 74(7): 703–711.
- Heerlein A, Richter P. (1991). Ambiguitätsintoleranz bei affektiven und schizophrenen Störungen. *Nervenarzt*; 62: 269-273.
- Heerlein, A., Santander, J., & Richter, P. Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 430-434: 1996

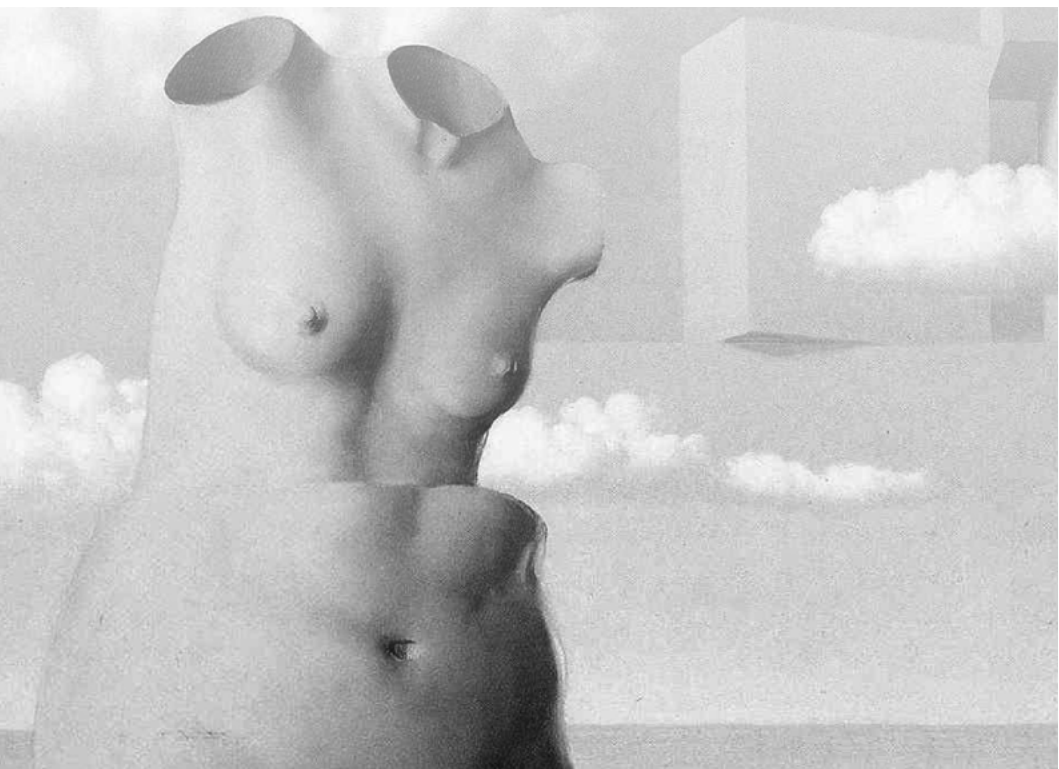
- Kraus A. Der Typus melancholicus in östlicher und westlicher Forschung: Der japanische Beitrag M. Shimodas zur prä-morbiden Persönlichkeit Manisch-Depressiver. *Nervennarzt*; 42 :481- 483, 1971.
- Kraus A. Ambiguitätsintoleranz als Persönlichkeitsvariable und Strukturmerkmal der Krankheitsphänomene Manisch-Depressiver. In: Janzarik W (Ed): *Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart: Enke: 140-149, 1988.
- Kretschmer E. (1921) *Körperbau und Charakter*. Berlin, Springer.
- Leonhard K. (1963). Die präpsychotischen Temperamente bei den monopolen und bipolaren phasischen Psychosen. *Psychiatr Neurol* (Basel); 146:105 - 115, 1963.
- Power RA, Pluess M. (2015) Heritability estimates of the Big Five personality traits based on common genetic variants. *Transl Psychiatry* 2015 Jul; 5(7): e604. Published online. Jul 14. doi: 10.1038/tp.2015.96
- Rado Sandor, in Kaplan & Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1994.
- Richter, P., Daker, M.V., Heerlein, A., Schützwohl, M., & Diebold, K. Personalidade premorbida a psicose afetiva. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 41, 451-456: 1992.
- Shackman AJ, Tromp DP, Stockbridge MD, Kaplan CM, Tillman RM, Fox AS. (2016) Dispositional negativity: An integrative psychological and neurobiological perspective. *Psychol Bull.* 2016 Dec;142(12):1275-1314. Epub 2016 Oct 10. Review. PubMed PMID: 27732016; PubMed Central PMCID: PMC5118170.
- Stanghellini G, Ballerini M, Presenza S, Mancini M, Northoff G, Cutting J. Abnormal Time Experiences in Major Depression: An Empirical Qualitative Study. *Psychopathology*. 2017;50(2):125-140.

- Tellenbach H. (1961) *Melancholie*. Berlin Göttingen Heidelberg: Springer.
- Torgersen S, Edvardsen J, Øien PA, Onstad S, Skre I, Lygren S, Kringlen E. (2002). Schizotypal personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum. *Schizophr Res. Mar* 1;54(1-2):33-8.
- Zubin J, Spring G. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 86:103 - 126.
- Zerssen Dv. (1988). Der Typus manicus als Gegenstück zum Typus melancholicus in der prämorbiden Persönlichkeitsstruktur affektpsychotischer Patienten. In: *Janzarik W: (Ed) Persönlichkeit und Psychose*. Stuttgart: Enke,;150-171

El cuerpo resiliente



The resilient body



NACER CON SENTIDOS

Marcela Castillo Franzoy

Profesor asociado

Otorrinolaringóloga y Médico Cirujano PUC

Directora Carrera de Medicina Clínica Alemana

Universidad del Desarrollo

Mamá de Benjamín Fernández (16), extraordinario hijo con autismo

Resumen

“Caminar frente a una flor olorosa, como puede ser un jazmín, podría pasar desapercibido para muchos de nosotros, pero no para mi hijo. Él tiene autismo”.

Este artículo describe desde la mirada de madre y doctora, la increíble y diferente capacidad sensorial de una persona con autismo. Esta experiencia será abordada, no sólo desde el punto de vista científico, sino desde lo humano y corporal, indagando en los diferentes aspectos bio-psicosociales de una persona que vive junto a su círculo más cercano esta realidad.

Introducción

Mi formación en la escuela de Medicina sobre el autismo como una patología del curso de psiquiatría infantil fue muy superficial, poco se revisó en pediatría y en la formación de postgrado en Otorrinolaringología (algunos detalles de desarrollo del lenguaje), hasta que me tocó conocerlo en primera persona. “*Pensamos que tu hijo tiene Autismo*”, desde ese día nace una nueva historia, que en este texto quiero destacar, haciendo hincapié en la relación familiar y en las características sensoriales que pueden estar presentes en personas con autismo, las que representan un enorme desafío y oportunidad para el manejo de ellas.

I. Los primeros años: miedo y perplejidad ante el diagnóstico

Como en muchos de los casos descritos, inicialmente, todo parecía normal. Era mi primer hijo, el sobrino y nieto de la familia, era hermoso y muy sano, la felicidad en todos nos desbordaba. En esos años, cursaba yo mis estudios de postgrado en la Pontificia Universidad Católica de Chile y tenía el plan de seguir mi formación con doctorado en Alemania junto a mi marido, quien también es médico. Sin darnos cuenta, sus rutinas que nos parecían divertidas (armar puzles por el lado sin diseño, ordenar filas interminables de autos o encontrar con sólo una mirada su libro favorito escondido por nosotros en un librero enorme) comenzaron a ser cada vez más frecuentes. Lo veíamos en el jardín girando sobre sí mismo, feliz jugando con las hojas de los árboles o llevando sus

manos al cielo para “atornillar ampollitas”. No sabíamos lo que estábamos descubriendo, hasta que la sabiduría de su abuela nos alertó: *“Tengo la sensación de que no puedo compartir con él, es como que nunca descubre que yo estoy junto a él. No me mira...”*. Las alarmas se encendieron y sin saber lo que descubriríamos, comenzó una enorme travesía de múltiples consultas con colegas y amigos en la búsqueda de caracterizar estas extrañas conductas. Aparecieron nuevos detalles, se hicieron nuevas pruebas, pero para nadie era claro qué sucedía...tenía un año y 8 meses, nadie quería con certeza establecer un diagnóstico, ni mucho menos un pronóstico. ¿Qué queríamos escuchar nosotros? Lo recuerdo bien, queríamos una explicación y rápidamente un porqué...Tuvimos varias respuestas...incluso un “pienso que tú estás deprimida”, por lo tanto, para acompañar más a mi hijo, tomé vacaciones. Estar más tiempo con Benjamín me mostró que eran muchos los comportamientos extraños que tenía: en las tiendas con luces no quería entrar, no soportaba la canción del “cumpleaños feliz”, no lograba emitir un sonido, disfrutaba dibujando rayas en series en la misma ubicación de una muralla, armaba 100 veces al día el mismo puzzle o disfrutaba viendo siempre la misma película en la TV. Siguiendo consejos de amigos llegamos donde una terapeuta ocupacional con mucha experiencia, que en sólo minutos hizo las preguntas correctas...”¿algo extraño que noten en los viajes en auto?: *“Claro...yo respondía... él recuerda el camino exacto a su casa y si tomo un camino alternativo, reclama gritando”...o “se detiene en las esquinas para ver por ambos lados las caras de las señales de tránsito”, o “no soporta la ropa de lana, come siempre lo mismo”, etc....ella nos miró y dijo...”bueno, los niños con autismo son así, es fantástico como utilizan su memoria visual y sus sentidos”...y*

en ese momento sentí que mi vida cambiaba en un instante... una terapeuta que adoraba su trabajo y conocía a muchos niños como Benjamín, nos mostró que todo tenía sentido.

Esa noche, con la tristeza del cambio de planes en la vida y la angustia de una enfermedad o, mejor dicho, una condición sin causa clara y sin tratamiento en una guía clínica o algoritmo, comenzó el camino de vivir las diferencias con el autismo. A estas alturas, la búsqueda de información en internet ya era una realidad y en unas horas descubrí todo lo escrito hasta el año 2004 sobre autismo...lo real y lo irreal, las promesas de cura y las cartas de aceptación, la medicina basada en la evidencia y la basada en anécdotas.

Los meses que siguieron fueron complejos; mi marido partió solo a su doctorado en Alemania y yo me enfoqué en conseguir trabajo e iniciar con el apoyo de la familia la rehabilitación de mi hijo en Santiago. En Chile no se sabía mucho (demasiado poco) en realidad. Mi poco dominio del idioma alemán y la cuestión financiera, nos hicieron tomar la compleja decisión de separarnos por un año para trabajar ambos, de diferentes formas, en asegurarle el futuro a nuestro hijo. El amor por los hijos todo lo puede.

Comenzó la odisea de buscar mejores oportunidades para Benjamín...opciones infinitas de terapias, soluciones alternativas, medicina biomédica, dudar de las vacunas (ya hoy es claro y categórico decir que no causan autismo), cardiogramas, microarrays, EEG, resonancias, exámenes en el INTA (Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos), fármacos, curas mágicas, desesperanza, miedo, poca evidencia, grandes costos económicos,

etc. Muchas cosas que, para nosotros, padres médicos, fueron complejas de entender. Me imagino, cómo será para alguien que no tiene la posibilidad de interpretar la literatura científica y la evidencia (incluso una opción de Google).

Lo intentamos todo: viajes a EEUU y Alemania para traer nueva información, dietas que ayudaron bastante a controlar sus patologías médicas concomitantes y frecuentes en niños con autismo, como es la diarrea/constipación y el reflujo. Su evolución era errática: dos pasos para adelante y uno para atrás. Por eso es tan fácil comprender cómo una familia en una condición como ésta, puede querer sanar mágicamente a su hijo; si me planteaban que era bueno darle piedras de la luna...sin duda, buscaríamos conseguir un cohete.

En esta etapa, y en todas las que siguen hasta el día de hoy, mi admiración por los profesionales de la salud (no sólo médicos) creció de manera exponencial, así como el valor de lo interprofesional: fonoaudiólogos, terapeutas, kinesiólogos, educadores diferenciales, enfermeras, entre otros. Muchas veces, sin tener toda la formación profesional en el tema, cuidaban y se alegraban con los éxitos de Benjamín, como si fueran los de sus propios hijos. Valorar el trabajo en equipo en este tipo de escenarios es algo esencial y en ese sentido hay que dar las gracias a tantos que estuvieron en nuestro camino.

II. El Trastorno del Espectro Autista

El espectro autista es un conjunto de condiciones heterogéneas del neurodesarrollo caracterizadas por: alteraciones de la comunicación social de comienzo precoz y patrones inusuales de comportamientos restringidos o repetitivos. Afecta al 1% de la población mundial y mucho más a hombres que a mujeres. Fue descrita por primera vez por Leo Kanner en los años '40. En los últimos años existen más casos, determinados en parte por un mejor diagnóstico, pero persiste la duda sobre si existe una mayor incidencia real de estos cuadros determinado por fenómenos epigenéticos. Existen comorbilidades asociadas al trastorno del espectro autista (dificultades atencionales, depresión, apraxia, problemas digestivos, alteraciones del sueño y epilepsia entre otros) y es muy relevante identificarlas y tratarlas conjuntamente entre médicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos, educadores diferenciales, kinesiólogos y una familia muy bien capacitada en las diferentes metodologías de tratamiento.

Los individuos con autismo tienen perfiles cognitivos atípicos, destacando la alteración de la cognición o percepción social, disfunción ejecutiva, pero por sobre todo es relevante la frecuencia de percepción sensorial atípica con mecanismos de hiper o hipofunción sensorial. La causa no está del todo aclarada, pero conocemos que existe un desarrollo atípico neuronal y determinantes genéticos asociados a factores ambientales que pueden influir sobre todo en etapas precoces del desarrollo del individuo.

El estudio de esta condición debe ser multidisciplinario y su diagnóstico e intervención precoz, lo que determina un pronóstico más certero. Así se mejoran habilidades comunicacionales, se reduce la ansiedad y disminuyen manifestaciones como la agresividad, que pueden estar presentes en las diferentes etapas de la vida. Existen múltiples alternativas para el apoyo en las dificultades de comunicación, diferentes formas de enseñanza y rehabilitación, una de ellas es la incorporación de la comunicación aumentativa como recomendamos hoy en los casos de perfiles no verbales. En algunos casos es necesario el uso de fármacos para el manejo de los síntomas, en especial insomnio o agresividad. Es esencial crear un ambiente que apoye al niño y su familia, así como aceptar y respetar su neurodiversidad.

III. Vivir fuera de Chile

El tiempo avanzó, nuestra familia creció en número y nos fuimos transformando todos, incluido el hermano menor, en expertos en el tema. La evolución de Benjamín no era todo lo que esperábamos, sus avances iban lento, sobre todo nos preocupaba que no lograba hablar. Su lenguaje comprensivo, en cambio, parecía ser mucho mejor, se adaptaba cada vez mejor a nuestras rutinas, adoraba comer fuera de casa y salir a lugares públicos, aunque fueran luminosos o ruidosos y logró dormir la noche completa. En nuestro plan de vida, apareció un nuevo cambio y por motivos laborales pudimos vivir un año en Houston, EEUU, en un desafío de estudio e investigación.

En una sociedad diferente, sentimos la aceptación de su condición de manera más evidente. Teníamos muchas opciones educacionales, incluso gratuitas gubernamentales y terapias de altísimo nivel. La vida era más simple, pero a la vez, el autismo nos fue presentando nuevos desafíos como familia. Sufrimos con eventos como escapadas de la casa (¡en casas que no tienen rejas!) y encontrarlo horas después, a más de 12 cuadras, incluyendo la hazaña que para él significaba cruzar varias calles grandes. En esos momentos de angustia, volvimos a dar las gracias a terapeutas que desde pequeño trabajaron con él actividades de la vida diaria, y eso incluía llevarlo a practicar en la esquina, aprender a atravesar calles.

Descubrir que el autismo no era una barrera para comprender instrucciones en inglés y cómo la comunicación aumentativa con tecnología nos podía abrir su voz para descubrir que además de todos sus increíbles sentidos, podía comprender la mayoría de las cosas y proponer ideas nuevas. Otro gran aprendizaje potente fue cambiar el foco en la rehabilitación, la esencia de esta condición es un problema de comunicación no de habla. Tanto que insistimos en que hablara, y el desafío era otro, debía comunicarse. Y eso incluye señas, intercambio de imágenes y uso de apoyos tecnológicos, con estas herramientas, sus avances para ser más independiente fueron extraordinarios. En Chile debemos avanzar mucho en mejorar las oportunidades de rehabilitación e inclusión escolar. En estas áreas nuestra brecha con países más desarrollados es enorme.

IV. Redescubriendo el valor de la neurodiversidad

Volviendo a Chile encontramos a otras familias en nuestra misma situación, con lo que lo difícil se transformó en lo cotidiano. Desarrollar una amistad profunda con otras familias en el mundo del autismo, nos ayudó mucho. Mis tres hijos nos mostraban cómo muchas cosas de la crianza “normal” son tanto o más difíciles que la vida con un hijo con autismo.

En algún momento, que no podría definir con exactitud, para mí y mi esposo, llegó un cambio total de mirada sobre la condición del autismo. Ese momento mágico, en que dejas de ver lo que tu hijo no hace o no puede lograr y empiezas a vivir las diferencias. Comienza la admiración por su fortaleza, la valoración de sus sonrisas puras, la admiración por lo simple de la vida y estar completamente orgulloso de él, tal como es. Así termina la carrera por encontrar una cura mágica para cambiarlo y comienza un redescubrir el valor de la neurodiversidad.

Sin dudas, hay malos momentos en este camino (el paso por la adolescencia, por ejemplo), pero la esencia de su ser es con autismo. Y ya no queremos “repararlo”, más bien comenzamos a admirarlo, en su vida del hoy, con sentidos para disfrutar la vida y la calma de agradecer que exista la neurodiversidad.

Benjamín, con sus particularidades, reparte magia en su entorno. Su sonrisa mueve a todo quien se cruce en su camino. Su capacidad táctil de identificar un zapato con malas costuras (y no dejar que se lo prueben en una tienda) o descubrir y elegir la mejor sábana en la tienda, o con su súper-olfato, encontrar chocolates escondidos

al fondo de un mueble. Disfrutar en cada momento, nadar como nadie (mezcla entre un delfín y un triatleta), dar vueltas en la arena de la playa, sin miedo al qué dirán, bailar con una linda música, mirar por mucho rato un cuadro atractivo en un museo o comenzar a aplaudir cuando ve una maleta, pensando que pronto viajará en un avión y podrá recorrer un lugar nuevo en el mundo. Benjamín es la expresión total del *Mindfulness* ya que él vive siempre el tiempo presente. Con su simpleza se hace predecible y como no trata de congraciarse con nadie, sus abrazos son de una sinceridad total. Por otro lado, si hay algo que no le gusta, su voz o su comunicador lo expresará de la manera más genuina. Es entonces cuando aparece la certeza de que probablemente su vida (con todas sus dificultades) es inmensamente feliz.

Todos en mi familia sabemos que tener un hijo con autismo es lo mejor que como familia nos ha sucedido y somos infinitamente mejores personas gracias a él.

Conclusiones: La educación es la verdadera cura

Mirando este fenómeno desde la perspectiva de la educación médica y en mi rol profesional actual, como directora de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, considero de suma importancia para la formación profesional en salud relevar y saber más sobre el autismo. Nuestra facultad está a favor de la diversidad y humanización, por eso este tema es tan importante y lo comparto con esta publicación. Las familias con una necesidad de salud diferente necesitan mucho

más que un buen diagnóstico o una indicación terapéutica. Se requiere de un apoyo y cuidado permanente. La delicadeza al examinar al paciente, hacer participar e involucrar a los padres y a la persona con autismo en el proceso de toma de decisiones o simplemente abrazar a quien necesita un abrazo o luchar con ellos por mejores políticas de salud pública, son sólo parte de lo que pueda lograr un profesional de la salud. Las competencias que nuestros estudiantes deben desarrollar deben tener rigor científico al entregar una buena recomendación frente a nuevas opciones terapéuticas no muy validadas y a la vez, deben estar impregnadas de compasión. Esto queremos como Facultad para todos nuestros alumnos sean de pre o postgrado.

¿Por qué cuento una historia tan personal? No porque sea una historia de cura total, de vuelta a la normalidad después de la tormenta... NO, lo hago porque dedico muchas horas enseñando a mi hijo a adaptarse con sus diferencias a la sociedad, pero eso es incompleto si no enseño a la sociedad a cómo recibirlo y valorarlo con sus diferencias.

Referencias

- Higashida, N. (2013): *The reason I Jump*. Random House.
- Nazeer, K. (2006): *Send in the idiots: Stories from the other side of autism*. Bloomsbury.
- Prinzant, B. (2015): *Unique human: A different way of seeing autism*. Simon & Schuster.

Silberman, S. (2016): *Neurotribes: The legacy of autism and the future of neurodiversity*. Avery.

Lai C. (2014) *Autism*. *Lancet*. 8;383(9920):896-910

Crane L. (2018) *Autism diagnosis in the United Kingdom: Perspectives of autistic adults, Parents and Professionals*. *Journal of autism and developmental disorders* 48:3761-3772

Benjamín



BEING BORN WITH SENSES

Marcela Castillo Franzoy

Associate professor

Otolaryngologist and surgeon of the PUC

Director of the Medical Program of the Clínica Alemana

Universidad del Desarrollo

Mother of Benjamín Fernández (16),

an extraordinary boy with autism

Abstract

“Walking past a fragrant flower, like jasmine, could go unnoticed for many of us, but not for my son. He is autistic”.

This article gives the view of a mother and doctor on the incredible and different sensorial capacity of an autistic person. This experience is described not only from scientific point of view but also from human and corporal perspective, by indagating the different biopsychosocial aspects of a person who experiences this reality within her closest circle.

Introduction

My education in Med school on autism as a pathology in the child psychiatry course was very superficial. Little was covered in pediatrics and in my postgraduate in otolaryngology (only some details on language development), until I had to face it in the first person. *“We think that your son might be autistic”*. That day a new history was born, a story which I would like to describe in this text, highlighting family relationships and sensorial characteristics that may be important in people with autism and which pose an enormous challenge and opportunity for them to manage.

I. The first years: fear and perplexity when we heard the diagnosis

Like in many of the described cases, everything seemed normal. He was my first child and the first nephew and grandchild in the family. He was beautiful and very healthy and all of us could not be any happier. In these years I was studying a postgraduate at the Pontificia Universidad Católica in Chile and I was planning on continuing my studies with a doctorate in Germany together with my husband, who is a doctor too. Without realizing, our son’s routines which seemed funny to us (making puzzles with the bottom side up, organizing his cars in endless rows or finding his favorite book that we had hidden in an enormous bookstand with just one look) started to become more and more frequent. We would look at him swirling around on his own in the garden, happily playing with the leaves of the trees or raising his hands

up into the sky to “place light bulbs”. We did not know what we were discovering, until his grandmother’s wisdom woke us up: *“I have the feeling I cannot connect with him and share things with him, it is as if he never realizes that I am next to him. He does not look at me...”*. The alarm bells started ringing and without knowing what we would find out, a long journey of multiple consults with colleagues and friends began in order to be able to characterize this strange behavior. New details appeared, new tests were done, but nobody really understood what was going on... He was a year and 8 months old and nobody really wanted to establish a diagnosis with certainty, let alone a prognosis. What did we want to hear? I remember very well: we wanted an explanation and a reason quickly... We received several answers... even a “I think you are depressed”. Therefore, in order to be able to be with my son, I took some vacation. When I got to spend more time with Benjamín I saw that he had many of these strange conducts: he did not want to go into a brightly-lit store, he could not stand the song “Happy Birthday”, he did not manage to issue a single sound, he enjoyed drawing series of lines on the same place on the wall, he would make the same puzzle a hundred times a day or enjoyed watching the same movie on TV over and over again. Following some friends’ advice, we went to see an occupational therapist with lots of experience, who in only a few minutes asked the right questions ... “Do you notice anything strange in car trips?” *“Well, yes...”*, I answered, *“...he remembers the exact route home and if I take an alternative road he starts screaming.”* Or... *“He stops on the corners of the street to look at the traffic signs from both sides.”* Or... *“He detests woolen clothes, he always eats the same things”*, etc. She looked at us and said... “Well, that is what autistic children are

like. It is fantastic how they use their visual memory and their senses.” And at that moment I felt my life change in one single instant. A therapist who loved her job and knew many children like Benjamin showed us that everything made sense.

That night, with the sadness of the change of plans in our lives and the anxiety of the disease, or, better said, a condition without clear cause and without treatment in a clinical guide or algorithm, we started on the road towards living the differences with autism. At that moment Internet searches for information were already a reality and, in a few hours, I discovered everything that had been written about autism up to 2004. Real things and unreal things, promises of a cure and acceptance letters, medicine based on evidence and medicine based on anecdotes.

The months that followed were difficult; my husband when to Germany alone to do his doctorate and I focused on finding a job and starting my son’s rehabilitation in Santiago with the support of the family. In Chile not much was known really, actually very little. My little mastery of German as well as financial issues made us take the decision to split up for a year in order to work both, in different ways, on ensuring our son’s future. The love for one’s children makes everything possible.

Then the odyssey of looking for the best opportunities for Benjamín commenced. An infinite number of therapy options, alternative solutions, biomedical medicine, doubts about vaccines (today it is clear and categorical to say they do not cause autism), cardiograms, microarrays, EEG, MRI, tests at the Nutrition and Food Technology Institute (INTA by its acronym in Spanish), drugs, magical cures, despair, fear, little evidence, high economic costs,

etc. Many things that for us, parents and doctors, were difficult to understand. I imagine how it would be for somebody who does not have the possibility to interpret scientific literature and evidence (even the Google option).

We tried everything: trips to the USA and Germany to obtain new information, diets which helped a lot to control his concomitant medical pathologies which are frequent in autistic children, such as diarrhea/constipation and reflux. His evolution was erratic: two steps forward and one backward. That is why it is so easy to understand why a family in a condition like this wishes to be able to magically cure their child: if they had told me it would be good for him to give him moon stones, we would undoubtedly have found a rocket.

In this stage, and all those that followed until today, my admiration for health professionals (not only doctors) has grown exponentially, as well as the valuation of the interprofessional: speech therapists, physiotherapists, differential educators, nurses and so on. Many times, without having any professional education in this field, they took care of Benjamin and rejoiced in his achievements, as if they were their own children's. Valuing teamwork in this kind of scenarios is essential and therefore we thank the many people who accompanied us on the road.

II. The Autistic Spectrum Disorder

The autistic spectrum is a set of heterogeneous neurodevelopment conditions characterized by early-onset social communication alterations and unusual restricted or repetitive behavior patterns. 1% of the world's population is affected by it and it is present much more in men than in women. Leo Kanner was the first one to describe it in the forties. In the past years, more cases have come up, partly determined by a better diagnosis, but the doubt persists whether there is a real incidence growth of these cases determined by epigenetic phenomena. There are comorbidities associated with autistic spectrum disorder (attention difficulties, depression, apraxia, digestive problems, sleep disorders and epilepsy, for example) and it is very important to identify and treat them together with doctors, speech therapists, occupational therapists, educational psychologists, differential educators, physiotherapists and a family highly trained in the different treatment methodologies.

Autistic individuals have atypical cognitive profiles, in which the alteration of social cognition or perception and executive dysfunction stand out, but especially the frequency of atypical sensorial perception with sensorial hyper or hypofunction mechanisms is relevant. The cause has not been entirely explained, but we know that there exist a neuronal atypical development and genetic determinants associated with environmental factors which may influence especially in the early stages of the individual's development.

The study of this condition must be multidisciplinary, and the diagnosis and intervention made as early as possible in order to determine a more accurate prognosis. This way, communicational skills are improved, anxiety is reduced and manifestations such as aggressivity which may be present in the different stages of life, are decreased. There are multiple alternatives for support in communication difficulties, different forms of teaching and rehabilitation, one of which is the incorporation of augmentative communication which we recommend nowadays in cases of non-verbal profiles. In some cases, drugs are necessary to manage the symptoms, especially insomnia and aggressiveness. It is fundamental to create an environment to support the child and his family and accept and respect their neurodiversity.

III. Living outside Chile

Time went by, our family grew and we all, including the little brother, became experts. Benjamín's evolution did not go not entirely as we expected, his progress was slow, and we were especially worried that he would not learn to speak. His language comprehension, however, seemed to do much better. He managed to adapt better and better to our routines, he loved to go out to eat and go to public places even if they were brightly lit or noisy and he managed to sleep the whole night through. A new change appeared in our plan of life, and for work reasons we went to live in Houston, USA, for a year for a study and research challenge.

In a different society, we felt the acceptance of his condition much more clearly. We had many educational options, even free

governmental schools and very high-level therapies. Life was easier, but, at the same time, autism presented us new challenges as a family. We suffered events in which Benjamín ran away from home (houses have no fences around them!) and we found him only hours later 12 blocks away, including the discovery that for him this had meant crossing several wide streets. In those moments of anxiety, we were again grateful to the therapists who had worked with him from when he was little on everyday activities, including taking him to practice on street corners and cross the road.

It was incredible to discover that autism is not a barrier to understand instructions in English and how augmentative communication with technology could open his voice to discover that, apart from all his amazing senses, he could understand most things and propose new ideas. Another powerful lesson was the change in focus in rehabilitation, that the essence of this condition is a communication problem, not a speech problem. We had insisted so much on him being able to speak, and the challenge was something different, that he should communicate. And that includes signs, exchange of images and the use of technological support. With these tools, his progress towards becoming more independent was extraordinary. In Chile lots of progress is still to be made in improving rehabilitation opportunities and inclusion at school. In these areas the gap between Chile and more developed countries is huge.

IV. Rediscovering the value of neurodiversity

After coming back to Chile, we found other families in our same situation, which made the difficulties turn into everyday reality. Developing friendships with other families in the world of autism helped us a lot. My three children showed us how many things of “normal” upbringing were just as hard or even harder than living with an autistic child.

At some point, and I cannot exactly define when, me and my husband started to look totally different on the condition of autism. That magical moment, when you stop seeing what your child does not do or cannot achieve and you start to experience the differences. Then appears admiration for his strength, valuation of his pure smiles, admiration for the simplicity of life and total pride about him, the way he is. That is where the race to find a magical cure to change him ends and the rediscovery of the value of neurodiversity begins.

Undoubtedly there are difficult moments on this path (going through adolescence, for example), but the essence of his being is with autism. And we do not want to “repair him” anymore, but we have started to admire him, in his life of today, with senses to enjoy life and the calm to be grateful for neurodiversity.

With his particularities, Benjamín spreads magic around him. His smile moves everybody who crosses his path. His touch capacity to identify a shoe with bad seams (and not giving in to try it on in a store) or discover and choose the best sheets in the store, or to find, with his super-sense of smell, the best chocolates hidden at the bottom of the cupboard. His capacity, at any moment, to

enjoy, to swim like nobody else (a combination of dolphin and triathlete), roll over and over in the sand on the beach, without being afraid of what people will say, dance on nice music, look at an attractive painting in a museum for a long time or start to applaud when he sees a suitcase, thinking that he will soon take a plane and travel a new place in the world. Benjamín is the total expression of *Mindfulness* because he always lives in present time. He becomes predictable due to his simplicity and, because he does not try to ingratiate with anybody, his hugs are totally sincere. On the other and, if there is something he does not like, his voice, or his communicator, will express that in the most genuine manner. That is when the certainty appears that his life (with all its difficulties) is probably immensely happy.

Everybody in my family knows that having an autistic son is the best that has happened to us as a family and that we are infinitely better people thanks to him.

Conclusions: Education is the real cure

Looking at this phenomenon from medical education perspective and my current professional role as the director of the Medicine Program of the Faculty of Medicine of the Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, I consider it of the utmost importance for professional health education to highlight and teach more about autism. Our faculty is in favor of diversity and humanization, and, therefore, this is so important, and I share it here in this publication. Families with different health needs need more than just a good diagnosis or therapeutic indications. Permanent

support and care are required. Being delicate when examining the patient, making him participate and involving the parents and the autistic person in the decision-making process or simply hugging someone who needs a hug or fighting with them for better public health policies, are only part of what health professionals can achieve. The competencies our students need to develop must be scientifically thorough when they give good recommendations regarding new, not very validated therapeutic options and, at the same time, permeated with compassion. That is what we want as a faculty for all our pre- and postgraduate students.

Why do I tell such a personal story? Not because it is a story of a total cure, about coming back to normality after the storm... NO, I do this because I spend many hours teaching my son how to adapt with all his differences to society, but it is incomplete if I do not teach society how to receive him and value him with all his differences.

Reference

- Higashida, N. (2013): *The reason I Jump*. Random House.
- Nazeer, K. (2006): *Send in the idiots: Stories from the other side of autism*. Bloomsbury.
- Prinzant, B. (2015): *Unique human: A different way of seeing autism*. Simon & Schuster.
- Silberman, S. (2016): *Neurotribes: The legacy of autism and the future of neurodiversity*. Avery.

Lai C. (2014) *Autism. Lancet.* 8;383(9920):896-910

Crane L. (2018) *Autism diagnosis in the United Kingdom: Perspectives of autistic adults, Parents and Professionals.* *Journal of autism and developmental disorders* 48:3761-3772

Benjamín



EL CONCEPTO DE LA CURA DESDE UNA PERSPECTIVA FILOSÓFICA

Luigina Mortari

PhD

*Profesora de Epistemología de Investigación Cualitativa
en el Departamento de Ciencias Humanistas,
Universidad de Verona, Italia
luigina.mortari@univr.it*

Resumen

El siguiente artículo tiene como objetivo dibujar una filosofía del cuidado basada en las siguientes dos preguntas: ¿Por qué el cuidado es primordial en la vida? ¿Cuál es la esencia del cuidado? El autor analiza la experiencia humana desde una perspectiva fenomenológica y describe la fragilidad, la vulnerabilidad y la carga como las cualidades ontológicas de la vida que hacen evidente la primacía ontológica del cuidado. Luego describe las posturas del ser-allí que adoptan las personas que realizan el cuidado, es decir, sentir responsabilidad por el otro, compartir lo esencial para vivir con el otro y tener una consideración reverencial por el otro. Estas posturas del ser-ahí se presentan como el núcleo ético de la práctica del cuidado. Finalmente, el autor define el cuidado como una práctica relacional guiada por la intención de dar al otro lo necesario para una buena calidad de vida.

I. El cuidado es primordial en la vida

En el campo de la experiencia humana existen cosas que son esenciales, fundamentales. Pero a veces, esta esencialidad, incluso si está clara en la rutina diaria, elude la reflexión. Frecuentemente, lo que es esencial para nosotros, parece ser lo que está en nuestra cercanía, como parte estructural e inevitable de la experiencia; sin embargo, es justamente lo que está ontológicamente cerca de nosotros lo que tiende a permanecer desconocido, en el sentido del significado ontológico (Heidegger, 1927).

Evidencia fundamental de lo esencial en la vida es el fenómeno del cuidado. Un hecho indiscutible y evidente es que el cuidado es un lado fundamental de la vida, ya que no existe vida humana sin cuidado. Por esta razón, todas las personas desean ser cuidadas y si los seres humanos se cuidaran más el uno al otro, la vida sería de mucho mejor calidad para todos (Noddings, 2002). Existe la necesidad de las buenas acciones como también de la protección contra el sufrimiento: el cuidado es la respuesta necesaria para estas necesidades.

El conocimiento de la esencialidad ontológica del cuidado tiene raíces antiguas. Para enfatizar la importancia del cuidado, *El Fedro* dice que es la parte esencial no solo de los seres mortales sino también de las divinidades. De hecho, se supone que Zeus ejerce su poder divino cuando cuida todo y pone orden en las cosas (Platón, *El Fedro*, 246e). En el Libro VII de *La República*, Sócrates explica a Glaucón que es justo pedirles y forzarles a los filósofos de “proteger y cuidar” a otros ciudadanos, porque han adquirido una correcta visión de las cosas hermosas, justas y buenas mediante el

camino ascético del conocimiento y, por ende, tienen el derecho de gobernar a la ciudad (520a).

El cuidado es primordial en la vida, ya que, sin el cuidado no hay vida: no existe la vida que vale la pena vivir.

Partiendo del presupuesto que el cuidado no es una conducta natural y simple sino una práctica cultural que responde a una necesidad natural, para poder garantizar que el cuidado ocupa el lugar correcto en la vida, es necesario mantener una buena teoría del cuidado. Efectivamente, somos los pensamientos que pensamos, ya que lo que hacemos es informado por lo que pensamos.

Para poder esbozar la filosofía del cuidado que necesitamos para orientar el trabajo de la existencia, es necesario levantar las siguientes dos preguntas:

- a. ¿Por qué el cuidado es primordial en la vida?
- b. ¿Cuál es la esencia del cuidado?

Antes de investigar estas preguntas para llegar a una conceptualización rigurosa y precisa, es necesario definir, incluso de manera simple y temporal, de qué estamos hablando, es decir, el cuidado. Para desarrollar un discurso robusto sobre un objeto partiendo de una idea ordinaria, podemos adoptar el método que nos enseñó Sócrates; de hecho, en el diálogo de *El Cármenes*, antes de comenzar la investigación eidética para definir la esencia de la templanza, Sócrates le pregunta a su interlocutor cuál es su idea de esta virtud. Tomando el método de Sócrates como virtud, comenzaremos con una definición temporal del cuidado.

Mediante el análisis de las maneras en que el cuidado es usado en nuestro lenguaje diario, se puede definir el cuidado como interesarse por, preocuparse por, poner atención a, dedicarnos a algo, tener devoción por alguien.

Una vez formulado el significado de la palabra “cuidado”, el cual es simple y esencial al mismo tiempo, debemos verificar si la condición humana presenta cualidades que convierten el cuidado en un fenómeno necesario para la vida, y en el caso en que resulte ser un fenómeno ontológico necesario, debemos desdibujar la esencia del cuidado.

II. Las calidades ontológicas de la vida

Si observamos la experiencia humana de manera fenomenológica (Husserl, 2012), ella resulta frágil, vulnerable y cargada por la tarea ontológica de dar forma a nuestra presencia en el mundo.

Fragilidad

Somos frágiles en el sentido de que cada uno de nosotros es una entidad sin el poder de cambiar de nada a un ser, y en nuestra esencia somos algo que puede ser, mientras este “puede ser” contiene todo el riesgo de no convertirse en una presencia. Comenzamos nuestra vida con una acción autónoma, y llegamos a un mundo que funciona según una lógica sobre la que no tenemos nada que decir. Yo, según la manera que es dada y yo me puedo encontrar en él, es una entidad inconsistente; efectivamente, no existo por mí misma, no soy nadie sola, a cada momento enfrente el

vacío y necesito recibir el ser nuevamente como regalo, momento tras momento (Stein, 2002).

La entidad que somos no posee a su propio ser, sino lo recibe desde otra parte. La falta de soberanía sobre la vida es contenida en nuestro origen enigmático y en nuestro final, en el vacío de nuestro pasado, en la imposibilidad de atraer al ser todo lo que quisiera ser. Somos seres dependientes, dependemos de dónde venimos, del mundo en que vivimos y dónde medimos nuestro ser. La debilidad de la condición humana no consiste en poseer nuestro ser, sino en la necesidad de adquirir cosas para nutrir y conservar la vida. Nuestro ser es transitorio, imparabile y siempre está expuesto a la posibilidad del nada (Stein, 2002). Como dice el antiguo poeta griego Simonides, somos como las hojas en los árboles en el otoño.

Nuestra esencia ontológica es estar dentro de la posibilidad (Stein, 2002), en el sentido de que tenemos una disposición hacia el ser. Tener la calidad del ser no significa ser, sino que nuestra presencia es una posibilidad que se puede actualizar, y la actualización es el paso del “ser posible” al “ser real”. El paso de la posibilidad de ser hacia la actualización de nuestra propia posibilidad ontológica ocurre a través del cuidado, el cuidado de la vida.

Vulnerabilidad

Somos seres íntimamente relacionales, dependemos el uno del otro; en nuestra dependencia de otros-que-nosotros se encuentra la vulnerabilidad típica del ser humano. El hecho de que nuestro ser toma forma en un cuerpo y que el cuerpo presenta límites precisos

induce a considerarnos a nosotros como entidades separadas distintas de otros. Al mismo tiempo, nuestra materia ontológica no es algo compacto y cerrado dentro de los límites de la piel de cada individuo; es porosa, absorbe la calidad de la realidad que vivimos alrededor de nosotros y se forja en relación al otro. Esta visión porosa del ser es representada por las palabras de Sócrates en *El Fedro*, donde hipotetiza que su aprendizaje puede ser una consecuencia del conocimiento adquirido y dice: “Me llené, como un frasco vacío, con las palabras de otras personas que entraron por mis oídos, aunque sea tan estúpido que he olvidado dónde las escuché y quién las dijo” (Platón, *El Fedro*, 235d). Es la porosidad del ser que entra en comunión con las cosas; sin embargo, esta exposición a la calidad de los eventos que invierten nuestro estar-allí no solo nos capacita para alimentarnos de otros, sino también nos permite absorber lo que es nocivo para nosotros. Si la porosidad del ser nos abre hacia otros, así haciendo la relación posible, al mismo tiempo se puede traducir en vulnerabilidad. Si la relacionalidad rompe la soledad del estar-allí y nos posiciona en las condiciones de compartir la existencia, al mismo tiempo nos hace vulnerables, porque siempre estamos sujetos a las acciones de otras entidades, y otros seres implementan acciones que podrían nutrir nuestro ser como también amenazarlo.

Cargas

El ser humano no es una entidad completa, le falta forma. Cuando la mente piensa en lo divino o en lo humano de otra manera, es percibido como íntegro y como una forma perfecta, ya que nada que es divino requiere mayor desarrollo. Sin embargo,

cada entidad terrestre, es una presencia imperfecta y limitada; es una sustancia sin forma, adopta una forma en el tiempo, y su desarrollo es impulsado por la tensión de darle significado a nuestro estar-allí. Nacimos con la tarea de darle significado al tiempo de vida. No podemos existir en la realidad de manera pura y simple; no podemos ser uno con el mundo, a diferencia de las aves de migración, que se hacen uno con el cielo en que vuelan y parecen haber sido parte del horizonte desde siempre. Llevamos una fractura con el orden del mundo; porque nos falta ese orden, nos llama para que busquemos un significado que nos mantiene en una buena relación con la realidad. Lévinas (1947) afirma que el cuidado es impuesto por la solidez de un ser que comienza y ya está cargado con su propio exceso; la solidez es la calidad opuesta de la liviandad y al ser humano no se le está permitido vivir como un viento ligero, sino desde el inicio, apenas la luz lo toca, es cargado con el deber de cuidar su vida, de cuidar al ser, de mantenerlo y preservarlo (Lévinas, 1947).

Desde el inicio de nuestros tiempos, recibimos la carga de la tarea de componer nuestra vida. El deseo del bien guía la tensión de ser el posible y apropiado estar-allí. Esta es la paradoja de nuestra existencia: vivir la fragilidad de nuestro ser, el que se mantiene unido momento tras momento, sin ejercer ningún control sobre su desarrollo, y, juntos descubrir que estamos atados a la responsabilidad de responder al llamado de darle forma a nuestro estar-allí. Respecto de la fragilidad de nuestro ser, no podemos confiar en nuestros hábitos o en cualquier otra rutina tranquila y reconfortante. El poeta Baquílides (siglo V AC): “Siendo mortal, debes cultivar pensamientos gemelos / ya que mañana será el último día que verás / la luz del sol / y que cumplirás otros

cincuenta años más / de una vida de mucha riqueza” (Epinicios, p. 80). Ser llamados arquitectos de nuestra propia existencia es una difícil tarea, porque el proyecto de nuestro estar-allí requiere que pensemos a largo plazo, y esta acción intelectual implica que aislemos la condición que hace que nos sentimos postpuestos de momento a momento, conociendo y sintiendo nuestra profunda fragilidad.

Simplemente porque somos frágiles, vulnerables y estamos cargados con la tarea de existir, podemos hablar de debilidad ontológica. Es precisamente esa debilidad que hace que la acción del cuidado sea necesaria; por esta razón, el cuidado es primordial en la vida.

Necesitamos un cuidado que proporciona todo lo necesario para nutrir y preservar la vida; también necesitamos un cuidado que reduce el dolor del cuerpo y del alma: es el cuidado como una terapia^[1]. Nuestro cuerpo es algo bastante vulnerable, porque podría dejar de funcionar, y cuando esto ocurre, sentimos dolor

[1] Para indicar acciones terapéuticas, el griego tiene dos palabras: “*therapeia*” y “*iatreia*”. La primera palabra indica una acción de cuidado que toma en consideración la persona y su complejidad e incorpora la dimensión espiritual de la experiencia. La segunda palabra específicamente refiere a la actividad que es ejercida por médicos para tratar las enfermedades del cuerpo. Podemos decir que esta distinción corresponde a las palabras en inglés de “*disease*” e “*illness*”. El primer término indica la condición de una rotura del equilibrio en el cuerpo, la segunda palabra indica la experiencia del sujeto en su condición y, consecuentemente, el proceso de elaboración del significado de la enfermedad. Una acción de cuidado que concibe una condición de enfermedad solo como “*disease*” es cualitativamente distinta a una acción que lo considera como “*illness*”: en el primer caso aplicamos una “*cura*”, en el segundo caso “*cuidado*” (Benner & Wruble, 1989, p. XII).

en nuestra carne. Pero también la vida del alma puede necesitar acciones terapéuticas.

Aparte del deber de encontrar cosas para preservar y reparar la vida, cada ser humano tiene el deber de cuidar la existencia para efectuar su propia posibilidad de ser; por lo tanto, necesitamos aquellos cuidados para que el estar-allí pueda florecer en todas sus posibilidades. Lo *proprio* de la condición humana es responder a la tensión de nuestra propia trascendencia (Zambrano, 1992), porque nuestro núcleo viviente es una potencialidad que requiere superar todo lo que ya existe y abrir nuestra propia vivencia a mayores dimensiones del vivir. Responder a la tensión de la trascendencia significa que nuestro ser siempre es lo que debe ser, y es llamado para llegar a ser todo lo que aún no es, pero sí podría ser.

El cuidado es la práctica del amor por la vida, que nutre, preserva, repara y hace que la vida florece.

Para poder hablar del cuidado como amor, debemos entrar en mayor profundidad en el concepto. Si usamos para amor la traducción del griego antiguo de “eros”, no podemos considerar el cuidado como amor, ya que “eros” indica más bien pasión y no tanto un sentimiento, y es vinculado a una relación particular marcada solamente por una intimidad específica; sin embargo, si consideramos la palabra amor como la traducción de la palabra griega “agape” – lo que en latín tiene su equivalente en el verbo “diligio” – el uso de este término en la filosofía del cuidado es legítimo, ya que el verbo “agapein” indica protección, devoción hacia el otro.

III. La esencia de la práctica del cuidado

Después de encontrar la evidencia ontológica que demuestra la primacía ontológica del cuidado, debemos revelar de qué consiste la esencia del cuidado.

Según Husserl, toda la realidad se manifiesta en fenómenos y para obtener el conocimiento de un fenómeno necesitamos entender su esencia, es decir, encontrar sus cualidades esenciales. Buscar la esencia de un fenómeno es el objetivo específico del método fenomenológico (Husserl, 2012). En la fenomenología la palabra esencia indica la estructura íntima de una cosa, la que es formada por una serie de cualidades esenciales que la identifican necesariamente, ya que sin estas cualidades no podría existir (Husserl, 2012). Si la captura de la esencia significa identificar las propiedades esenciales de una cosa (Husserl, 2012), capturar la esencia del cuidado implica definir las propiedades esenciales que constituyen una acción de cuidado, sin las cuales no podemos hablar del cuidado.

Si consideramos la ocurrencia diaria de los eventos, notamos que hay diferentes maneras de actualizar el cuidado: cada una de estas maneras es diferenciada por el sujeto que lo realiza (un profesor, una enfermera, un líder de equipo, etc.), por el contexto en el cual se realiza, por su determinación temporal, por los sentimientos que acompañan la vivencia y por otras cosas. Pero, a pesar de que existan muchas y diferentes formas de cuidado concreto (hay cuidado maternal, cuidado educativo, cuidado clínico, cuidado terapéutico, etc.), la esencia del cuidado es solo una, y se hace evidente siempre dónde y cuándo cuidamos. La esencia

constituye el *quid* (latín por “qué”, “algo”, “quién”) que existe en cada variación de un tipo de fenómeno. Este *quid* es constituido por las propiedades esenciales de un campo fenomenal, es decir, manifiesta su identidad específica.

Mientras la filosofía fenomenológica como ciencia eidética se interesa por la esencia general en el sentido del conjunto de las cualidades universales y necesarias, una filosofía de experiencia interesada en el mundo del día a día, donde el cuidado se realiza en múltiples diferentes fenómenos, requiere conceptualizar una idea de esencia capaz de expresar las cualidades impredecibles y variables de la experiencia también. Para entender la calidad de la realidad, debemos abordar actos únicos de cuidado: el cuidado que una madre demuestra a un bebé específico en una situación precisa; el cuidado que un profesor dedica a facilitar el proceso de aprendizaje de un estudiante específico; el cuidado entregado por una enfermera a un paciente específico en una situación específica en un ambiente específico de cuidado de salud; el cuidado que un trabajador social dedica a un niño que le es encargado con su propio pasado único. Si asumimos que cada objeto de la mente tiene su propia esencia, y esta esencia es la plenitud de peculiaridades que la constituyen (Stein, 2002), es posible buscar la esencia incluso de cualquier actualización singular del cuidado.

Para la fenomenología, es decir, la ciencia eidética interesada en las cualidades esenciales y generales que desafían el *quid* de un universo fenomenológico, las cualidades contingentes y particulares que caracterizan un fenómeno en su singularidad no son interesantes, ya que no son generales y son consideradas

como inválidas en cuanto a la construcción del conocimiento fundacional; sin embargo, una filosofía de la experiencia del cuidado, que sirve para entender las cualidades del fenómeno del cuidado, es relevante. Para adquirir un conocimiento riguroso de la experiencia vivida, la fenomenología indica un método de investigación basado en una fina descripción del fenómeno y el acto de la descripción tiene su referencia heurística clave en el principio de la evidencia. Para entender la esencia del cuidado, debemos observar las prácticas del cuidado con una mirada abierta y receptiva y describir en detalle todo lo que aparece. La descripción rigurosa de un fenómeno nos permite recolectar evidencia.

La aplicación del principio de la evidencia en un análisis fenomenológico de las experiencias vividas de cuidado ha demostrado que una buena práctica del cuidado se revela en maneras precisas de ser o “indicadores clave de conductas del cuidado” (Noddings, 1984, p. 12).

A continuación, se detallan las fundamentales formas cuidadosas de ser que emanan de algunos estudios fenomenológicos (Mortari, 2006; Mortari & Saiani, 2014; Mortari & Camerella, 2014): dedicar atención, escuchar, darle al otro una buena y apropiada palabra, mostrarle al otro que estás tratando de entenderlo, sentir empatía por el otro, entrar en contacto con el otro con delicadeza.

Sin embargo, aplicar solo el principio de la evidencia no permite entender la esencia completa de un fenómeno, dado que, debido a la complejidad de la experiencia humana, no todas las cualidades se hacen evidentes; por consecuencia, la fenomenología requiere de un método riguroso para aplicar, adicionalmente, el principio

de la trascendencia, que le pide al investigador revisar qué es evidente para obtener datos trascendentes. Adoptar el principio de la trascendencia implica aceptar una orientación por los hilos de la evidencia para entender qué es lo que nuestra mente no ve inmediatamente. Si aplicamos el principio de la trascendencia, podemos llegar al núcleo vivaz, pero no inmediatamente evidente, del cuidado, el que es estructurado en las *posturas del ser*.

En términos fenomenológicos, las formas del estar-allí son la evidencia fenomenológica inmediata del actuar con cuidado, manifestado concretamente por el cuidador y percibido por el otro en el corazón de la relación; mientras las posturas del estar-allí no son acciones precisas que el cuidador manifiesta concretamente en la relación con el otro, sino son como la premisa de la acción y constituyen el humus generativo que prepara al acción del cuidado, pueden ser definidas definir como evidencias fenomenológicas trascendentes iluminadas por las formas de ser.

En un análisis fenomenológico de las experiencias del cuidado se ha recalcado que una persona que actúa con cuidado desarrolla posturas precisas del estar-allí: sentirse responsable, compartir lo que es esencial para la vida con el otro, tener una consideración reverencial por el otro. Describir estas posturas del estar-allí significa revelar el núcleo ético de la práctica del cuidado.

Sentirse responsable del otro

Responsabilidad viene de la palabra latín “*respondere*”, lo que literalmente significa “responder a un llamado”. Sentirse responsable significa activamente responder a la necesidad

de otro, con consideración y rapidez. Si nosotros tomamos la responsabilidad de otra persona, significa que debemos estar abiertos a hacer todo lo que sea necesario para el bienestar del otro; esta apertura no se debe solo ejecutar, sino también declarar, para que la otra persona sepa que puede contar con nosotros.

Cuando pongo atención en otra persona, no puedo sentirme desconectado de la calidad de su estar-allí. Si esto es cierto en la relación con otra persona en general, es más cierto aún en contextos de cuidado: en un contexto educacional de la temprana infancia, en el que el educador está frente a un niño que necesita todo, en un contexto de salud, en el que el rostro de otra persona revela toda su vulnerabilidad y fragilidad de la condición enferma. Si verdaderamente pongo atención sensible a otra persona, no puedo quedarme indiferente a la experiencia de esa persona, y esto podría cuestionar mis elecciones; me cuestiona a mí y requiere de mi respuesta activa.

La persona que es capaz de cuidar es una persona que es guiada por el imperativo del Antiguo Testamento: “¡No te escondas de tu propia carne!” (Is 58, 7b). La responsabilidad del que cuida es manifestada con diferentes intensidades de acuerdo con la condición del otro. Hay situaciones en las que el nivel de independencia del otro es tan bajo que se requiere de una responsabilidad directa del cuidador: el recién nacido que necesita de todo, el enfermo que es temporalmente incapaz de cuidarse a sí mismo, el discapacitado que es totalmente dependiente de otros. También existe un tipo de cuidado que es expresado a través de una responsabilidad indirecta, en el que el cuidador interpreta

sus propias acciones para facilitarle al otro tomar responsabilidad sobre sí mismo.

Lévinas (1972) habla de una responsabilidad “infinita” de uno mismo hacia otros. El concepto de infinito cubre una importante función en la cualificación del espacio noético de la práctica del cuidado. Sin embargo, esto puede ser problemático si confiamos que esta idea califique la postura de la responsabilidad, ya que lo infinito no pertenece a la esencia de la condición humana, dado que esa siempre es finita. Los antiguos griegos, quienes temían el riesgo del exceso, consideraban lo infinito como algo negativo ya que no puede ser medido. En un fragmento de Heráclito, encontramos que el sol, o, en otras palabras, la entidad de la que depende la vida en la tierra, “no puede superar su propia medida” (Colli, 1993, 14[A81]). Precisamente porque la condición humana es finita, la energía vital de cada uno de nosotros es limitada, por lo tanto, no podemos pedirle a un ser frágil y vulnerable una responsabilidad finita; se requiere una responsabilidad sustentable, dentro de la medida humana. Sin hipotetizar formas de ir más allá de los límites de las capacidades humanas, sería suficiente para cada uno de nosotros responder al llamado de la responsabilidad respecto de nuestras propias posibilidades y la vida cobraría otras formas y colores.

Cuando tomamos la responsabilidad de cuidar a otra persona, es parte del orden de las cosas sentir la necesidad de detenerse y tomar tiempo, guardar un lugar de intimidad para reflexionar y recobrar la fuerza vital del estar-allí. Abrirse hacia el otro debe encontrar un equilibrio entre resistir cualquier forma de presencia excesiva, lo cual es un síntoma del deseo de ejercer poder sobre la

realidad, y atender a su transformación. En el principio evangélico “ama a tu prójimo como a ti mismo”, la conexión con una forma equilibrada de estar en el mundo es implícita.

Operar con gratuidad

La implementación del trabajo del cuidado implica permanecer donde se encuentra la necesidad. Saber hacer lo que se debe hacer, y que esto se debe hacer porque el otro tiene esta necesidad vital, trae una ganancia significativa más allá de cualquier lógica de intercambio. Por esta razón, podemos decir que el trabajo del cuidado contiene un elemento intrínseco de gratuidad. El cuidado que toma a otra persona en cuenta va más allá del perímetro del cálculo, de lo medible, de lo negociable. Cuidamos a otra persona porque sentimos la necesidad de tomar esta acción. Eso es la gratuidad del cuidado.

La gratuidad puede ser considerada como el elemento fundador del cuidado, ya que el cuidar al otro es concretizado en la producción de una forma de beneficio, y el beneficio gira en torno al darle algo a otro sin esperar nada de vuelta del otro. Dar sin recibir nada no significa perder algo, ya que cuidar para ser bueno, no necesariamente es dañino. Fedro le explica a Sócrates que el amor no debe llevar a nada dañino, sino solo beneficiar a ambas partes (Platón, *El Fedro*, 234c). Solo para el cuidador, la ventaja no deriva del que recibe el cuidado, sino de la acción misma del cuidar.

En la acción gratuita del cuidado no perdemos nada, sino en realidad ganamos algo esencial. La acción gratuita no es una hemorragia de nuestras propias energías, ya que hay ganancia en

el significado: la ganancia consiste en el pensamiento que hayamos hecho lo que era necesario hacer. La vida es un viaje en el tiempo, y tenemos que cuidar el tiempo muy bien; pero el tiempo se llena de significado cuando actuamos en la luz de una investigación sobre lo que es bueno para todos nosotros.

Aquellos dadores de cuidado capaces de una buena práctica de cuidado cuidan según *la lógica del regalo*, en otras palabras, con gratuidad. Estos cuidadores consideran las cosas que hacen como cosas que se deben hacer, y explican que, incluso si sus acciones son libres de expectativas, al final de la acción siempre sale algo bueno que da significado a lo hecho. Podemos definir esta acción como un derecho de la acción de dar, porque va más allá de cualquier lógica de intercambio, de cualquier cálculo de intercambios financieros. El único y verdadero intercambio actualizado en la buena práctica del cuidado es un intercambio de ser, según lógicas absolutamente impredecibles, y el cuidador no calcula al momento de comenzar la acción. Si la persona que recibe el cuidado califica la acción del cuidado recibido como un regalo, y consecuentemente, muestra gratitud, no cancela el sentido generoso de la acción, porque si yo reconozco algo como un regalo, no me siento obligado a corresponderlo, simplemente puedo recibir.

Actuar con respeto

La responsabilidad y la gratuidad, incluso si son calificadas como dimensiones esenciales de la ética de la práctica del cuidado, no bastan para asegurar un buen cuidado. La responsabilidad y la generosidad estructuran un buen cuidado si están íntimamente

vinculadas con la capacidad de ser respetuoso hacia el otro; ese respeto es reverencia.

Ser respetuoso significa permitirle al otro estar allí, comenzando consigo mismo y según su forma de ser. En otras palabras: manteniendo al otro como trascendente hacia mí, conservando al otro como irreducible hacia mi forma de ser y pensamiento. Cuando Lévinas (1961) afirma que la colectividad en la que dijo “vosotros” o “nosotros” no es el plural del “yo”, nos muestra la necesidad de mantener diferencias, de saber cómo ver al otro en su perfil original y luego hacer espacio para su unicidad. El respeto por el otro y su propio ser requiere saber cómo cultivar una relación en la que el cuidador está vinculado al otro como a una realidad distante, asegurando que la distancia no es traducida en una ruptura de la relación y que la relación pretende encontrar la distancia correcta. Ser respetuoso es la condición necesaria para prevenir el riesgo siempre presente de la inhumanidad, la que ocurre en cualquier momento cuando se niega la posibilidad del estar-allí según nuestro propio deseo. Permitirnos ser cuestionados por otra persona para que pueda estar allí comenzando consigo misma, es la condición para una relación ética (Lévinas, 1961).

El respeto se muestra con gestos y palabras: un profesor muestra respeto cuando un enfoque crítico, si es necesario, hacia el producto de un proceso de aprendizaje es actualizado con palabras que sinceramente evalúan la situación sin dañar a los estudiantes; hay respeto en una maniobra terapéutica en el cuerpo del paciente si se hace con delicadeza; hay respeto en escuchar a un amigo que está en problemas cuando sabemos cómo mantener la atención que no es anticipada por pre-comprensiones que evitarían acoger

al otro en la calidad de su pasado; hay respeto de un trabajador social cuando intenta, con un adolescente que muestra que está incómodo, transformar su postura para evitar imponer soluciones ya dadas, que no toman en consideración su pasado y su horizonte de significados.

Se muestra respeto al acercarse (avanzar hacia) al otro con delicadeza y en la conciencia de ser hospitalario con su propia subjetividad (bienvenida). El respeto es hospitalidad; se trata de dejar que el otro me hable y pase por encima de mis maneras de pensar.

Cuando hablamos de respeto pensamos en la relación con el otro en su dimensión espiritual, muchas veces olvidando que el otro también es un cuerpo, y que algunas prácticas de cuidado implican una relación intensa con el cuerpo del otro. Pensemos en el cuidado maternal y terapéutico. Mostrar respeto por el cuerpo de otro significa ejercer el cuidado con una afinidad participativa, pero discreta al mismo tiempo. La forma en que los cuerpos manejan la recepción y el respeto es simbolizada por una caricia. Una caricia es la atestación de una cercanía muy atenta, que sabe cómo ser testigo de una atención sensible y delicada hacia el otro.

Cada ser humano es único. Somos seres singulares y plurales al mismo tiempo, o, en otras palabras, compartimos las cualidades esenciales de la condición humana, pero luego cada uno de nosotros interpreta su presencia en el mundo de manera original. Ser respetuoso significa acoger a cada persona en su unicidad, dejar que llegue cada una con sus propias posibilidades de ser. La primera forma innegable de respeto es actualizada, por lo tanto, en esa manera de pensar en el otro y su unicidad. El encuentro

con el otro no puede ser anticipado por conceptos que, esperando anunciar su perfil, en realidad cancelan la posibilidad de apreciarlo y su originalidad. Si no intentamos acoger al otro en su singularidad, en su ser único y distinto, no podemos auténticamente cuidar, porque faltaría la alteridad del otro. Una relación de cuidado es una relación del uno con el otro; Lévinas interpreta la ética como una relación “cara a cara” (1961), y describe el encuentro de dos personas cuya unicidad respectiva es protegida.

Ser responsable, mostrar respeto y ser generoso pueden ser etiquetados como virtudes, y las virtudes, de punto de vista aristotélico, pueden ser consideradas el corazón de la ética. Su legitimidad afirma que el corazón del cuidado es ético.

IV. La intención orientadora del cuidado

Al centro de las posturas íntimas del cuidado se encuentra una intencionalidad previa que mueve y orienta la manera de interpretar la relación con el otro. Al aplicar el principio de la trascendencia, la calidad central del cuidado resultó siendo la benevolencia, es decir, la voluntad de buscar qué es bueno para el otro.

Si asumimos el principio aristotélico que todo busca el bien (Aristóteles, *Nicomachean Ethics*, I, 1, 1094a 2), podemos decir que la existencia es impulsada por la intención de investigar el bien. Aristóteles especifica que el bien que el ser humano está buscando se llama *eudaimonia* (*Nicomachean Ethics*, I, 7, 1097b 15-18).

Si el cuidado es una práctica primordial ontológica y si la tensión primaria de la existencia es la investigación del bien, la práctica del

cuidado tiene que tener una relación esencial con la investigación del bien. Quien cuida, está buscando algo bueno (Platón, *El Fedro*, 65d). Un buen cuidado es proactivo y protector; es proactivo porque busca el bien y es protector porque trata de proteger la vida, la nuestra y la de otra persona, contra cualquier tipo de mal. Un buen cuidado mantiene el ser sumergido en la búsqueda del bien. Buscar el bien es la única auténtica orientación ética.

En ese sentido podemos hablar del cuidado cuando la acción es orientada por la intención de contribuir a la buena calidad de vida del otro. Dado que la investigación de lo que es bueno para el otro genera espacios del ser, podemos confirmar que el cuidado es aquella manera de mantenerse vinculado al otro que genere posibilidades de experiencia (Benner & Wrubel, 1989).

El cuidado es una práctica relacional impulsada por la intención de darle al otro lo necesario para una buena calidad de vida. Darle al otro aquello que le permite vivir una buena vida incluye diferentes tipos de acciones: facilitar lo que el otro necesita para vivir, poner al otro en condiciones para que pueda adquirir lo que necesita, protegerlo contra potenciales daños y violencia, proporcionar al otro la posibilidad de cumplir sus potencialidades existenciales, reparar el daño recibido y aliviar formas de dolor. Todas estas acciones tienen sentido si contribuyen al hacer posible la experiencia de una vida de buena calidad.

Si el cuidado es una dimensión ontológica primordial y la intencionalidad primaria del ser es la investigación del bien, la intención que guía una buena acción de cuidado puede solamente ser la búsqueda de lo que es bueno para la vida.

Referencias

- Aristóteles. *Nicomachean Ethics* (2nd ed.). Indianapolis/Cambridge: Hackett Publishing Company, 1999.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Colli, G. (1993). *La sapienza greca*. III Eraclito. Milano: Adelphi.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Husserl, E. (2012). *Ideas*. London and New York: Routledge.
- Lévinas, E. (1947). *De l'existence à l'existant*. Paris: Vrin.
- Lévinas, E. (1961). *Totalité et infini*. La Haye: Nijhoff.
- Lévinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Montpellier: Fata Morgana.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*: Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L., & Camerella, A. (2014). *Fenomenologia della cura*. Napoli: Liguori Editore.
- Mortari, L., & Saiani, L. (Eds.) (2014). *Gestures and thoughts of caring*. New York-Boston: McGraw-Hill Education.
- Noddings, Nel (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Noddings, N. (2002). *Starting at Home*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Stein, E. (2002). *Finite and eternal being. An attempt at an ascent to the meaning of being*. Washington, DC: ICS Publications.
- Platón. *Complete works*. Editado por J. M. Cooper. Associate editor D. S. Hutchinson. Indianapolis/Cambridge: Hackett Publishing Company, 1997.
- Zambrano, M. (1992). *Los sueños y el tempo*. Madrid: Siruela.

THE CONCEPT OF CARE FROM A PHILOSOPHICAL PERSPECTIVE

Luigina Mortari

PhD

*Professor of Epistemology of qualitative research
in the Department of Human Sciences,
University of Verona, Italy
luigina.mortari@univr.it*

Abstract

The paper aims at drawing a philosophy of care based upon the following two questions: Why is care primary in life? What is the essence of care? The author analyzes the human experience in a phenomenological way and describes fragility, vulnerability and burden as the ontological qualities of life that make ontological primacy of care evident. Then she describes the postures of the being-there taken by the people who perform care, i.e. feeling responsibility for the other, sharing what is essential to live with the other and having reverential consideration for the other. These postures of the being-there are presented as the ethical nucleus of the caring practice. Finally, the author defines care as a relational practice led by the intention to give to the other what is necessary for a good quality of life.

I. Care is primary in life

In the field of human experience things exist which are essential, fundamental. But sometimes this essentiality, even if clear in daily routine, eludes thought. Often what is essential to us, seems to be that what is close to us, as a structural and inevitable part of the experience; but it is exactly what is ontologically near to us that tends to remain unknown as far as its ontological meaning is concerned (Heidegger, 1927).

Fundamental evidence of what is essential for life is the phenomenon of care. An indisputable and evident fact is that care is a fundamental side of life, because there is no human life without care. For this reason, all people desire care and if human beings cared more for one another, life would be of a better quality for all of us (Noddings, 2002). There is a necessity of good actions as well as protection against suffering: care is the necessary response to these needs.

Knowledge of the ontological essentiality of care has antique roots. In order to underline the importance of care, *The Phaedrus* says that it is the essential part not only of mortals but also of divinities. As a matter of fact, Zeus is supposed to exercise his divine power when caring for everything and putting things in order (Plato, *The Phaedrus*, 246e). In book VII of the *Republic*, Socrates explains to Glaucon that it is fair to ask and force philosophers to “guard and care for” other citizens, because they have acquired a proper vision of beautiful, rightful and good things through the ascetic path of knowledge and therefore they are entitled to govern the city (520a).

Care is primary in life, since without care there is no life; there is no life worth living.

Starting from the presumption that care is not simple natural behavior but a cultural practice responding to a natural need, in order to guarantee that care has the right place in life, it is necessary to maintain a good theory of care. Indeed, we are the thoughts we think, since what we do is informed by what we think.

In order to draw the philosophy of care that we need to orient the work of existence, two questions should be raised:

- a. Why is care primary in life?
- b. What is the essence of care?

Before investigating these questions in order to arrive to a rigorous and precise conceptualization, it is necessary to define, even if in a simple and temporary manner, what we are discussing, namely, care. To develop a thorough discourse about an object starting from an ordinary idea, we can adopt the method Socrates teaches us; in fact, in the *Carmides* dialogue, before starting the eidetic inquiry to define the essence of temperance, Socrates asks his interlocutor what their idea is of this virtue. By taking the Socratic method as a reference, we will start with a temporary definition of care.

By analyzing the ways in which care is used in our daily language, it is possible to define care as having at heart, worrying about, paying attention to, dedicating ourselves to something, having devotion for someone.

Once we have formulated the meaning of the word “care”, which is simple and essential at the same time, we need to verify whether

the human condition presents qualities that make care a necessary phenomenon for life, and in case care turns out to be a necessary ontological phenomenon we must outline the essence of care.

II. The ontological qualities of life

If we observe the human experience in a phenomenological way (Husserl, 2012), it turns out to be fragile, vulnerable and burdened by the ontological task to shape our presence in the world.

Fragility

We are fragile in the sense that each one of us is an entity without the power to switch from nothing to a being, and in our essence we are something that we can be, while this “can be” contains all the risk of not becoming a presence. We begin our life without an autonomous action, and we arrive in a world that functions according to a logic that we cannot decide upon. Myself, according to the way it is given and I can find myself in it, is an inconsistent entity; indeed, I don’t exist by myself, I am nothing by myself, at every moment I face the void and I need to receive the being again as a gift moment after moment (Stein, 2002).

The entity we are does not possess its own being, but it receives it from elsewhere. The lack of sovereignty on life is caught in our enigmatic origin and in our end, in the emptiness from our past, in the impossibility to call to the being everything that it would like to become. We are dependent beings, depending on where we come from, on the world we live in and where we measure our

being. The weakness of the human condition does not consist of possessing our being, but of the need to procure things to nourish and conserve life. Our being is transient, unstoppable and always exposed to the possibility of nothing (Stein, 2002). Like the ancient Greek poet Simonides said, we are like leaves on the trees in the fall.

Our ontological essence is being within the possibility (Stein, 2002), in the sense that we have a disposition towards the being. To have the quality of being possible does not mean to be, but that our presence is a possibility that can actualize, and actualization is the passage from “being possible” to “being real”. The passage from the possibility of being to the actualization of our own ontological possibility happens through care, the care for life.

Vulnerability

We are intimately relational beings, we depend on one another; in our dependence on other-than-ourselves lies the typical vulnerability of the human being. The fact that our being takes shape in a body and that the body presents precise limits induces to think about us like separate entities distinct from others. At the same time, our ontological matter is not something compact and closed within the limits of the skin of every single individual; it is porous: it absorbs the quality of the reality we experience around us and it forges itself in relation to the other. This porous vision of being is represented by Socrates’s words in *The Phaedrus*, where he hypothesizes that his learning can be a consequence of the acquired knowledge and he says: “I was filled, like an empty jar, by the words of other people streaming in through my ears, though

I am so stupid that I have even forgotten where and from whom I heard them” (Plato, *The Phaedrus*, 235d). It is the porosity of being that comes in communion with things; however this being exposed to the quality of the events that invest our being-there not only makes us capable of getting nurtured from others, but it can also enable us to absorb what is harmful for us. If the porosity of being opens us to others making the relationship possible, at the same time it can be translated into vulnerability. If relationality breaks the solitude of being-there and puts us in the conditions of sharing the existence, at the same time it makes us vulnerable, because we are always subject to the actions of other entities, and other beings implement actions that might nourish our being as well as threaten it.

Burdens

The human being is not a complete entity, it lacks shape. When the mind thinks of the divine or otherwise of the human, this is perceived as integral and as a perfect form, since nothing divine requires further development. Every earthly entity, however, is an imperfect and limited presence; it is a substance without a shape, it adopts a shape over time, and its development is moved by the tension to give meaning to our being-there. We are born with the task to give meaning to time of life. We cannot exist in reality in a pure and simple way; we cannot be one with the world, unlike migrating birds, who are one with the sky they fly in and seem to have inhabited the horizon forever. We carry a fracture with the world’s order; because we lack this order, we are called upon it in order to search for a meaningful one that keeps us in

a good relationship with reality. Lévinas (1947) states that care is imposed by the solidity of a being that begins and is already encumbered with its own excess; solidity is the opposite quality of lightness and the human being is not allowed to live as light wind, but from the beginning, as soon as the light touches them, they are burdened with the duty to care for their life, to care for the being, to maintain and preserve it (Lévinas, 1947).

From the beginning of our time we are burdened with the task to compose our life. The desire of good guides the tension to become the proper possible being-there. This is the paradox of our existence: experiencing the fragility of our being, which is kept together moment after moment, without exercising any control on its development, and together discovering ourselves bound to the responsibility to answer the call to shape our being-there. As far as the fragility of our being is concerned, we cannot rely on our habits or on any other quiet and reassuring routine. The poet Bacchylides (5th Century BC): “Being a mortal, you must cultivate twin thoughts / that tomorrow will be the last day you see / the sun’s light / and that you will complete another fifty years / of life deep in wealth” (*Epinicians*, p. 80). To be called architects of our own existence is a difficult task, because the project of our being-there requests us to think of the long term, and this intellectual action implies we isolate the condition that makes us feel postponed from moment to moment while knowing and feeling our deep fragility.

Just because we are fragile, vulnerable and burdened by the task of existing we can speak of ontological weakness and it is exactly

this weakness that makes the action of care necessary; for this reason, care is primary in life.

We need care that provides everything necessary to nourish and preserve life; we also need care that reduces the pain of both the body and the soul: it is care as a therapy^[1]. Our body is something quite vulnerable, because its functioning might stop and when this happens, we experience pain in our flesh. But life of the soul may require therapeutic actions too.

Besides the duty of finding things to preserve and repair life, every human being has the duty to care for existence in order to realize their own possibility of being; so we need care that makes the being-there flourish in all its possibilities. The *proprium* of the human condition is to respond to the tension of our own transcendence (Zambrano, 1992), because our living nucleus is a potentiality that requires overcoming what already exists and opening our own experience to further dimensions of living. To respond to the tension of transcendence means that our being

[1] To indicate therapeutic actions Greek has two words: “*therapeia*” and “*iatreia*”. The first word indicates an action of care that takes into consideration the person and their complexity and it includes the spiritual dimension of experience. The second word specifically refers to the activity that is exercised by physicians to treat the diseases of the body. We can say that this distinction corresponds to the English words “disease” and “illness”. The first term indicates the condition of a balance break in the body, the second word indicates the experience of the subject in their condition, and consequently the elaboration process of the meaning of the disease. A caring action that conceives a condition of sickness only as “disease” is qualitatively different from that one that considers it as “illness”: in the first case we apply “cure”, in the second “care” (Benner & Wruble, 1989, p. XII).

is always what it has to be, and it is called to become everything that it is not yet but that it could be.

Care is the practice of love for life, that nourishes, preserves, repairs and makes life blossom.

In order to be able to speak about care as love we need to go deeper into the concept. If we use for love the translation from Ancient Greek of “*eros*”, we cannot consider care as love, because “*eros*” indicates a passion rather a feeling and is to be connected to a peculiar relationship marked by a specific intimacy only; if, however, we consider the word love as the translation from the Greek word “*agape*” – which in Latin has its equivalent in the verb “*diligere*” - then the use of this term in the philosophy of care is legitimate, since the verb “*agapein*” indicates protection, solicitude, devotion to the other.

III. The essence of the practice of care

After finding the ontological evidence demonstrating the ontological primacy of care, we need to disclose what the essence of care consists of.

According to Husserl all reality manifests itself in phenomena and in order to obtain knowledge of a phenomenon we need to grasp its essence, in other words, to find its essential qualities. Looking for the essence of a phenomenon is the phenomenological method’s specific goal (Husserl, 2012). In phenomenology the word essence indicates the intimate structure of a thing, which is formed by a series of essential qualities that necessarily identify it,

since without these qualities it could not exist (Husserl, 2012). If capturing the essence means identifying the essential properties of a thing (Husserl, 2012), capturing the essence of care implies defining the essential properties that constitute an action of care, without which we cannot talk about care.

If we consider the daily happening of events, we may notice that there are many different ways to actualize care: each of these ways is differentiated by the subject who performs it (a teacher, a nurse, a mother, a team leader, etc.), by the context in which it takes place, by its temporal determination, by the feelings that accompany the experience and by other things. But even though the ways of concrete care are many and different (there is maternal care, educative care, clinical care, therapeutic care, etc.), the essence of care is only one and it makes itself evident always where and when we care. The essence constitutes the *quid* (Latin for “what”, “something”, “who”) that exists in every variation of a kind of phenomenon. This *quid* is constituted by the essential properties of a phenomenal field, in other words, it manifests its specific identity.

While phenomenological philosophy as an eidetic science is interested in the general essence in the sense of the set of universal and necessary qualities, a philosophy of experience interested in the daily world, where care takes place in a multitude of different phenomena, needs to conceptualize an idea of essence capable of expressing the unpredictable and variable qualities of the experience too. To understand the quality of reality it is necessary to deal with single acts of care: the care a mother shows to a specific baby in a precise situation; the care a teacher dedicates

to facilitating the learning process of a specific student; the care a nurse gives to a specific patient in a specific situation in a particular health care environment; the care a social operator dedicates to a child entrusted to them with its own and unique past. If we assume that every object of the mind has its own essence, and this essence is the fullness of peculiarities that constitute it (Stein, 2002), then it is possible to search for the essence even of any singular actualization of care.

For phenomenology, which is the eidetic science interested in the essential and general qualities defying the *quid* of a phenomenological universe, contingent, particular qualities characterizing a phenomenon in its singularity are not interesting, since because they are not general, they are considered as non-valid as far as the construction of the foundational knowledge is concerned; nonetheless, a philosophy of the experience of care, intended to understand the qualities of the phenomenon of caring we encounter in ordinary life is relevant. In order to obtain rigorous knowledge of the lived experience, phenomenology indicates a method of inquiry based upon a fine description of the phenomenon and the act of describing has its key heuristic reference in the principle of evidence. To grasp the essence of care we need to observe the practices of care with an open and receptive view and to describe what appears in detail. The rigorous description of a phenomenon allows us to collect evidence.

The application of the principle of evidence in a phenomenological analysis of the lived experiences of care showed that a good practice of care reveals itself in precise ways of being or “key behavioral indicators of care” (Noddings, 1984, p. 12).

The following are fundamental caring ways of being that emanate from some phenomenological inquiries (Mortari, 2006; Mortari & Saiani, 2014; Mortari & Camerella, 2014): dedicating attention, listening, giving the other a good and appropriate word, showing the other that we are trying to understand them; feeling empathy for the other; delicately entering into contact with the other.

However, applying only the principle of evidence does not allow to grasp the whole essence of a phenomenon because due to the complexity of the human experience not all qualities make themselves evident; consequently, phenomenology requires a rigorous method to additionally apply the principle of transcendence, asking the researcher to review what is evident in order to arrive to transcendent data. Adopting the principle of transcendence imposes the acceptance of guidance by the threads of evidence to understand what our mind does not see immediately. If we apply the principle of transcendence, we can reach the lively but not immediately evident nucleus of care, which is structured in *postures of the being*.

Speaking in phenomenological terms, the ways of being-there are the immediate phenomenological evidence of acting with care, which the caretaker manifests concretely and the other perceives at the core of the relationship; while the postures of being-there are not precise actions the caregiver manifests concretely in the relation with the other, but they are like the premise of the action and they constitute the generative humus which prepares the action of care, they can be defined as transcendent phenomenological evidences that are enlightened by the ways of being.

The phenomenological analysis of caring experiences has highlighted that a person who acts with care develops precise postures of the being-there: feeling responsible, sharing what is essential for life with the other, having a reverential consideration for the other. Describing these postures of the being-there means revealing the ethical nucleus of caring practice.

Feeling responsibility for the other

Responsibility comes from Latin “*respondere*”, which literally means “to answer a call”. Feeling responsible means actively answering to someone else’s need, with consideration and promptness. Taking over ourselves the responsibility for another person means being open to do as much as is necessary for the well-being of the other; this openness must not only be performed but also declared, in order to let the other person know they can count on us.

When I pay attention to someone else, I cannot feel disconnected from the quality of their being-there. If this is true in the relation with another generally speaking, it is even more true in contexts of caring: in an educational context of early childhood where the educator is in front of a child who needs everything, in a health context where someone else’s face reveals all their vulnerability and fragility of the sick condition. If I pay truly sensitive attention to another, I cannot be indifferent to that person’s experience and this might question my choices; it questions me and requests my active response.

The person who is capable of care is one who is guided by the imperative from the Old Testament: “Don’t turn your back to your

own flesh and blood!” (Is 58, 7 b). The responsibility of whom is caring is manifested with different intensities according to the other’s condition. There are situations where the other’s level of independence is so low that direct responsibility is required from whom is taking care: the newborn who needs everything, the sick person who is momentarily incapable of taking care of themselves, the disabled who is totally dependent on others. There is also a kind of care which is expressed through indirect responsibility, where the caretaker interprets their own actions as facilitating the other to take responsibility for themselves by themselves.

Lévinas (1972) talks about an “infinite” responsibility for oneself towards others. The concept of infinite covers an important function in qualifying the noetic space of practicing care. But it may be problematic if we rely on this idea to qualify the posture of responsibility, because the infinite does not belong to the essence of the human condition, as that is always finite. The ancient Greeks, who feared the risk of excess, considered the infinite as something negative because it cannot be measured. In a fragment of Heraclitus, we find that the sun, or in other words, the entity life on earth depends on, “cannot overcome its own proper measure” (Colli, 1993, 14[A 81]). Just because the human condition is finite, the vital energy of each one of us is limited, so we cannot ask a fragile and vulnerable being for infinite responsibility; sustainable responsibility is required, which is within human measure. Without hypothesizing ways of being beyond the borders of human capabilities, it would be sufficient for each of us to respond to the call for responsibility according to our own possibilities and life would gain other forms and colors.

When we take on the responsibility of taking care of another person, it is part of the order of things to feel the need to stop and take time, to save a place of intimacy to collect our own thoughts and regain the vital force of being-there. Being open towards another must find a balance in resisting any form of excessive presence, which is a symptom of the desire to exercise power over reality instead of serving its transformation. In the evangelical principle “love your neighbor as yourself” the connection to a balanced way of being in the world is implicit.

Operating with gratuity

Implementing work of care means staying where the necessity is. Knowing to do what has to be done, and that it must be done because the other has a vital necessity of it, brings back a meaningful profit beyond any exchange logic. For this reason, we can say that work of care contains an intrinsic element of gratuity. Care that takes another to heart goes beyond the perimeter of calculation, of the measurable, of the negotiable. We take care of another because we feel the necessity of this action. Here is the gratuity of care.

Gratuity can be considered as the constitutive element of care, because caring for the other is concretized in producing a form of benefit, and the beneficium is about giving something to someone else without expecting anything in return from the other. Giving without receiving anything does not mean losing something, because care in order to be good does not have to be harmful. Phaedrus explains to Socrates that from love no harm ought to come, but benefit to both parties (Plato, *Phaedrus*, 234c). Only for

the caretaker, the advantage does not derive from who receives care, but from the action of caring itself.

In the gratuitous action of caring, we do not lose anything, but we actually gain something essential. The gratuitous action is not a hemorrhage of our own energies, because there is a profit in the meaning: profit is made by the thought that we have done what it was necessary to do. Life is a journey in time, and we need to take extreme good care of time; but time is filled up with meaning when we act in the light of a research of what is good for all of us.

The caregivers who are capable of a good practice of care interpret care according to the *logic of gift*, in other words with gratuity. These caregivers talk about the things they do as things that must be done and they explain that, even if their actions are free from expectations, at the end of the action always something good comes up which gives meaning to what has been done. We can define this action like a giving act right because it is beyond any exchange logic, of any calculus governing financial exchanges. The true and unique exchange actualized in the good practice of care is an exchange of being, following absolutely unpredictable logics and who-takes-care does not calculate at the moment of starting the action. If the person receiving care qualifies the received caring action as a gift and consequently shows gratitude, it does not cancel the generous sense of the action, because if I recognize something as a gift I do not feel obliged to reciprocate, I can simply receive.

Acting with respect

Responsibility and gratuity, even if qualified as essential dimensions of the ethics of care practice, they are not enough to guarantee a good care. Responsibility and generosity structure good care if they are intimately connected with the capability of being respectful towards the other; that respect that is reverence.

Being respectful means allowing the other to be there, starting by themselves and according to their way of being. In other words: keeping the other as transcendent towards me, preserving the other as irreducible towards my way of being and thinking. When Lévinas (1961) affirms that the collectivity in which I say “you” or “we” is not a plural of the “I”, he shows us the necessity to keep differences, to know how to see the other in their original profile and then make space for their uniqueness. Respect for the other and their own being requires knowing how to cultivate a relationship where the caretaker is related to the other as to a distant reality, making sure the distance is not translated into a break of the relationship and that the relationship pretends to find the right distance. Being respectful is the necessary condition to prevent the always incumbent risk of inhumanity, which happens at any time when the possibility of being-there according to our own desire is denied. Letting ourselves be questioned by someone else to allow them to be there starting from themselves is the condition for an ethical relation (Lévinas, 1961).

Respect is shown in gestures and words: a teacher shows respect when a critical approach, if necessary, towards the product of a learning process is actualized with words that honestly assess the situation without hurting the students; there is respect in a

therapeutic maneuver on the patient's body if gently done; there is respect in listening to a friend who is having difficulties when we know how to keep attention that is not anticipated by pre-comprehensions that would prevent welcoming the other in the quality of their past; there is respect from a social operator when with a teenager who is showing discomfort, they try to transform their posture avoiding to impose solutions that are already given, that do not keep their past and their horizon of meanings under consideration.

Respect is shown while approaching (going towards) the other gently and in the awareness of being hospitable of their subjectivity (welcome). Respect is hospitality; it is about letting the other's being speak to me and protrude over my ways of thinking.

When we talk about respect we think about the relationship with the other in their spiritual dimension, often forgetting that the other is also a body, and that some practices of care imply an intense relationship with the other's body. Let's think about maternal and therapeutic care. Showing respect for the other's body means exercising care with a participating affinity but at the same time discrete. The way bodies meet with reception and respect is symbolized by a caress. A caress is the attestation of a very attentive vicinity, which knows how to be a witness of a sensitive and delicate attention to the other.

Every human being is unique. We are singular and at the same time plural beings, or in other words we share the essential qualities of the human condition, but then each of us interprets their presence in the world in an original way. Being respectful means welcoming everybody in their uniqueness, letting them come with their own

possibilities of being. The first and undeniable form of respect is actualized, therefore, in that way of thinking of the other and their uniqueness. The encounter with the other cannot be anticipated by concepts which, expecting to announce their profile, actually cancel the possibility to appreciate them and their originality. If we do not try to meet the other in their singularity, in their being unique and distinct, we cannot authentically take care, because the other's alterity is missing. A caring relationship is a relationship with each other; Lévinas interprets the ethics as a "face to face" relation (1961), describing the meeting of two people whose respective uniqueness is safeguarded.

Being responsible, showing respect, being generous can be labeled as virtues, and virtues, from an Aristotelian point of view, can be considered the core of ethics. Its legitimacy affirms that the core of care is ethical.

IV. The guiding intention of care

At the core of the intimate postures of caring there is a precise intentionality that moves and orients the way to interpret the relation with the other. By applying the principle of transcendence, the core quality of care turned out to be benevolence, that is, the will to search what is good for the other.

If we assume the Aristotelian principle that everything seeks the good (Aristotle, *Nicomachean Ethics*, I, 1, 1094a 2), then we can state that existence is pushed by the intention of researching the

good. Aristotle specifies that the good the human being is looking for is called *eudaimonia* (*Nicomachean Ethics*, I, 7, 1097b 15-18).

If care is an ontological primary practice and if the primary tension of the existence is research of the good, then practice of care cannot but be in an essential relation with the research of good. Who cares is in search of something good (Plato, *Phaedrus*, 65d). Good care is proactive and protective: it is proactive because it looks for the good and it is protective because it tries to protect life, our own and someone else's, against any kind of evil. Good care keeps the being immersed into the search for the good. Searching for the good is the only authentic ethical orientation.

We can therefore speak of care wherever the action is orientated by the intention to contribute to the other's good quality of life. Since research of what is good for the other generates spaces of the being, we can agree that care is that way to stay in relation with the other that generates possibilities of experience (Benner & Wrubel, 1989).

Care is a relational practice led by the intention to give the other what is necessary for a good quality of life. Providing the other with what enables them to live a good life includes different types of actions: making what is necessary for the other to live available, putting the other in the conditions to acquire by themselves what they need, protecting them against potential damage and violence, making available for the other the possibility to accomplish their existential potentialities, fixing received damage and relieving forms of pain. All these actions find their reasons if they contribute to making the experience of a good-quality life possible.

If care is a primary ontological dimension and primary intentionality of the being is research of the good, then the intention that guides a good action of care cannot but be the search of what is good for life.

References

- Aristotle. *Nicomachean Ethics* (2nd ed.). Indianapolis/Cambridge: Hackett Publishing Company, 1999.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Colli, G. (1993). *La sapienza greca. III Eraclito*. Milano: Adelphi.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Tübingen: Niemeyer.
- Husserl, E. (2012). *Ideas*. London and New York: Routledge.
- Lévinas, E. (1947). *De l'existence à l'existant*. Paris: Vrin.
- Lévinas, E. (1961). *Totalité et infini*. La Haye: Nijhoff.
- Lévinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Montpellier: Fata Morgana.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*: Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L., & Camerella, A. (2014). *Fenomenologia della cura*. Napoli: Liguori Editore.
- Mortari, L., & Saiani, L. (Eds.) (2014). *Gestures and thoughts of caring*. New York-Boston: McGraw-Hill Education.
- Noddings, Nel (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Noddings, N. (2002). *Starting at Home*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Stein, E. (2002). *Finite and eternal being. An attempt at an ascent to the meaning of being*. Washington, DC: ICS Publications.

Plato. *Complete works*. Edited by J. M. Cooper. Associate editor D. S. Hutchinson. Indianapolis/Cambridge: Hackett Publishing Company, 1997.

Zambrano, M. (1992). *Los sueños y el tempo*. Madrid: Siruela.



1er Simposium Internacional de Humanidades Médicas

“The Care of the Body: Dialogues on Corporeality and the experience of the sick body”



2017

