

EL CUERPO ENFERMO

María Luisa Pfeiffer
Universidad de Buenos Aires

Introducción

Nuestro cuerpo no es un soporte de intenciones, sino un tipo de intencionalidad no tematizada, apertura originaria al mundo, no una «adecuatio» a lo que hay, sino un habitar, un contraer hábitos y al contraerlos constituir¹ intencionalmente un mundo. «El cuerpo desborda sobre el mundo cuyo esquema lleva en sí mismo»² dice Merleau-Ponty, dejando claro que esa estructura que en un principio creíamos descubrir fuera, en realidad la estamos constituyendo desde nuestra corporalidad. Hay dos maneras fundamentales del habitar, dos modos primarios de significar el mundo que comprometen toda tarea intencional que son la salud y la enfermedad ya que básicamente si estoy sano «puedo» y si estoy enfermo «no puedo». Intencionar es la potencialidad esencial a la conciencia, el poder o no poder intencionar de la conciencia condiciona toda constitución del mundo. La conciencia que puede es una conciencia sana, la que no puede es una conciencia enferma.

¿Qué significa ver la enfermedad como un modo fenoménico del entramado intencional? Responder a esta pregunta será el propósito de este trabajo, al hacerlo separaré intencionalidad de intención y lo haré apoyándome en la descripción de un estado de enfermedad en que aparece claramente el sentido en que ésta compromete la intencionalidad y no la intención. Cabría preguntar si es lícito hacer fenomenología tomando como centro de reflexión conductas patológicas, si la comprensión del hombre que pretende una antropología fenomenológica no quedará viciada al tratar de comprender en primer lugar al hombre enfermo. Esto nos llevaría a una discusión epistemológica que quizá sea posterior. Mi propósito está apoyado en la premisa de que lo que llamamos enfermedad está inscripto en el núcleo mismo de

¹ Algunos fenomenólogos utilizan en vez de este término el de «instituir». Prefiero constituer ya que mientras constituer acentúa el que el otro comparte la actividad, instituir acentúa el matiz de actividad acabada.

² Cfr. María Luisa Pfeiffer, «La condición corporal», en M^a L. Rovalletti (comp.), *Psicología y psiquiatría fenomenológica*, Fac. de Psicología, UBA, 1994; «Desafío y enigma: la corporalidad», AAVV, *La filosofía en los laberintos del presente*, Buenos Aires, Ed. Biblos, 1995; «El cuerpo ajeno», en M^a L. Rovalletti, *La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*, Buenos Aires, Ediciones del Ciclo Básico Común, 1996.

las estructuras constitutivas de la condición humana³ y por consiguiente es tan lícito describir al hombre desde sus manifestaciones enfermas como desde las que llamamos salud. El objetivo de este trabajo es entonces mostrar que salud y enfermedad son sólo dos maneras de manifestarse lo propio de la corporalidad que es la intencionalidad.

Enfermedad

La enfermedad en nuestros días, es totalmente dependiente de nuestra imagen médica del hombre, no es la heredera de una historia singular de un hombre situado, sino la falla impersonal de una función o de un órgano. No siempre ni en todos los lugares la enfermedad se vivió como algo que afecta al individuo sino que para muchas culturas forma parte de un intercambio simbólico en que tiene valor iniciático de ingreso al grupo, o redentor de culpas comunes; en esos casos el proceso de curación se produce conjuntamente con toda la sociedad. En sociedades fuertemente religiosas, la enfermedad suele tener un intenso contenido simbólico de relación con la divinidad: signo de elección, premio, castigo, la salud y la enfermedad son momentos del diálogo con Dios o con los dioses. Nuestra sociedad occidental piensa e imagina la enfermedad como un mal que nos sobreviene, que hay que soportar. A diferencia del pecado que es el mal que producimos, la enfermedad es la manifestación de un poder superior que nos afecta: el destino, la voluntad de Dios, las fuerzas naturales o sobrenaturales.

La medicina, tal como la conocemos, nace, como toda la ciencia moderna, de la necesidad de autonomía del hombre que le exige emanciparse de las fuerzas naturales, sobrenaturales o destinales que lo dominan. Es así que la enfermedad deja de ser símbolo y pasa a ser signo, síntoma, síndrome de un estado de inseguridad y limitación que el médico nos ayudará a superar, se convierte en un estado totalmente indeseable no sólo por el dolor que pueda provocar sino porque pone de manifiesto la limitación del poder del espíritu y de la conciencia. Con la medicina podemos superar ese estado de pequeñez y endebles que la enfermedad pone de relieve; ella pasa a ser la enemiga declarada de la enfermedad y la muerte. La enfermedad pasa a ser pensada así desde el ideal de una ciencia que convierte toda la realidad, incluido el cuerpo del hombre, en objeto de experimentación y manipulación. La medicina es fundamentalmente una ciencia del cuerpo del hombre, en el sentido del cuerpo reinventado desde el cadáver disecado. Si bien en un principio se pretendió separar al alma de su ámbito de influencia —del alma se ocupaban los sacerdotes—, poco a poco los disturbios provenientes del «alma» comenzaron a pensarse como manifestaciones perturbadas del siste-

³ Alphonse De Waelhens muestra en su libro *La psicosis* (Madrid, Morata, 1972) que «es imposible concebir ya una antropología filosófica sin una referencia fundamental a la dimensión de lo inconsciente y a la de la enfermedad» (p. 229).

ma nervioso con el cerebro como centro y nace, así, la psiquiatría, la rama de la medicina que se ocupa de la «mente». La mente pasa a ser estudiada también como una de las partes del cuerpo en la que se especializa el psiquiatra. El resultado es doble para la medicina: el «alma» que no había sido hallada en las disecciones que la buscaban, recobra su presencia en el sistema nervioso y el médico no tiene contrincante en su posición de dueño de la salud y la enfermedad⁴, más aún dueño de la vida y la muerte.

Pretender pensar la enfermedad de otra manera supone replantear los límites de la ciencia en general, de la ciencia médica en particular pero, sobre todo, pensar al cuerpo de otra manera.

¿Qué significa afirmar que la enfermedad es un comportamiento intencional? ¿acaso que *elijo* la enfermedad? ¿que «busco» la enfermedad como sustituto de algo, o como compensación de algo que no logro alcanzar, como podría suponerse desde un esquema psicologista o sociologista? Comprender la afirmación de esa manera sería confundir intencionalidad con intención.

Cuerpo intencional

Cuando quiero atrapar algo que está sobre mi cabeza extendiendo mi mano hacia arriba, es decir, simplemente «tiendo corporalmente», *intencionalmente*, manualmente, «hacia» aquello que pretendo alcanzar, sin realizar un acto de reflexión antes. ¿Qué es lo que nos permite pensar este acto como intencional?: que con él establezco un lugar y conformo una serie de relaciones significativas con lo que quiero atrapar y con lo que no quiero atrapar pero con lo que cuento. Puedo decir que me sitúo, no geográficamente sino corporalmente. Mi «situación» no está dada por un punto que marcan dos o tres coordenadas que se encuentran en un plano sino por la significación del acto; esto es a lo que nos referimos cuando afirmamos de alguien que es una persona «situada»⁵. La situación no tiene que ver con el «lugar» que «ocupo» yo y el que «ocupa» lo que deseo atrapar «en el espacio». La situación tiene que ver con el modo de tender a... que supone, además de mis movimientos «físicos», por ejemplo: lo que deseo, cuánto lo deseo, lo que conozco, cuánto lo conozco, desde dónde lo conozco, cuántas veces repetí el acto, cuántas lo vi realizar, el «saber» que eso seguirá allí hasta que lo alcance, el «saber» que alcanzarlo necesita y supone que extienda mi brazo y mi mano y que mire hacia eso que quiero atrapar y no hacia otro lado excepto que lo esté

⁴ Esto se ve confirmado hoy día por la psicología, que en un principio nació para conocer las manifestaciones de la «psiquis» y en la actualidad se va convirtiendo en una rama de la medicina, ya que tanto psiquiatras como psicólogos centran sus preocupaciones e investigaciones en las manifestaciones patológicas del hombre. Esto no significa avalar que la medicina deba ocuparse del «cuerpo» y la psicología del «alma», sino mostrar cómo se ha impuesto el criterio médico de convertir a la ciencia en lucha contra la enfermedad.

⁵ Merleau-Ponty en la *Phénoménologie de la Perception PHP* (París, Gallimard, 1945) diferencia entre la espacialidad de posición y la espacialidad de situación, entre «locus» y «situs».

atrapando subrepticamente, el «saber» la fuerza que deberé hacer para atraparlo, el «saber» que deberé aflojar la tensión cuando lo atrape. La situación tiene que ver entonces con el momento en que me propongo atrapar eso, en que tiendo a... y en que lo atrapo, como tres momentos diferentes y «sucesivos». El mundo que estoy constituyendo con ese acto intencional está metido en una red de significaciones que posibilitan mis movimientos, mis querereres, mi decisiones, mis actos en general en que se entremezclan mis «sabereres», mis conocimientos, mis aprendizajes, y en los que estoy presente yo y todos los que me rodean y rodearon, así como también pueden estar, aunque no sea necesario que estén, una reflexión motivante y una voluntad explícita nacida de una deliberación reconocida. Del mismo modo, me enfermo como un modo de situarme, un modo de significar un mundo de una manera que no requiere previamente una intención reflexiva. El inconsciente aportado por Freud como elemento que «explica» la enfermedad, puede ser incluido entre todos esos factores que se enredan en mi actividad intencional y que como muchos otros son difíciles de «relatar», de objetivar, cuando a esa intencionalidad la hago acto por medio del juicio o del nombre. Ni el extender la mano ni el enfermarme requieren un inconsciente del tipo freudiano para ser «explicados»; de hecho, no pueden ser «explicados» al modo de la ciencia mediante la utilización del principio de causalidad, ya que ambos son modos de constituir el mundo que estoy viviendo en ese momento. Si quiero analizar el comportamiento de tratar de alcanzar algo con la mano, puedo comprender que, aquello a lo que tiendo, está por encima de mi cabeza y mi pecho y mis pies; puedo recomponer los movimientos de la mano, reconstruir los impulsos musculares, encontrar las órdenes cerebrales, encontrar los sentimientos y deseos que hicieron que ese acto fuese ese y no otro, reconocer, establecer una imagen, re-producir, relatar el acto. De la misma manera puedo comprender, por medio del análisis pormenorizado, mi comportamiento enfermedad: así por ejemplo que ésta ha alterado mi posición erecta, que ha disminuido mi capacidad de reacción nerviosa o mi tonicidad muscular; puedo encontrar en qué órgano se localiza, puedo determinar todo lo que la acompaña, lo que la precedió, sus posibles consecuencias, cuánto me posibilita, cuánto me impide, qué sentimientos y deseos la acompañan, qué significa para mi vida, cómo estoy situado respecto de ella, etc. Aunque sea de perogrullo, el análisis siempre lo hago después del acto, del fenómeno, de la «cosa»; el análisis supone algo a analizar.

La condición de la intencionalidad es el cuerpo, esto es lo mismo que decir que la condición corporal del hombre es intencional; el acto primario y unitario del significar parte de la unidad cuerpo-mundo. Ser consciente no es ser iluminador sino ser el «lugar» y el «tiempo» de la significación. «Si un ser es conciencia, dice Merleau-Ponty es preciso que no sea otra cosa que un entramado de significaciones»⁶. Pocas líneas antes había afirmado: el «cuerpo

⁶ M. Merleau-Ponty, *PHP*, p. 186.

es un nudo de significaciones». En el mismo sentido, dirá que «la intencionalidad del cuerpo no es objetivante como la del intelecto que posee la cosa sólo distanciándose (*ob-jectum*)... sino que (el cuerpo) es un ser destinado a un mundo que no abraza ni posee, pero hacia el que se dirige y proyecta incesantemente»⁷. El cuerpo «cuenta con» el mundo, no tiene una imagen de él ni elabora de él un concepto o una idea.

Por esto, ese cuerpo de que hablamos es «mi» cuerpo. El cuerpo intencional no es vivido por nadie con un sentido intencional sino que la intencionalidad se da *en y por* él.

Como *soy este cuerpo* vivo intencionalmente, y porque vivo de esa manera es que puedo luego reflexionar y entonces sí, enfocar ese vivir desde sus diferentes aspectos o ángulos, convertirlo en «acto», en objeto, en fenómeno: desde el ángulo que llamamos sentiente, imaginante, queriente, percipiente, etc.⁸. Así, por ejemplo, podemos separar en el acto intencional el aspecto del querer y descubrir que ese querer puede ser volitivo o afectivo.

Es por esta capacidad intencionante de nuestro cuerpo que *somos al mundo*⁹, que vamos constituyendo mundo mientras vamos siendo; ese ser —en el sentido de ir siendo— puede traducirse para el hombre en temporalizar, espacializar, mundanizar y co-existir, en una palabra, *significar*.

Ser al mundo, ser corporalmente, es estar en constante compromiso con ese mundo que me constituye y es constituido por mi acto intencional¹⁰. «Aislado del mundo el cuerpo se torna objeto», pero ¿cuándo el cuerpo se aísla del mundo? ¿cuándo el cuerpo no significa al mundo? ¿cuándo no da sentido al mundo que está siendo? Cuando muere, cuando ya no es cuerpo. Cuando es cadáver ya no es *al mundo*. Al separarse del mundo en el momento de la muerte, deja de ser cuerpo; o mejor, al dejar de ser cuerpo, el mundo deja de ser tal. Eso que era un cuerpo pasa a ser objeto, es decir, comienza a tener otra significación dentro de la red intencional que ya no lo atraviesa ni lo constituye sino que sigue atravesando y constituyendo a otros, pasa a significar cadáver, cosa, polvo, elemento inorgánico, materia de estudio, prueba de un juicio, lugar del recuerdo, mercancía, etc.

⁷ Merleau-Ponty, *PHP*, p. 186.

⁸ Cfr. R. Walton, *El fenómeno y sus configuraciones*, Buenos Aires, Almagesto, 1993.

⁹ Esta expresión es traducción literal de la usada por Merleau-Ponty «*sommes au monde*», que prefiero utilizar en cuanto expresa más cabalmente que la heideggeriana «*ser-en-el-mundo*» el modo de ser propio del hombre, decir que somos *en* el mundo todavía nos hace pensar en el mundo como receptáculo.

¹⁰ Esta última proposición es sumamente gráfica: ¿cuál es el sujeto de la proposición? ¿el cuerpo o el mundo? cualquiera de los dos que elijamos es válido. El constituir, el acto intencional, no es el constituir un *objeto* por un *sujeto* sino el constituir un *entre* cuyos actores pueden convertirse en sujeto de acción en el análisis de ese entre pero que en el momento constitutivo no se dan como sujetos. Esto es lo que es necesario repensar y ampliar para considerar la cuestión del sujeto. El sujeto es el resultado del análisis, pero, según creo, no del análisis de la primera intencionalidad operante sino de la reflexiva; es el análisis del acto de decir yo.

El «enfermo mental»

A partir de estas reflexiones, entonces, tendremos que replantear el concepto no sólo de enfermedad sino de «mental» tal cual es comprendido en la actualidad. Si la enfermedad es un modo de intencionar mundos ¿cómo vamos a describir la enfermedad mental?¹¹ Podemos decir que el «enfermo mental» significa *un mundo* que nos resulta extraño, ajeno, es decir, que «vive en otro mundo», en el de la alienación. Binswanger dice, adoptando la formulación heideggeriana, que el «enfermo mental» encuentra en la enfermedad un modo posible de ser-en-el-mundo. De no hacerlo, no podría ser-en-el-mundo; vale decir moriría.

En este sentido el enfermo no ha dejado de significar mundos, sólo que lo hace de una manera enferma. Significa un sólo mundo desde un espacio y un tiempo contraído al órgano o al sistema que perdió su equilibrio. En el enfermo, el tiempo, el espacio, la relación intersubjetiva, son mediatizados por el «objeto» cuerpo enfermo. El cuerpo ya no es más vivido, no es más el eje significativo, polo intencional, sino que se transforma en objeto de atención, aquello que pesa y conforma el mundo a su medida particular. La vida del enfermo no deja de ser intencional, pero con una intencionalidad particular, más limitada, menos «capaz» de, más ceñida por la angustia y el «no poder». Podríamos describir la ocasión en que alguien se enferma diciendo que en determinado momento intenta continuar constituyendo mundos como ámbito significativo, proyectando, recordando, habitando, compartiendo, y se da cuenta de que «no puede», de que está enfermo, de que toda su intencionalidad se ve limitada por un órgano que disfunciona, que duele, que centraliza todo proyecto, todo recuerdo, toda capacidad de compartir; ese órgano se convierte en su «habitación». Si el enfermo se entrega a la enfermedad su vida tiene la dimensión de esa «habitación». Sin embargo puede rechazar su enfermedad como sucede en el caso del miembro fantasma relatado por Merleau-Ponty; en ese caso «el rechazo de la mutilación y la deficiencia, proviene de una intencionalidad que continua tendiéndose hacia su mundo a pesar de las deficiencias o las amputaciones, y que de esta manera no las reconoce de derecho»¹². La enfermedad, marcará nuestra conducta intencional como rechazante o aceptante de nuevas condiciones constitutivas; es más, como la intencionalidad nunca es individual, meramente propia, «subjetiva», en el momento en que el enfermo rechace la enfermedad, los otros, el mundo, por ejemplo, harán patente su deficiencia y así deberá dejar de trabajar, no podrá realizar sus tareas habituales, deberá atenerse a un régimen estricto de comidas, hacerse análisis, consultar a médicos, tomar medicamentos, etc.

Decíamos que al morir el cuerpo se torna objeto para otro, es decir, parte

¹¹ Lo que digo de la enfermedad mental es totalmente aplicable a cualquier otro tipo de enfermedad: física o social.

¹² Merleau-Ponty, *PHP*, p. 110.

significativa de mundos otros; en la enfermedad se está dando el primer paso en ese sentido cuando el *Leib* pasa a ser *Körper*. Muchos enfermos renuncian a su vida acostumbrada antes, incluso, de que ella sea imposible; ante los primeros síntomas comienzan a perder su mundo habitual, comienzan tempranamente a intencionar el mundo de la enfermedad como un mundo caquéctico, un mundo cadavérico. Hay un rechazo o aceptación de la enfermedad que proviene del nivel de una conciencia tética que toma posición después de haber considerado diferentes posibles; vivir sano o enfermo no es del orden del «pienso que...» sino que es la experiencia traumática, vivida a nivel pre-reflexivo, la que aliena mi poder perpetuo de darme mundos en provecho de uno de ellos. La enfermedad objetiva nuestro cuerpo en la medida en que dejamos de contar con él, en que se nos hace extraño; y, al extrañarnos de nuestro cuerpo nos extrañamos del mundo, es decir, nos separamos de él, nos aislamos, nos convertimos en islas.

La melancolía

Vamos a tomar como ejemplo de lo que venimos diciendo una de las enfermedades denominadas mentales más difundidas: la depresión o melancolía¹³.

Melancolía proviene del griego *melaina cholè* (bilis negra) y coloquialmente significaba el humor de un espíritu lleno de ideas negras, el que «pasa las noches en blanco lleno de ideas negras». Aristóteles elogia la melancolía como estado del alma y lo mismo hicieron los románticos que la asociaron, como aquél, a la genialidad poniéndola casi como condición de la creatividad. A partir de esta propuesta aristotélica, durante siglos quedó confundido lo que podríamos llamar patología con condición ontológica, la enfermedad con «malestar metafísico», es decir, con el «sentirse mal en su condición de hombre». Es el *ennui*, el *spleen* y la *Weltschmerz* de la literatura de los siglos XVIII y XIX. Se dice así que Kierkegaard y Sartre, para quienes la existencia humana es una errancia en la tierra de las sombras que hace sensible el peso de una existencia culpable y absurda, son dos melancólicos. ¿Significa esto que tanto ellos como los románticos son «enfermos mentales»?

Volvamos a recordar la diferencia entre tristeza y depresión. Esta última es un estado que afecta al orden del humor, de la *Stimmung*, de la timia. Como sabemos, el humor implica una estabilidad que el sentimiento no tiene. La depresión es una distimia. En cambio la tristeza es del orden del sentimiento, de la afección; tiene un objeto y su referencia al objeto la modifica.

Sentirse «deprimido» es casi habitual en nuestra época, por lo menos entre los más informados acerca de males psicológicos. Depresión en latín

¹³ Muchos autores, sobre todo fenomenólogos prefieren hablar de melancolía, más que de depresión, usaremos indistintamente ambos conceptos ya que hacen referencia al mismo fenómeno.

significa hundimiento, bajón; el estado de ánimo del deprimido es el de estar hundido en un pozo. López Ibor¹⁴ considera que hay sentimientos que comprometen la capacidad de vivir del hombre, sea porque la promueven, sea porque la obstaculizan. Desde esta distinción establece los siguientes pares: bienestar-malestar, fuerza vital-cansancio, agrado-angustia, apetito-náusea, simpatía-antipatía y finalmente euforia-depresión. La depresión no se relaciona con el dolor, la tristeza, el aburrimiento o la decepción sino que compromete la condición corporal del hombre, ya que, «se extiende a todo el cuerpo y no a una zona de él, y así nos permite sentir nuestra vida misma en su decremento»¹⁵. Mientras otros sentimiento vitales, de acuerdo con la denominación de López Ibor, nos permiten detectar el incremento de nuestra vida, en la depresión sentimos precisamente cómo esa vida decrece, va desapareciendo¹⁶.

¿Cómo podemos describir esta manera de intencionar mundo que es la depresión? Lo que más nos sorprende frente al depresivo es su falta de movilidad. Su cuerpo sólo es carga, peso insoportable¹⁷ que le impide el movimiento; no puede disponer de él. Esta incapacidad de moverse compromete su posibilidad vital¹⁸.

López Ibor llama a esta actitud sobrecogimiento. Este sobrecogimiento no nos es extraño, diríamos que todo acto de libertad supone esta «parálisis», este sobrecogimiento que nos permite lo que Aristóteles llama la «deliberación»: no me muevo, no muevo un dedo hasta no decidir, no digo una palabra, ni sí ni no hasta resolver; en cierta manera, en el momento deliberativo me paralizó y, cuanto más comprometido es un acto más evidente es la parálisis, el sobrecogimiento. ¿Cuál es la diferencia con la parálisis del deprimido? La libertad supone un segundo momento, el de la decisión, el de la elección. En este segundo momento reconozco al otro que es el que me exige la decisión, derribo las barreras que alcé al detenerme¹⁹, doy el salto y actúo, me expongo a ser avasallado o reconocido. Este segundo momento implica no temer, perder el *timor*, superar el *timor* paralizante, armar el proyecto, es decir, pro-yectarse, no quedarse inmóvil. Todo lo contrario hace el depresivo que se queda en un mero reconocimiento angustiado del estado de yecto, de impotencia, de pequeñez, de «limitado». Preso del temor, de la angustia, de la culpa por no poder decidir.

¹⁴ Cfr. J. J. López Ibor, *Neurosis*, Madrid, Gredos, 1979.

¹⁵ Otto Dörr Zegers, «Perspectiva fenomenológica de la depresión enmascarada y los equivalentes depresivos», *PPD*, I Jornada Atlántica de Psiquiatría, 24-26 nov. Mar del Plata, 1994, p. 3.

¹⁶ Ello es lo que asocia la manifestación de la depresión con otros sentimientos como el malestar, el cansancio, la angustia, la náusea y la antipatía.

¹⁷ A. Tatossian, *Phénoménologie des psychoses*, París, Masson, 1979, pp. 124-125.

¹⁸ Cfr. A. Kraus, «Der melancholische Wahn in identitätstheoretischer Sicht», en AAVV, *Wahn und Perspektivität: Störungen in Realitätsbezug des Menschen und ihre Therapie*, Stuttgart, F. Enke, 1991; «Modes d'existence des hystériques et des mélancoliques», en P. Fédida et J. Schotte (cord.), *Psychiatrie et Existence*, Grenoble, Gérome Millon, 1991.

¹⁹ Cfr. M^a L. Pfeiffer, «Comprender, acercar, amar. Acerca del espacio psicoterapéutico», en M^a L. Rovaletti, *Ética y Psicoterapia*, Buenos Aires, Biblos, 1995.

En la melancolía, el comportamiento es pusilánime, va hasta el delirio de inferioridad, al dolor del *Dasein*, al sufrimiento de ser *ser al mundo*, a la separación del mundo común y del mundo ambiente, a la inercia no solamente del curso del pensamiento sino de todo el cuerpo, de los actos y, desde allí, a la interrupción de la continuidad de la vida, lo cual significa la inmovilidad.

El depresivo está enfermo, esto significa que «no puede», que «está limitado en su libertad de movimiento», que su vida en este momento está limitada por su enfermedad, que sus mundos han sido reducidos a un único mundo por su enfermedad y que él va por ese mundo «sintiendo» su enfermedad, «mostrando» su no poder. Puede manifestar su enfermedad haciendo patente esta inmovilidad o bien hacerlo de la manera que los psiquiatras llaman depresión enmascarada. Esta depresión de acuerdo con la terminología clásica puede manifestarse en un enmascaramiento somático: los enfermos presentan cefaleas, vértigos, molestias abdominales, dolores a la columna vertebral, faciales, trastornos de la vista y del gusto. Este planteamiento psiquiátrico sigue preso de la dualidad: hombre igual a cuerpo más psiquis. Pero si el hombre es una conciencia corporal intencionante, no hay depresión enmascarada; simplemente hay depresión y hemos de dar este calificativo a toda enfermedad que presente como característica la pérdida de la *timia vitalis*, del humor de vivir. Podríamos describir el proceso depresivo como un camino en el que el enfermo tal vez comenzó a perder su libertad, empezó a «no poder», sin «darse cuenta», sin conocerlo reflexivamente pero «sabiéndolo» corporalmente. «Sabe», «sape»²⁰ a otro nivel; lo «sabe», por ejemplo, como hígado que disfunciona, como estómago que produce náuseas, como cabeza que duele. No es que «crea» que disfunciona sino que realmente cada uno de sus órganos, su corazón, su sistema nervioso, su columna vertebral, su sistema digestivo anda mal, es decir, comienza a detenerse. Es tal vez el hígado el primero que se pone a «deliberar», el primero que se detiene, que se azora, y luego lo acompaña el corazón y luego los pulmones; todos se detienen, se azoran, se sobrecogen, y también el pensamiento y la imaginación. Cuando la respuesta es muy comprometida, cuando la decisión es muy importante, cuando supera sus fuerzas, ese estado deliberativo puede alargarse y la decisión no llegar, puede transformarse en depresión, es decir, en *timor paralizante*, en bloqueo de la fuerza vital. El sobrecogimiento previo al acto deliberativo, se hace perenne y estéril. El impulso vital, el avance de la historia de este hombre se encuentra detenido, congelado. Cuanto mayor sea el grado de temor, de detenimiento, de sobrecogimiento, mayor será la intensidad de la depresión. El mayor grado será el de estupor.

¿Qué es lo propio de las llamadas depresiones enmascaradas?: que la opacidad del cuerpo no es global sino localizada, y permite que el depresivo

²⁰ De saper = saborear.

mantenga el trato y el interés por el mundo²¹. La dolencias somáticas generalizadas o localizadas pueden lograr una «vitalización» del cuerpo, es decir, ponerlo en movimiento. La historia de occidente es —según muestra María Zambrano— sacrificar el hombre a la máscara. La depresión es una de las máscaras, no está enmascarada en el cuerpo sino que es el cuerpo el que está enmascarado en la depresión como su única manera de expresarse. Si, como para M^a Zambrano, vivir es ir desenmascarándonos, recuperar el movimiento de la vida será ir desenmascarando el cuerpo, recuperar la identidad corporal más allá de las máscaras.

Recuperar el movimiento para el depresivo es también recuperar el tiempo ya que el tiempo es una cara del movimiento. ¿Diríamos que el depresivo pierde el tiempo porque se detiene o que se detiene porque perdió el tiempo? Asociamos, después de Heidegger, tiempo a proyecto. Éste supone la aceptación del límite, y la experiencia del límite es la experiencia corporal. Trascender el límite que representa mi corporalidad significa poder programar más allá de lo que soy ahora. Como cuerpo, mi actividad es un constante reconocimiento y trascendencia del límite, un constante «saper» que hasta aquí llegó, pero al mismo tiempo es transgredir esa «medida». El proyecto implica elección, y reconocer que hubo elección en el pasado. El melancólico no tiene futuro, carece de proyecto; su presente no termina de concretarse porque queda pendiente de un pasado que no termina de pasar, que se convierte en un presente irresuelto que pesa como culpa. Está alterada la prospección, la visión del futuro y la protensión, es decir, la direccionalidad a las aspiraciones de un futuro. El melancólico «sabe» que su estado actual no va a acabar nunca, que en su vivencia no hay ningún futuro porque todo ya se dio en el pasado. Por eso se cierra en un ser perfectivo que no puede ser cambiado, tiene horror a los cambios. Kimura habla de una disposición al retrasamiento (*post-festum, Verfassung*)²², de miedo a su libertad, a eventualidades imprevisibles e indeterminadas, al porvenir irresoluto.

Las tres dimensiones del tiempo husserliano: protensión, retención y presentación se dan deficientemente en la melancolía. La proyección anticipatoria del futuro en la previsión, es un movimiento creador no apoyado sobre nada sino sobre las posibilidades que dicta el pasado. Hay, según Sutter²³, una anticipación negativa que presupone el fracaso. Ese es, para este autor, el síntoma primario de la depresión. Sin embargo podríamos decir que el melancólico es incapaz de anticipar, no puede pensar en un fracaso en el futuro porque el fracaso, ya dado en el pasado, le pesa en el presente como una piedra que lo inmoviliza. En el discurso del melancólico aparece con insistencia el condicional «si», «si no», o el «si hubiera» o del «si no hubiera». Con estas expresiones intenta referirse a posibilidades, es decir, a

²¹ Cfr. Otto Dörr Zegers, *Espacio y tiempo vividos. Estudios de antropología psiquiátrica*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1996.

²² Bin Kimura, *Essais de Psychopathologie phénoménologique*, París, PUF, 1982.

²³ J. Sutter, *L'anticipation*, París, PUF, 1983.

momentos protentivos pero que en realidad están vacíos porque es una posibilidad vuelta hacia el pasado.

Cuando la retención se confunde con la protensión, no desembocamos sobre un «propósito» auténtico sino sobre una discusión vacía, esto es signo de que toda intencionalidad está alterada. Desde este punto de vista la melancolía es una enfermedad «grave» porque impide incluso una presentación verbal ya que lo protentivo y lo retentivo se confunden. El depresivo no sólo habla más lentamente sino que encuentra grandes dificultades para expresarse, tiene el sentimiento de que no tiene nada que decir; únicamente se queja. Rousseau decía: «la previsión me impidió siempre el goce. Siempre vi el futuro como pura pérdida». Podemos calificar a esa afirmación como pesimista ya que el futuro existe aunque con signo negro, para el melancólico es diferente, pues él sabe que la pérdida que presiente en el futuro ya se realizó.

El enfermo melancólico no se atiene a los hechos, su estilo de experiencia y su estilo de mundo son totalmente diferentes. Es evidente para él que lo que sucederá mañana está cumpliéndose o ya se ha cumplido. La evidencia de esta pérdida lo encadena al pasado, de ahí que todas sus manifestaciones vitales se vayan lentificando hasta llegar al estancamiento en el estupor²⁴. Este estilo de experiencia está sustentado por la imposibilidad de apoyarse sobre el aspecto retentivo de la intencionalidad para proyectarse sobre su aspecto prospectivo.

La intencionalidad del depresivo, su capacidad de significar mundos —sea como éxito o como fracaso— está detenida, como suspendida en el aire, porque ni siquiera está fijada en el pasado como pasado. El pasado cuando es aceptado como tal puede ser «superado» hacia el futuro. El melancólico pretende corregir el pasado en el futuro pero no a partir de un error aceptado sino como si no hubiese ocurrido nada. Es por eso que —tal como indica López Ibor— acompañan a la depresión los sentimientos de malestar, angustia, náusea. En efecto, el detener el juicio o la acción supone retener el aliento, recogerse para tomar fuerzas para juzgar o actuar. El instante en que el atleta se prepara para el salto, el momento previo a la entrevista comprometida, el instante anterior al levantarse el telón en una representación teatral, son momentos de angustia, de malestar, de náusea, en que retengo el aliento, en que estoy en suspenso, como frente a un abismo que me llama y al mismo tiempo me rechaza. El melancólico no abandona este momento, permanece en él. Es la sensación de angustia, de náusea, de malestar ante el tiempo detenido que supone la pérdida de la capacidad de intencionar, es el cansancio ante la imposibilidad de experimentar cualquier realidad.

La angustia, la náusea del melancólico, le «corta» la palabra, y le lleva a afirmar, por consiguiente, «no sé ya de lo que hablo» y «no puedo decir nada».

²⁴ R. Tellenbach, *Melancolía: visión histórica del problema, endogeneidad, tipología, patología, clínica*, Madrid, Morata, 1975.

La palabra entonces se detiene también como toda su realidad vital, como todo su cuerpo y precipita al melancólico al silencio, lo empuja al silencio total que es la muerte, donde ya no hay ni palabra, ni significación. Galimberti muestra que la muerte se va preparando en un paulatino desligarse del mundo, desinteresarse por él; podríamos decir que esto es precisamente lo que hace el melancólico: va «intencionando» su mundo con un sentido de muerte, «va preparando su muerte», se va muriendo de a poco. Los llamados síntomas de la melancolía, de la depresión, son su modo de intencionar un mundo que se parece cada vez más al de la muerte. De ahí las expresiones de muchos pacientes en el sentido de que «están muertos», de que «son cadáveres», de que «no son cuerpos». El enfermo muchas veces no «puede decir nada» sobre lo que le ocurre, no «puede reconocer su enfermedad» y, sin embargo, está constituyendo un mundo «enfermo», «no firme»; «se siente mal»; un «sentirse mal» generalizado, no localizado que, de alguna manera, lo compromete todo. No es una enfermedad, un síntoma, que pueda posibilitar un diálogo y una curación en función de un diagnóstico, sino un empezar a «detenerse», a «perder» capacidades de relación. Todas sus funciones: biológicas, mentales, operativas comienzan a lentificar su funcionamiento, hasta que se detienen definitivamente. ¿Es esto lo que la psiquiatría clásica llama «somatizar»? No es como podría suponerse que el cuerpo esté «prestando su palabra» a una psiquis que no sabe o no puede expresarse, sino que la depresión o la melancolía, como toda enfermedad, es la manera de ser al mundo del hombre melancólico. Y esa manera de ser que necesariamente aparece y aparece en eso que llamamos síntomas, indicios, expresiones, sueños, discursos, es un comenzar a morir. «Todo depresivo verdadero, toda depresión melancólica muestra un grado de crematización... Esta es un arma fundamental para un diagnóstico inequívoco de enfermedad depresiva»²⁵.

Ser su cuerpo, vivir su vida, es poder constituir mundos, lo cual supone el poder de proyectar. La condición cremática es un camino hacia la muerte: al no haber proyectos no hay futuro, al no haber futuro no hay tiempo, al no haber tiempo no hay movimiento. Muchos pacientes depresivos se sienten «muertos en vida». Heidegger dice en *Ser y Tiempo* que el estado de opresión empuja a la existencia de vuelta hacia su estado de yecto, pero de tal manera que éste mismo se le cierra²⁶. Difícil encontrar una descripción más profunda de lo que ocurre con la existencia del depresivo: es empujado hacia su facticidad, hacia su condición de mera naturaleza determinada y, aún más allá, hacia la naturaleza inanimada a través del proceso de crematización descrito, pero sin siquiera tener la posibilidad de saberse acogido y abrigado por ella, como nos sentimos, por ejemplo, en el sueño.

Veámos más arriba que la muerte es el momento en que el *Leib* pasa a ser *Körper* y que en la enfermedad se está dando el primer paso en ese sentido. El melancólico es el ejemplo paradigmático en el que este proceso

²⁵ O. Dörr Zegers, *PPD*, pp. 25-26.

²⁶ M. Heidegger, *Sein und Zeit*, Tübingen, Niemayer, 1957, p. 342.

de la enfermedad aparece en toda su plenitud. El melancólico está perdiendo su condición corporal, se está convirtiendo en un cuerpo (*Körper*) al modo de la piedra, el melancólico se está muriendo.

Conclusión

Toda enfermedad es patencia del límite, se presenta como pérdida de la libertad, es decir, del poderlo todo que hasta el momento de enfermar era la fantasía vigente.

Miguel Kottow, de Chile, sostuvo en el Congreso Mundial de Bioética²⁷, que el paciente es intrínsecamente disautónomo porque enfermar implica reconocerse incapaz de enfrentar su posibilidad de significar un mundo y así claudica frente a sus tareas sociales pendientes. Los otros desaparecen, él mismo desaparece en función de ese objeto que es el cuerpo enfermo que lo avasalla, que lo obliga a la esclavitud. El paciente acude al médico en pos de consejo, instrucciones y ayuda. Esta actitud fue definida por Parsons como el rol del paciente: liberación de responsabilidades y disposición para ser médicamente tratado. Ambos son rasgos de disautonomía.

Esto se hace patente en la desestructuración temporal ética de la conciencia que es propia del depresivo. Curarse no es para cualquier enfermo recuperar la inocencia perdida sino recuperar su condición corporal, esa condición negada por la enfermedad que me hace ver como un enemigo mi cuerpo enfermo, que me hace pensar como única posibilidad la de un mundo alienado, enajenado a un estado de carencia que no me corresponde. Recuperar mi condición corporal es volver a tejer una trama intencional tiempo-espacial con los otros, es reconocer que ese entramado es provisorio como todos los entramados, que debido a la enfermedad es constituido como un tiempo y espacio acotado, es recuperar el poder, la autonomía, la libertad. Sano o enfermo son modos fenoménicos del entramado intencional que es necesariamente corporal y como tal limitado. Reconocer los propios límites como sano o enfermo es el único modo de poder convivir libremente un mundo significativo.

²⁷ Cfr. Congreso Mundial de Bioética, Buenos Aires, 1995.