

FENOMENOLOGÍA DE LA CORPORALIDAD EN LA DEPRESIÓN DELIRANTE

Otto Dörr-Zegers*

SUMMARY

It is surprising that in the current systems of classification and diagnosis, such as DSM IV and ICD 10, so little importance is given to that evident transformation of corporality that we observe in our depressive patients. So, for example, DSM IV makes a reference to the body in only two of the nine diagnostic criteria. Not so the classical authors, such as Kraepelin and Bleuler, who, in their respective descriptions of the depressive illness considered the change of corporality as one of the three fundamental phenomena, while Schneider insisted that the only specific manifestation of this illness was the compromise of the "vital feelings", that is to say, those nearer to the body experience.

In 1968 another German author, Pfeiffer, compared the depressive symptomatology in an important number of patients from Germany and Indonesia, with the purpose of determining something like a "fundamental depressive syndrome". His conclusion was that this was constituted by only three phenomena, the alteration of the mood, the disruption of the vegetative functions, and "abnormal body feelings", such as pains and paresthesias. We (1971) obtained a similar result in an empirical and phenomenological study carried out in the University of Concepción, where we described a "nuclear depressive syndrome" when observing that the symptomatology of all the depressive patients hospitalised during five years was ordered around three fundamental phenomena: a disturbance of the experience of the body that ranges from discouragement to anxiety, including lack of forces, pains, cold, nausea, etc.; a disturbance of the capacity to act and feel (psychic and motor retardation, anhedonia, etc.); and finally, the disturbance of the temporality of the body, whose rhythms are altered, inverted or suspended to a greater or lesser degree.

We could confirm these results in studies carried out in 1979 and 1980. Some years later Peter Berner (1983) described the "endomorph depressive axial syndrome", that is extraordinarily similar to the "nuclear depressive syndrome" described by us. They state that all the endomorphic depressive symptomatology is ordered in only two fundamental phenomena, namely the disturbance of the experience of the body and the alteration of the biological rhythms. The only difference between the two definitions lies in the fact that Berner combine into one concept the alteration of the body experience and that of the capacity to act and feel.

All of the above show us the transcendence of the compromise of the corporality in the endomorphic depressive syndromes, as well as the need to deepen in the knowledge of the disturbances

through phenomenological studies. In 1980 we published with Tellenbach the results of a phenomenological analysis of the corporality of the depressive stupor. Today we would like to complement that study with the analysis of the corporality in a form of depression in a certain way polar with respect to stupor: delusional depression with nihilistic ideas. With this object, we proceed to report a typical case where the symptomatology revolves around the idea of being dead. The patient makes impressive statements: "The thing is that everything about me is dead; let us just say I am dead... I do not have sense of touch, smell, or taste. My body is so light that it is as if it doesn't exist... When I take my children in my arms I do not feel them... (And) when I speak, words automatically come out, but other people's words do not enter my head. etc." We divided the analysis into two parts: the relationship with one's body, and that with others and the world.

The relationship with one's body

The fundamental experiences of our patient are: that she does not feel her body, and that her body is weightless; she identifies both with death. This phenomenon can be understood starting from the fact that we are a conscience incarnate. Husserl (1913) affirms: "The perceiving, when I consider it purely as a consciousness, and disregard my body and bodily organs, appears like something which is, in itself, inessential: an empty looking at the object itself on the part of an empty 'Ego' which comes into a remarkable contact with the object" (§ 39). And later he expresses that "only by virtue of its experienced relation to the organism does consciousness become real human or brute consciousness, and only thereby does it acquire a place in the space belonging to nature and the time belonging to nature — the time which is physically measured" (§ 53). It is the body, the flesh, materiality itself, that prevents consciousness from floating in the air, devoid of any content. The extreme experience of our patient of feeling dead in life turns out to be the demonstration of the indissoluble bond between consciousness and body, because one cannot think or feel from nowhere, without this body that has weight and gets tired and sleeps.

The relationship with the world and with others

Our patient claims she does not feel her children when she takes them in her arms, to lack sense organs ("I do not have sense of touch, smell, or taste for food"), and she specifies the relationship with others: "When I speak, words automatically come out, but other people's words do not enter my head". To understand this phenomenon, let us return again to Husserl (Ideas I, § 53): "We also recall that only by virtue of the connection joining a consciousness and an organism to make up an empirically intuited

*Hospital-Instituto Psiquiátrico. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Av. Independencia 1027, Santiago de Chile.
Recibido: 4 de julio de 2002. Aceptado: 25 de julio de 2002.

unity within Nature is any such thing as mutual understanding between animate beings pertaining to a world possible". That is to say, the opening to intersubjectivity is produced from the body. Starting from my body I will be able to constitute the world surrounding me, through which the other bodies are spatialized. From the phenomenological point of view, the earth is in the centre of the world, and my body, as point zero, is in the centre of the centre. But in turn, from the perception of the other I can be aware of my body, so when I do not feel the other, my body appears to be dead. When ceasing to be properly a carnal subject, the Ego, that subject emerging from the primordial experience of the "there is", the "*il y a*" from Lévinas, is dissolved, since it can exist only as a body.

Key words: Depression, nihilistic delusion, corporality, Husserlian phenomenology.

Resumen

En los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico, como el DSM IV y el ICD 10, se le da poca importancia a esa evidente transformación de la corporalidad que observamos en nuestros pacientes depresivos. Así, el DSM IV hace una referencia al cuerpo en sólo dos de los nueve criterios diagnósticos. Distinto es el caso de los autores clásicos, como Kraepelin, Bleuler o Schneider, quienes consideraron el cambio de la corporalidad como uno de los fenómenos fundamentales de la enfermedad depresiva.

En 1968 Pfeiffer comparó la sintomatología depresiva de pacientes de Alemania e Indonesia, llegando a la conclusión de que el "síndrome depresivo fundamental" estaba constituido sólo por tres fenómenos: el compromiso del ánimo, la alteración de las funciones vegetativas y "sensaciones corporales anormales". Un resultado similar lo obtuvimos nosotros (1971) en un estudio empírico-fenomenológico realizado en la Universidad de Concepción: el "síndrome depresivo nuclear" estaba constituido también por tres fenómenos, aunque levemente diferentes: una alteración de la experiencia del cuerpo, que abarcaba desde el decaimiento hasta la angustia, pasando por la anergia, los dolores, el frío, las náuseas, etc.; una alteración de la capacidad de actuar y de sentir (inhibición, anhedonia) y la perturbación de la temporalidad del cuerpo, cuyos ritmos están siempre en alguna medida alterados, invertidos o suspendidos. En 1983 Peter Berner y cols. describieron el "síndrome axial depresivo endomorfo", constituido por dos fenómenos fundamentales: la alteración de la experiencia del cuerpo y la de los ritmos biológicos, vale decir, rasgos muy similares a los descritos por nosotros en 1971.

En 1980 publicamos con Tellenbach los resultados de un análisis fenomenológico de la corporalidad en el estupor depresivo. Hoy queremos complementar aquel estudio con el análisis de la corporalidad en una forma de depresión en cierto modo polar con respecto al estupor: la depresión delirante con delirio nihilista. Con este objeto, describimos un caso típico, cuya sintomatología gira en torno a la idea de estar muerto, v. gr.: "Lo que pasa conmigo es que tengo todo muerto, digamos que estoy muerta... No tengo tacto, ni olfato, ni gusto... Mi cuerpo es tan liviano como si no existiera... Cuando tomo a mis hijos en los brazos no los siento..., etc." El análisis lo centramos en dos dimensiones: la relación con el propio cuerpo y la relación con el mundo y con los otros.

Con respecto al primer punto, las experiencias fundamentales de nuestra paciente son: que no siente el cuerpo y que éste ha

perdido su peso; ambas cosas las identifica ella con la muerte. Este fenómeno se puede comprender a partir del hecho de que somos una conciencia encarnada. Husserl (1913) afirma: "El percibir, considerado como mera forma de conciencia y prescindiendo del cuerpo y de los órganos corporales, se presenta como algo carente de toda esencia, como el vacío mirar de un yo vacío al objeto mismo que se toca misteriosamente con éste" (§ 39). Y más adelante expresa que "sólo por su relación empírica con el cuerpo se convierte la conciencia en humana o animal y sólo por este medio ocupa un lugar en el espacio y en el tiempo de la naturaleza". Es el cuerpo, la carne, su materialidad misma lo que impide que la conciencia flote en el aire, vacía de todo contenido. La experiencia de nuestra paciente de sentirse muerta viene a ser la demostración del vínculo indisoluble entre conciencia y cuerpo, porque no se puede pensar ni tampoco sentir desde ninguna parte, sin ese cuerpo que pesa y tiene necesidades y se cansa y duerme.

Con respecto al segundo punto, nuestra paciente afirma no sentir a sus hijos cuando los toma en sus brazos, carecer de órganos de los sentidos y tener la sensación de que las palabras de los otros no le llegan, "no entran en su cabeza". Para comprender este fenómeno, recurramos otra vez a Husserl (Ideas I, § 53): "Debemos recordar que sólo a través de la experiencia de un vínculo entre la conciencia y el cuerpo vivido hacia una unidad empírico-intuitiva, es posible algo así como una comprensión recíproca entre los seres animales que pertenecen a un mismo mundo". Vale decir, que es desde el cuerpo desde donde se produce la apertura a la intersubjetividad. Es a partir de mi cuerpo que voy a poder constituir el mundo que me rodea, a través del cual se espacializan los demás cuerpos. Desde el punto de vista fenomenológico, la tierra está en el centro del mundo y en el centro del centro está mi cuerpo como punto cero. Pero a su vez es desde la percepción del otro que yo puedo tomar conciencia de mi cuerpo, de manera que al no sentir al otro, no cabe sino que mi cuerpo se me presente como muerto. Al dejar de ser propiamente un sujeto carnal, el Yo, ese sujeto que emerge desde la experiencia primordial del "hay", del "*il y a*" de Lévinas, se disuelve, puesto que él sólo puede existir como encarnado.

Palabras claves: Depresión, delirio nihilista, corporalidad, fenomenología en el sentido de Husserl.

INTRODUCCIÓN

Nadie puede dudar de la importancia del compromiso de la corporalidad en la enfermedad depresiva. Y sin embargo, apenas si se menciona ésta en los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico. Así, en el DSM IV se hace referencia a la corporalidad sólo indirectamente en dos de los nueve criterios diagnósticos: el primero (ánimo deprimido) y el sexto (fatiga o pérdida de energía). Una referencia más directa la encontramos en la alusión al aumento o pérdida de peso (criterio número tres), pero hay que reconocer que se trata de un síntoma absolutamente inespecífico. El sistema de clasificación y diagnóstico de la Asociación Mundial de Psiquiatría (ICD 10) tampoco repara en la corporalidad

depresiva y, en su descripción clínica del cuadro, destaca síntomas pertenecientes más bien a la esfera cognoscitiva, tales como anhedonia, falta de concentración y de autoestima, ideas de culpa y visión pesimista del futuro.

Es diferente el caso de los autores clásicos o de otros más modernos, pero vinculados a la tradición psiquiátrica europeo-continental. Tanto Kraepelin (1916) como Bleuler (1966) coincidieron en considerar la distimia, vale decir, la experiencia subjetiva de la corporalidad, como uno de los tres fenómenos fundamentales de la enfermedad depresiva. La descripción que hace Kurt Schneider (1920) del compromiso de los "síntomas vitales" en la depresión es otro ejemplo de la importancia que tiene el cuerpo en esta enfermedad. Pero también otros autores que se han aproximado al tema desde una perspectiva más empírica han encontrado que el cambio de la corporalidad es un eje central del síndrome. Así, Pfeiffer (1968), a mediados de la década de los años 60, llevó a cabo un estudio de tipo transcultural, en el que comparó la sintomatología depresiva en pacientes de Alemania e Indonesia, y llegó a la conclusión de que los síntomas fundamentales de esta enfermedad (*das Grundsyndrom*), esos que se presentan siempre y no están determinados por el tipo o grado de civilización o cultura, son:

1. "Un desplazamiento del estado de ánimo hacia el polo depresivo" (estado "difícil de definir").
2. "La alteración de funciones vegetativas" como el sueño, el apetito y la libido.
3. "Sensaciones corporales anormales", como dolores, parestesias y presiones.

Esto significa que todos los síntomas que Pfeiffer consideró fundamentales, por ser comunes a culturas tan diferentes como la alemana y la indonesia, están ligados a la corporalidad. Nuestro estudio realizado a comienzos de la década de los años 70 arrojó resultados similares. Estudiamos a todos los pacientes depresivos hospitalizados durante cinco años en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Concepción, Chile, en un intento de determinar un "síndrome depresivo nuclear", a saber, los fenómenos que deben estar presentes siempre para diagnosticar una depresión propiamente tal o endógena. Siguiendo a Tellenbach (1956, 1961), hicimos la distinción entre síntoma y fenómeno y así procuramos intuir las formas esenciales que constituyen a la depresividad a través de la infinidad de manifestaciones clínicas concretas que presentaban los 55 pacientes estudiados. El resultado fue que esta multiplicidad sintomatológica se ordenaba en torno a

sólo tres fenómenos fundamentales:

1. El cambio o perturbación de la experiencia de la corporalidad (*Befindlichkeit* en alemán), que abarcaba desde el decaimiento hasta las náuseas, pasando por la angustia, la falta de fuerzas, los dolores musculares, el frío, etc.
2. El cambio o perturbación del cuerpo operante, vale decir, de todas aquellas funciones que nos conectan con el medio ambiente y cuyos síntomas más característicos son inhibición psíquica y motriz, anhedonia, incapacidad de tomar decisiones, pérdida de la memoria, etc.
3. El cambio o perturbación de la temporalidad del cuerpo (distinto a la temporalidad de la existencia) y que en la práctica se manifiesta como alteración, inversión o suspensión de los ritmos biológicos.

Una vez más nos hallamos ante el hecho de que una mirada desprejuiciada a la enfermedad depresiva, sea ésta clínica, transcultural o fenomenológica, se va a encontrar con el compromiso de la corporalidad como fenómeno central. Esto difiere de lo que ocurre, por ejemplo, con la neurosis obsesivo-compulsiva, en la que la mayor parte de los síntomas se expresan a nivel cognoscitivo. A mayor abundamiento, Peter Berner y cols. (1983) desarrollaron, una década más tarde, los "criterios vieneses" para la investigación de la depresión. Sus estudios los llevaron a la conclusión de que existe un "síndrome axial depresivo endomorfo", caracterizado por dos fenómenos fundamentales: la perturbación de la *Befindlichkeit* y la alteración de los ritmos biológicos. El síndrome de Berner es prácticamente idéntico al descrito por nosotros en 1971, sólo que aquél incluye en la perturbación de la experiencia del cuerpo, las distintas formas de la inhibición, que nosotros consideramos como un fenómeno independiente.

Algunos años más tarde (1979), intentando avanzar en la fenomenología de la depresión, nosotros describimos la emanación atmosférica que surge de las depresiones endógenas y que nos pareció muy importante para el diagnóstico diferencial con respecto a otras formas de depresividad, como la neurótica, la esquizofrénica o la orgánica. Parodiando a Rümke (1958) con su "*Praecox-Gefühl*", denominamos a esa emanación "*Melancholie-Gefühl*" (sensación de lo melancólico). Un año después (1980) y junto con Tellenbach, intentamos profundizar en el conocimiento de la mencionada emanación depresiva mediante la descripción fenomenológica del encuentro con una paciente depresivo-estuporosa. En nuestro análisis adoptamos la actitud sugerida por Blankenburg (1962), quien exige

que la experiencia fenomenológica sea "decididamente más abierta hacia todas las modalidades de ser de todo aquello que nos hace frente, vale decir, ésta debe ser más natural que la experiencia natural misma"; pero al mismo tiempo, debe ser "más científica que la experiencia científica, en la medida en que no se limita a un solo proyecto trascendental, sino que transforma en su tema central todos los modos de ser en general". En este tipo de análisis la actitud deberá asemejarse a la de una persona carente de experiencia psiquiátrica, alguien capaz todavía de una plena ingenuidad. Para tal observador la inmovilidad de la paciente no será una "inhibición", ni su silencio absoluto, un "mutismo estuporoso", como tampoco la opacidad de su mirada representará un signo de "tristeza vital". Estos serán simplemente los diferentes aspectos del ser con quien en ese momento **se encuentra**, y que lo afecta de tal o cual manera.

Lo primero que nos llamó la atención en el encuentro con aquella paciente fue su mirada opaca y sin vida, así como su casi incapacidad de mantener la posición erecta. No era posible, por ende, llevarla a una contraposición, a que se constituyera entre ella y yo esa natural tensión polarizada que los griegos llamaban *antikry*. El encuentro carecía de reciprocidad. Su estar enfrente (*antikry*) había perdido su carácter "enantiótico" (recíproco), para hacerse "cremático". *Chrema* era para los griegos un objeto inservible y exactamente lo opuesto a la *physis*, que en este caso correspondería al cuerpo vivido (*Leib*). El cuerpo depresivo está más cerca del *Körper*, del cuerpo objeto, que del cuerpo intencional y dirigido al mundo (el *welthafter Leib*, de Zutt, 1963). Quizás por eso producía en nosotros una sensación de náusea, como la que se experimenta frente a un cadáver en la mesa de autopsia. Este carácter de cosa que irradia la presencia casi puramente material de la paciente estuporosa se hace también evidente en su disponibilidad. Podríamos resumir la experiencia diciendo que su mirada se escondía detrás de los ojos y que su espíritu se había hundido en el cuerpo. Pero el estupor no es la única forma clínica de depresión en la cual el cuerpo del depresivo asume la transformación cremática descrita. El estupor representa sólo el final de un proceso de cosificación y crematización del cuerpo que ya se anuncia en el leve decaimiento inicial, en los síntomas vitales, como la opresión precordial, el frío, la pesantez de las extremidades, pero también se manifiesta en el hecho tan común de que los depresivos tienden a preocuparse excesivamente de su cuerpo y no tienen otro tema que la angustia, la mala digestión

o la falta de apetito. Todo depresivo verdadero nos muestra algún grado de crematización y éste sí que sería un fenómeno específico, cuya adecuada aprehensión podría transformarse en arma fundamental para un diagnóstico inequívoco de enfermedad depresiva.

Ahora bien, no sabemos mucho sobre cómo vive el paciente mismo el estupor, porque en él no hay lenguaje y una vez pasado el episodio, el sujeto apenas es capaz de expresar palabras muy vagas sobre lo vivido. Pero hay otro estado extremo de depresión, en el cual la capacidad de expresar verbalmente lo vivenciado se conserva y éste es el síndrome de Cotard o delirio nihilista. Este síndrome es como la otra cara posible de los grados más profundos de depresión. En el estupor no hay conciencia del cuerpo, porque se es sólo cuerpo (proceso de cosificación): la materialidad ha invadido completamente la conciencia. En el síndrome de Cotard se es una pura conciencia, despojada de toda materialidad (el cuerpo es vivido como inexistente o muerto); es como si la conciencia hubiese invadido y arrasado hasta el último resto de su corporalidad. Pero lo paradójico es que esta conciencia sin cuerpo, en lugar de alcanzar por este camino la libertad del ángel, es tan esclava como la conciencia del enfermo estuporoso, hundido en su corporalidad. Y decimos que es esclava, porque al igual que el estuporoso, el paciente con síndrome de Cotard tampoco es capaz de pensar, de sentir o de actuar. Nosotros quisiéramos hacer hoy un aporte a la fenomenología del vivenciar depresivo a través del análisis de un caso de depresión delirante con un clásico síndrome de Cotard. El caso escogido es el de una mujer muy inteligente, con una gran capacidad de expresar en palabras sus vivencias.

CASUÍSTICA

Se trata de la señora Verónica P., de 40 años, casada y madre de tres hijos, oriunda de un pequeño pueblo campesino del sur de Chile, pero residente en Santiago; sin antecedentes mórbidos y descrita tanto por su esposo como por sus hermanos como "totalmente normal" hasta el comienzo de la enfermedad, dos meses antes de su ingreso al Hospital Psiquiátrico en marzo de 1998. Como características de su personalidad sus familiares destacan que era poco sociable, no le gustaba salir y se dedicaba sólo a sus hijos, al marido y a las labores del hogar. Jamás tuvo ni conflictos con su esposo, ni tampoco con sus hermanos que permanecieron en el cam-

po. La enfermedad empezó pocos días después de llegar Verónica a casa de su madre de 85 años a pasar con sus hijos las largas vacaciones de verano. En esta oportunidad ella se sintió, por primera vez, traicionada por sus hermanos, al manifestar éstos la intención de no entregarle todavía un pedazo de tierra que le correspondía por herencia y con el cual ella contaba para construirse ahí una casa y trasladarse a vivir al campo. A raíz de esta situación, Verónica se angustió mucho y empezó a no dormir, a no comer y a bajar de peso. Se quejaba también de múltiples dolores corporales. En algún momento manifestó la idea de no querer seguir viviendo y su hermana la sorprendió un día cuando intentaba ahorcarse. Desde entonces empezó a decir "cosas raras", lo que llevó a la familia a avisarle al marido y a consultar al médico. Después de algunas intervenciones terapéuticas en la zona, que resultaron infructuosas, Verónica fue trasladada a nuestro hospital en Santiago.

Al examen nos encontramos con una mujer lúcida, enflaquecida, que representa más edad de la que tiene y que llama la atención por su gran inteligencia. Reproduciremos aquí sus palabras en forma textual: "Lo que pasa conmigo es que tengo todo muerto; digamos que estoy muerta, que estoy en estado vegetal de mi cabeza a los pies. No tengo tacto, ni olfato, ni gusto por las comidas. Mi cuerpo es tan liviano que es como si no existiera. Yo no me canso, puedo andar kilómetros y no me pasa nada... Yo quisiera sentir el peso de mis ojos para poder dormirme. ¿Cómo voy a poder descansar si no siento mi cuerpo?... Al acostarme, me quedo ahí igual que un objeto. Y sin embargo, sueño en las noches. ¿Por qué sueño en las noches? ¿Es que los muertos sueñan?... Yo pensé que mi cerebro no existía, pero si sueño es porque todavía existe. Y sin embargo, cuando me tocan yo siento algo vago, pero no lo siento en mi cerebro. A mí ya nada me asusta; tampoco puedo sentir rabia. El cuerpo es pesado cuando está vivo, mientras que yo no siento el peso de mi cuerpo... Yo vivo una vida de ciencia ficción, la vida de una persona muerta..." Pero Verónica también describe en forma impresionante su relación con el mundo y con los otros: "Cuando tomo a mis hijos en los brazos, no los siento... Si mis hijas supieran que están queriendo a una mamá artificial... Mi marido no duerme conmigo, cómo va a poder dormir con una muerta... Yo no siento el contacto directo con las cosas, tampoco con los demás... Cuando estaba viva, en cambio, yo sentía las cosas y era capaz de concentrarme en lo que hacía... Ahora, cuando hablo, las palabras salen (automáticamente) de mí,

pero las de los otros no entran a mi cabeza... Tampoco las imágenes de televisión entran en mi cabeza... Lo único que quiero es morirme, pero sigo viviendo porque, al parecer, el corazón late, aunque no lo siento..."

Una discusión diagnóstica sería innecesaria, pues todo parece indicarnos que nos hallamos frente a una melancolía en el sentido de Tellenbach (también en lo que se refiere a la personalidad previa y a la situación desencadenante), pero que además presenta un delirio de Cotard. En la terminología de los DSM norteamericanos, este cuadro correspondería a una "depresión de tipo melancólico con psicosis". Vamos a renunciar también a un análisis psicodinámico, para quedarnos sólo en el plano de lo descriptivo-fenomenológico.

La multiplicidad de vivencias comunicadas por la paciente podría ordenarse en torno a dos temas:

1. La relación consigo misma y en particular con el propio cuerpo.
2. La relación con el mundo y con los otros.

La relación con el propio cuerpo

La experiencia fundamental de nuestra paciente es que su cuerpo ha perdido el peso, algo según ella propio de lo vivo, y que por lo tanto no se cansa y puede recorrer gran número de kilómetros indefinidamente. Tampoco puede dormir, porque le falta "el peso de los ojos", y se pregunta entonces, con razón, "cómo voy a descansar si no me canso". Ahora bien, esta liviandad etérea no significa para ella una ampliación de su espacio ni de su conciencia, sino por el contrario, el constatar la máxima limitación posible, que es la propia muerte. Aquí surge la primera paradoja, por cuanto el sentido común tendería más bien a asociar la muerte con el peso de lo material, de los objetos inanimados, tanto más que la vida conlleva en mayor o menor medida la elevación por encima del peso mismo que la constituye, es decir, el movimiento en dirección contraria a la fuerza de gravedad. De hecho, la posición erecta podría considerarse quizás como el mayor triunfo alcanzado por las formas vivas sobre esta fuerza elemental que impera en el mundo físico. Y, sin embargo, la lúcida y atormentada conciencia de Verónica identifica la falta de peso con la muerte. ¿Cómo entender esta experiencia? Para ello necesitaríamos hacer algunas digresiones.

Las referencias que hace Edmund Husserl, el creador de la fenomenología, sobre el cuerpo y la corporalidad, aunque fragmentarias, van a constituir el punto de partida para los fenomenólogos que con posterioridad trabajaron el tema, como es el caso

de M. Merleau-Ponty, J.-P. Sartre o G. Marcel. Aun en los momentos de su obra en los que desarrollan con mayor radicalidad el carácter trascendente de la conciencia pura, se desprende de sus descripciones una suerte de espesor de la corriente natural y espontánea de las vivencias, que nos conecta directamente con la corporalidad (*Leiblichkeit*). Husserl va a conceder importancia al cuerpo en relación con el "nivel originario de la experiencia" y así, en *Erfahrung und Urteil* (1939, § 6), define la experiencia natural como una relación directa e inmediata con lo individual que se establece "a través del cuerpo y sus sentidos". Algo semejante leemos en el § 39 de *Ideas I* (1913), cuando dice: "El percibir, considerado como mera forma de conciencia y prescindiendo del cuerpo y de los órganos corporales, se presenta como algo carente de toda esencia, como el vacío mirar de un Yo vacío al objeto mismo que se toca misteriosamente con éste". Y más adelante, en el § 53, afirma ya en forma taxativa: "Sólo por su relación empírica con el cuerpo se convierte la conciencia en humana o animal, y sólo por este medio ocupa un lugar en el espacio y en el tiempo de la naturaleza". En otro momento, él habla de una resistencia a la intencionalidad pura y de que esa resistencia procede del cuerpo, del hecho de que somos una conciencia encarnada. En suma, es el cuerpo, la carne, su materialidad misma, lo que impide que la conciencia flote en el aire, vacía de todo contenido. Y materialidad es peso y es eso lo que Verónica echa de menos. Ella se ha transformado en cierto modo en una conciencia pura, separada de su cuerpo, al que siente muerto. La conciencia necesita de un cuerpo pesado, tanto para sentirse viva como para que se constituya la intersubjetividad, como veremos más adelante. El filósofo lituano-francés Emmanuel Lévinas (1979) llega a decir a este respecto: "La libertad del Yo es inseparable de su materialidad... Este carácter definitivo del existente, que constituye (a su vez) lo trágico de la soledad, es la materialidad."

Esta experiencia humana tan extrema, vivida en el síndrome de Cotard, viene a ser una demostración del vínculo indisoluble entre conciencia y cuerpo. Porque no se puede pensar, ni tampoco sentir desde ninguna parte, sin ese cuerpo que pesa y tiene necesidades y se cansa y duerme. En este contexto cabría recordar el nexo que establece Lévinas (1990) entre la experiencia del *il y a* (el "hay") y el insomnio. Para él, la experiencia básica se da sobre un fondo impersonal, anónimo, donde no hay sujeto, una experiencia de vacío, de horror. El "hay" es luego quebrado por la emergencia del

sujeto, que es capaz de apropiarse de sí mismo y del mundo y decir "yo soy". Ahora bien, trasladado a la experiencia cotidiana, esa etapa inicial de la subjetivación corresponde al insomnio, a esa "vigilia que está absolutamente vacía de objetos... ella es tan anónima como la noche misma. Es la noche misma la que vela" (*op. cit.*, p.p. 110, 111). No deja de ser interesante el hecho de que el insomnio sea un síntoma capital de la enfermedad depresiva y que nuestra paciente también haya sufrido con particular intensidad de la incapacidad de dormir. Lo característico del insomnio depresivo es que se acompaña de la atormentante sensación de que no hay descanso posible, de que la vigilia va a continuar así eternamente. En él ya se puede entrever la profunda alteración de la temporalidad propia de esta enfermedad y que Lévinas describe con gran maestría en "El tiempo y el otro" (1979): "(El insomnio es una) vigilia sin objeto... el tiempo no parte aquí de punto alguno, tampoco se aleja ni se difumina. Sólo los ruidos exteriores que pueden dejar huellas en el insomnio introducen comienzos en esta situación sin principio ni fin, en esta inmortalidad de la que es imposible escapar..." (p. 85). Una paciente de R. Parada (1967), con un cuadro muy parecido al de nuestra paciente, decía: "Yo no tengo perdón. Mi destino es no morir. No se me puede matar, porque no tengo vida...". En sus conversaciones con Janouch (1951), Franz Kafka se refirió en términos muy impresionantes a su propio insomnio: "Quizás mi insomnio no es sino una forma de miedo ante el visitante a quien le debo mi vida" (p. 45).

La relación con el mundo y con los otros

Lo primero que dice Verónica a este respecto es que cuando toma en brazos a sus hijos no los siente y que tampoco siente el contacto directo con las cosas ni con los demás. Luego explica que no tiene sentidos: "no tengo tacto, ni olfato, ni gusto por las comidas", precisando luego su relación con los otros, centrándola en el diálogo, en la relación verbal: "Ahora, cuando hablo, las palabras salen (automáticamente) de mí, pero las de los otros no entran a mi cabeza". También establece una analogía con lo que le ocurre con las imágenes televisivas, las que "tampoco... entran en mi cabeza...". Por último, se refiere a su total ausencia de sentimientos hacia los otros, pues "(ni siquiera) puedo sentir rabia".

¿Cómo comprender esta experiencia desde la constitución de la corporalidad? Veámos en el punto anterior cómo Verónica, al perder la consistencia, el peso de su cuerpo, se vivía a sí misma como

muerta, en medio del horror representado por el vacío y el insomnio, en esa experiencia del *il y a* (Lévinas), anterior a la emergencia del "yo soy". Ocurre ahora que sin consistencia tampoco puede llegar al otro, ni los otros a ella. Para Husserl (Ideas I, § 53), el cuerpo es el vínculo de inserción en el mundo, pues: "Debemos recordar que sólo a través de la experiencia de un vínculo entre la conciencia y el cuerpo vivido hacia una unidad natural empírico-intuitiva, es posible algo así como la comprensión recíproca entre los seres animales que pertenecen a un mismo mundo...". Es desde el cuerpo desde donde se produce la apertura a la intersubjetividad. En primer lugar, porque el cuerpo es el "punto cero", el *Nullpunkt* desde el cual se organiza el mundo perceptivo. Toda cosa o cualidad se orienta en relación a mi cuerpo vivido (*Leib*). Esto también vale para lo imaginado o recordado, puesto que cualesquiera sean sus características, sus cualidades o incluso su propia espacialidad, sólo puede ser imaginado o recordado en referencia a mi cuerpo. Es entonces a partir de mi cuerpo y de la percepción que tengo de él que voy a poder constituir el mundo que me rodea y a través del cual se espacializan los demás cuerpos; y así también, desde este centro que es mi cuerpo voy a constituir el mundo global, el mundo de la tierra. Desde el punto de vista fenomenológico, la tierra está en el centro del mundo y en el centro del centro está mi cuerpo, como punto cero.

En "La Crisis" (1936), Husserl nos dice que "el espíritu está en la espacio-temporalidad allí donde está su soma (su cuerpo material)" (p. 303) y más adelante agrega: "... lo que implica que constantemente tiene una experiencia privilegiada de su cuerpo y que, por consiguiente, tiene conciencia de vivir y poder obrar constantemente en él, a la manera de un Yo que sufre afecciones y al mismo tiempo obra". Esto es justamente lo que Verónica ha perdido. Al no tener la sensación de su cuerpo, al sentirse "muerta", no puede actuar, pero tampoco recibir "afecciones", porque en estricto rigor mi ser carnal, como sostiene Husserl en "Las meditaciones cartesianas" (§ 24), no se me aparece originariamente a la manera de un objeto espacial, sino que él me es dado junto con el aparecer de algo. Al percibir una cosa en el espacio, el sujeto "toma conciencia de la pre-espacialidad de su carne percipiente; es el aparecer de la cosa percibida lo que constituye la ocasión del pre-aparecer de la carne como 'órgano de la percepción'" (Bernet, 1993). El paciente depresivo con un síndrome de Cotard ha regresado al espacio del horror y del insomnio, donde imperan la nada y el vacío. Al no

percibir, al no sentir a lo otro ("no tengo tacto, ni olfato, ni gusto") ni a los otros ("cuando tomo a mis hijos en los brazos, no los siento"), él está imposibilitado de tomar conciencia de esa "pre-espacialidad de su carne percipiente" y por ende no cabe sino que sienta a su cuerpo como "muerto". Al dejar de ser propiamente un sujeto carnal, el Yo, ese sujeto que emerge desde la experiencia primordial del "hay" se disuelve, puesto que él sólo puede existir como encarnado. En el caso concreto de nuestra paciente, su incapacidad de trascender, su incapacidad de encuentro con el otro llega al extremo de que ella ya no entiende las palabras, pues "no le dicen nada... porque mi cráneo está muerto... y las palabras no entran en mi cabeza".

Ahora bien, según Lévinas, en el proceso de subjetivación o hipóstasis, a la experiencia primordial del horror ante el desnudo del *il y a* le sigue la emergencia del "yo soy", de la conciencia. El Yo accede al lenguaje y a través suyo a las distintas intencionalidades, coincidiendo en este punto con la auto-constitución del Yo husserliano; pero para Lévinas el proceso de subjetivación es más complejo y debe tomar en cuenta en todo momento la corporalidad. Además, éste puede adquirir distintas formas, que no son excluyentes entre sí. Una forma podría ser la de la mera apropiación del mundo en función de mi utilidad, de convertir todo lo otro en mí. Ese va a ser el camino que llevará a la técnica. Pero el proceso puede ser también moroso y retener a lo otro en cuanto otro a través del gozo. En el gozo se respeta profundamente la alteridad. Lo otro ya no es un mero objeto manipulable, como en el modo del apropiarse, sino un elemento gozable. El Yo se afirma a sí mismo gozando de los elementos, neutralizando la alteridad de éstos hasta incorporarlos a la inmanencia de su subjetividad, la que ha nacido del disfrute. Al respecto leemos en "Totalidad e infinito" (1971, 1987): "Vivimos de una buena sopa, del aire, de la luz, de espectáculos, de trabajo, de ideas, de sueños, etc... no se trata aquí de objetos ni de representaciones. (Simplemente) vivimos de ellos... (Tampoco) son instrumentos o utensilios, en el sentido heideggeriano del término... son siempre objetos de gozo, que se ofrecen al gusto ya adornados y embellecidos" (p. 129). Es decir, la transitividad del alimentarse lleva al acto reflexivo: "el vivir de..." convierte al alimento en contenido vital; el goce del alimento se transforma en goce de sí. A través de su filosofía de la sensibilidad, Lévinas recupera la función del cuerpo en el advenimiento de la subjetividad. "El goce nos proporciona la clave para develar el sentido originario de la expresión 'cuerpo

propio': en el tránsito del cuerpo hambriento (dependiente del medio circundante...) al cuerpo soberano (que... afirma su poderío frente al exterior...), en ese tránsito el cuerpo propio se revela como auto-identificación encarnada." (Sucasas, 1998). En suma y para decirlo con las palabras del propio Lévinas, "la vida es amor a la vida... es sensibilidad satisfecha" (*op. cit.*, p. 131).

Pero el no sentir de Verónica las cosas de este mundo desde su "cuerpo muerto", no es sino el final de un proceso de pérdida de la sensibilidad que se inicia con ese síntoma tan característico de la depresión, que es la anhedonia, la incapacidad de gozar, y entonces no podemos sino asombrarnos ante el hecho de que Lévinas haya sostenido que el modo fundamental de la relación entre sujeto y mundo sea no la *Sorge* de Heidegger (1927, 1963), sino el gozo. Si aceptamos este postulado, se nos aparecen como perfectamente coherentes afirmaciones tan dispares de Verónica como decir que su cuerpo está muerto y al mismo tiempo quejarse de que no le siente el gusto a las comidas. El sentirle o no el gusto a las comidas presupone el acto de comer y éste a su vez, el estar vivo, lo que se contradice con su afirmación de que ella está muerta. Lo que sucede es que Verónica ha perdido la capacidad de gozo y esto le ocurrió ya –según sabemos por la historia– desde poco antes de caer en el delirio nihilista de Cotard. Y no poder gozar es sinónimo de muerte, porque "la vida es sensibilidad satisfecha". El movimiento regresivo del proceso de subjetivación va desde el cuerpo amante al cuerpo soberano, del cuerpo soberano al cuerpo hambriento y de éste al cuerpo muerto, que es el cuerpo del delirio nihilista.

Pero la forma más perfecta de relación con el mundo y con la alteridad se alcanza a través del prójimo. Lévinas destaca en esta relación dos elementos: el rostro y la caricia. El rostro del otro es la trascendencia personalizada y a través suyo, a través del rostro del ser amado se me muestra la humanidad entera en su indefensión. Y por eso es que la relación con el otro es fundamentalmente ética, porque al descubrir el Yo la fragilidad de todos en el rostro del ser amado se siente inclinado a decir: "Heme aquí; yo me hago cargo de ti". Ahora bien, el vehículo más singular y propio de acceso al otro es la caricia: "La caricia, como el contacto, es sensibilidad; pero la caricia trasciende lo sensible... La caricia consiste en no apresar nada... (Ella) busca, registra. No es una intencionalidad de develamiento, sino de búsqueda: marcha hacia lo invisible. En cierto sentido *expresa* el amor, pero sufre por incapacidad de decirlo" (*Totalidad e infi-*

nito, p. 267). No podemos entrar aquí en una explicación más detallada de la fenomenología de la caricia. Queremos sólo señalar el hecho de que si aceptamos que estos dos elementos sensibles, el rostro del otro y la caricia a través de la cual yo me acerco a él, son fundamentales en la constitución de la intersubjetividad, tendremos que reconocer que en los grados profundos de depresión ambos se encuentran prácticamente ausentes. Para Verónica, los otros más que rostros son máscaras y ella misma se siente como tal cuando se extraña de que sus hijos puedan estar queriendo a una madre "artificial", vale decir, tan irreal como una muñeca de trapo. Los otros no son un rostro para ella ni ella lo es para los otros. Todo el misterio del rostro ha desaparecido y tanto sus hijos como ella se han transformado en seres inanimados, en "artificios". Así como ella lo es también para su marido: "Cómo se va a acostar con una muerta". Y si es que no puede reconocer sus rostros, con mayor razón aún no los podrá acariciar, tema al que ella se refiere expresamente cuando insiste una y otra vez en su incapacidad de "sentirlos" como personas (vivas) cuando los toma en sus brazos.

La depresividad sería entonces la pérdida de la inserción misma del hombre en el mundo y con ello de toda posibilidad de trascendencia. Y esto que hemos logrado descubrir a través del análisis de las vivencias de una paciente con síndrome de Cotard viene a corresponder exactamente con aquello que nosotros pudimos encontrar en el análisis fenomenológico de un estupor depresivo (Dörr-Zegers y Tellenbach, 1980): la cosificación y crematización del cuerpo como rasgo central de la depresividad.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. p. 335, Washington, 1995.
2. BERNER P: Wiener Forschungskriterien (Endogenomorph-Zyklothyme Achsensyndrome). En: *Weltverband für Psychiatrie, Diagnosekriterien für Schizophrenie und Affektive Psychosen*. American Psychiatric Press, Inc., pp. 165-171. Washington, 1983.
3. BERNET R: ¿Una intencionalidad sin sujeto ni objeto? En: De Lerner P (ed.). *El Pensamiento de Husserl en la Reflexión Filosófica Contemporánea*. Ediciones Pontificia Universidad Católica del Perú, pp. 151-180. Lima, 1993.
4. BLANKENBURG W: Aus dem phänomenologischen Erfahrungsfeld innerhalb der Psychiatrie. *Schweiz. Arch F Neurol Neurochir u Psychiat*, 90:412-421, 1962.
5. BLEULER E: *Lehrbuch der Psychiatrie. Umgearbeitet von Manfred Bleuler*. Springer Verlag, pp. 408 y 421 ff., Berlin-Göttingen-Heidelberg, , 1966.

6. DÖRR-ZEGERS O y cols.: Del análisis clínico-estadístico del síndrome depresivo a una comprensión del fenómeno de la depresividad en su contexto patogénico. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 10:17-39, 1971.
7. DÖRR-ZEGERS O: Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia. *Actas Luso-Españolas Neurología Psiquiatría*, 7(5):291-304, 1979.
8. DÖRR-ZEGERS O, TELLENBACH H: Differentialphänomenologie des depressiven syndroms. *Nervenarzt*, 51:113-118, 1980.
9. HEIDEGGER M: *Sein und Zeit*. Max Niemayer Verlag, (S 41), Tübingen, 1963.
10. HUSSERL E: *Ideen I. Husserliana III*. Martinus Nijhoff, (§§ 39 y 53), Den Haag, 1950.
11. HUSSERL E: Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Tercer libro: *Phenomenology and the Foundation of the Sciences*. Kersten F (trad.). Kluwer Academic Publishers, § 39, p. 83; § 53, p. 125, Dordrecht, 1982.
12. HUSSERL E: *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie (Ergänzende Texte)*. *Husserliana VI*. Martinus Nijhoff, § 303, Den Haag, 1962.
13. HUSSERL E: *The crisis of European sciences and the transcendental phenomenology*. Northwestern University Press, § 53, p. 125; § 62, p. 216, Evanston, 1970.
14. HUSSERL E: *Erfahrung und Urteil*. Claassen Verlag, § 6, Hamburg, 1964.
15. HUSSERL E: *Experience and Judgement*. (trads.) James S. Churchill y Karl Amerik. Routledge and Kegan Paul, § 6, p. 27; § 29, p. 137, Londres, 1976.
16. HUSSERL E: *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge. Husserliana I*. Martinus Nijhoff, § 24, Den Haag, 1963.
17. JANOUGH G: *Gespräche mit Kafka*. Fischer, S. 45, Frankfurt, 1951.
18. KRAEPELIN E: *Einführung in die Psychiatrische Klinik*. Verlag von Johann Ambrosius Barth, 359, Leipzig, 1916.
19. LEVINAS E: *Totality and Infinity. An essay on externality*. Luigis A (trad.). Duquesne Univ. Press. Pittsburgh, 1969.
20. LEVINAS E: *Totalität und Unendlichkeit* (S. 152, 155, 157, 375, 376). Verlag Karl Alber GmbH, Friburgo, 1987.
21. LEVINAS E: *Totalidad e infinito*. Ediciones Sígueme, p. 267, Salamanca, 1987.
22. LEVINAS E: *Time and the Other*. Cohen RA (trad.). Duquesne Univ. Press, Pittsburgh, 1987.
23. LEVINAS E: *Die Zeit und der Andere*. Felix Meiner Verlag GMBH, S. 31, Hamburgo, 1995.
24. LEVINAS E: *Existence and existents*. Luigis A (trad.). Martinus Nijhoff, La Haya, 1978.
25. LEVINAS E: *Vom Sein zum Seienden*. Verlag Karl Alber, S. 79, 80, Friburgo, 1997.
26. PARADA R: La temporalidad en el estudio de la depresión. *Revista Psiquiatría Clínica (Chile)*, 6:29-51, 1967.
27. PFEIFFER WM: Die Symptomatik der Depression in transkultureller Sicht. En: Hippus H, Selbach H (eds.). *Das Depressive Syndrom*. Urban & Schwarzenberg, S. 151-167, Munich-Berlin-Viena, 1968.
28. RÜMKE H: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Der Nervenarzt*, 29:49-53, 1958.
29. SCHNEIDER K: *Pathopsychologie der Gefühle und Triebe*. Georg Thieme Verlag, § 10 y 11, Leipzig, 1935.
30. SUCASAS JA: La subjetivación. Hipóstasis y gozo. *Anthropos (Barcelona)*, 176:38-43, 1998.
31. TELLENBACH H: Die Räumlichkeit der Melancholischen (II). Analyse der Räumlichkeit melancholischen Daseins. *Nervenarzt*, 28:289-298, 1956.
32. TELLENBACH H: Annäherung an die Daseinsanalyse. En: *Almanach für Neurologie und Psychiatrie*, JF Lehmanns Verlag, § 235-247, München, 1961.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. p. 119, Ginebra, 1992.
34. ZUTT J: Vom gelebten welthafte Leib. En: *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Springer Verlag, § 406-410, Berlin-Gotinga-Heidelberg, 1963.