

La fenomenología de la depresión como modificación de la experiencia del propio *self*: Opacidad corporal, desincronización temporal y culpa

Jorge Martínez Lucena, Universitat Abat Oliba CEU, España

Resumen: En los últimos años la fenomenología ha demostrado su valía en el campo de la medicina con útiles distinciones como la hecha entre conceptos como *illness* y *disease*. También ha hecho interesantes aportaciones en el campo de la psiquiatría donde se pueden encontrar trabajos interdisciplinarios sobre la diversas enfermedades mentales. La descripción fenomenológica de la experiencia del enfermo de depresión melancólica constaría de tres elementos fundamentales: a) la transformación de la experiencia del propio cuerpo; b) el continuo sentimiento de culpa; y c) una experiencia del tiempo desincronizada con respecto a la alteridad. Esta comunicación intenta aportar una síntesis de dicha investigación fenomenológica hecha sobre la depresión, que ha sido considerada la plaga de nuestro tiempo. Además, intenta explicar en qué sentido tales elementos de la descripción fenomenológica de la experiencia del paciente de melancolía pueden implicar ciertas modificaciones de la experiencia que éste hace de su propio *self*.

Palabras clave: depresión, fenomenología, corporalidad, desincronización, culpa, *self* narrativo, sociedad posmoderna.

Abstract: Last years, phenomenology has demonstrated its own value in the field of medicine with useful distinctions as the one among *illness* and *disease*. It has also contributed to psychiatry. Some inter-disciplinary works about mental illnesses can be found. The phenomenological description of the melancholic depression patient has three main features: a) the transformation of his own body experience; b) a continuous feeling of guilt; and c) a time experience which is desynchronized from the otherness. This paper aims to synthesize this phenomenological research about depression, which has been considered one of the plagues of our time. Moreover, it tries to explain how these changes in the patient's experience can imply certain modifications of his own *self*-experience.

Keywords: Depression, Phenomenology, Corporeality, Desynchronization, Guilt, Narrative Self, Postmodern Society.

Introducción

Desde el último cuarto del siglo XX, el análisis fenomenológico se ha revelado útil en el campo médico. Distinciones conceptuales como la hecha por Barondness (1979) entre sufrimiento de la enfermedad [*illness*] y enfermedad [*disease*], se han profundizado en este ámbito filosófico (Jennings, 1986; Toombs, 1987). Y eso ha permitido que los médicos tomen conciencia de una cierta práctica errónea de su profesión, que en muchas ocasiones sigue siendo dominante y que puede llevar, entre otras cosas, a la medicalización de la experiencia y de la conducta del paciente (Jennings, 1986). Lo cual, además de menoscabar la salud del paciente, podría tener implicaciones en cuanto al control social, como ha denunciado Foucault en sus obras y seminarios (p.e. Foucault, 1999). A este respecto, incluso se ha afirmado que “la experiencia posmoderna del sufrimiento de la enfermedad [*illness*] empieza cuando la gente enferma reconoce que en su experiencia hay algo más de lo que su historial médico puede decir” (Frank, 1995: 6).

Además de esta demostrada competencia en su ayuda a la medicina en general, la fenomenología también ha mostrado su valor científico en el campo psiquiátrico (Binswanger, 1975; Kimura, 1992; Askay, 2001), donde ha permitido, por ejemplo, “comprender empática y conceptualmente algunos de los más extraños y misteriosos síntomas de la esquizofrenia” (Sass, 1994: 6), aglutinando



gran cantidad de trabajos inter-disciplinarios al respecto (Parnas y Sass, 2001; Parnas et al., 2002; Depraz, 2003; Sass y Parnas, 2003; Parnas, 2004; Fuchs, 2005; Ratcliffe, 2004, 2008; Wiggins and Schwartz, 2007). Lo mismo que ha sucedido con respecto a otras patologías psiquiátricas como el trastorno límite de personalidad (Fuchs, 2007), la parafrenia (Fuchs, 1999a, 1999b), el síndrome de Capgrass (Ratcliffe, 2008), la depresión melancólica o mayor con características endogenomorfas (Fuchs, 1999, 2005, 2009) o el trastorno dismórfico corporal (Fuchs, 2003).

En este artículo vamos a recoger algunas aportaciones fenomenológicas en cuanto a la descripción de la depresión. Desde su descripción y comprensión intentaremos establecer similitudes entre dos tipos de transformaciones en la identidad narrativa de los individuos: a) las ocasionadas por esta enfermedad psiquiátrica que ha sido considerada una de las plagas de nuestros días, descrita por distintos psicólogos, psiquiatras sociales y sociólogos (Hagnell et al., 1982; Klerman et al, 1985; Hippus et al, 1986; Felton, 1987; Regier et al, 1988); y b) las producidas por el impacto en el *self* de las nuevas condiciones sociales y culturales propias de nuestra sociedad posmoderna, que algunos se han incluso atrevido a denominar sociedad depresiva o con ciertos rasgos depresivos (Anatrella, 1994; Kristeva, 1997).

Rasgos fenomenológicos de la depresión mayor

En el estudio fenomenológico de la experiencia de los pacientes con depresión melancólica o mayor con características endogenomorfas encontramos los siguientes rasgos interesantes para nuestro estudio en este artículo: a) la transformación de la vivencia del propio cuerpo; b) el constante sentimiento de culpa; y c) una percepción del tiempo marcada por la desincronización con respecto a la alteridad. Vamos a intentar explicar mínimamente cada uno de esos aspectos profundamente interconectados en la experiencia de estos enfermos.

La pérdida de transparencia del propio cuerpo

En la fenomenología del cuerpo se pueden distinguir dos modos de experimentar el propio cuerpo (Fuchs & Schlimme, 2009): una forma que podríamos llamar subjetiva y otra que se podría tildar de objetiva (Merleau-Ponty, 1962).

La primera no es más que sentir el propio cuerpo como el medio y el fondo de cada una de nuestras experiencias. Este cuerpo vivido subjetivamente opera en cada acción e interacción con los demás, aunque lo haga imperceptiblemente, sin requerir una atención explícita. Inadvertidamente permite nuestra conexión con el ambiente, con la realidad que nos rodea; nos la transparenta, nos la enmarca. Ésta es la razón por la cual determinados sentimientos existenciales son a la vez estados del propio cuerpo y modos de experimentar el mundo (Ratcliffe, 2008). Además, este cuerpo subjetivo es el cimiento de certezas incuestionables y del sentido común entendido éste como una especie de *know-how* pre-reflexivo que nos pone en sintonía tanto con el mundo como con los demás.

A pesar de que el cuerpo tiende a esconderse de nuestra percepción cuando estamos implicados en una actividad dirigida hacia el mundo (Merleau-Ponty, 1963; Leder, 1990; Gallagher & Zahavi, 2008), éste comparece como objeto de nuestra atención consciente en momentos relacionados con la propia inadecuación corporal para realizar alguna tarea, sea ésta debida a una falta de capacidad, a una enfermedad, a un dolor o a una carencia de sensibilidad, pero también cada vez que advertimos que nuestro cuerpo se convierte en objeto de la mirada de otros.

Teniendo en cuenta esta distinción a la hora de experimentar el propio cuerpo, las alteraciones de nuestra vivencia de la propia corporalidad también pueden ser distinguidas: a) aquellas que afectan a la experiencia subjetiva del cuerpo (p.e. depresión y esquizofrenia); y b) aquellas que afectan a la propia conciencia del cuerpo como objeto (p.e. trastorno dismórfico corporal o trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa).

Si nos centramos en el primer conjunto de trastornos, dentro del cual se incluiría la depresión, vemos cómo la esquizofrenia ha sido ya conceptualizada fenomenológicamente como una descorporalización del *self* (Sass, 1992; Fuchs & Schlimme, 2009; Raballo et al., 2011). En el caso de la depresión, sin embargo, sucede lo contrario. Esto es, ésta coincidiría con la reificación del propio cuerpo vivido subjetivamente, lo cual implica la pérdida de transparencia de éste en relación a la

realidad y a los demás. Se trata de la pérdida de una de las funciones más importantes de nuestro cuerpo -la de hacer evidente a la alteridad- y por ello coincide con una experiencia patológica. Como leemos, el cuerpo sano “se oculta precisamente en el acto de revelar qué es el Otro” (Leder, 1990: 22). Dicho de otro modo, “el cuerpo trabaja como un tácito espejo sentido del otro” (Fuchs, 2005: 98). Algo que se ha acreditado desde la neurociencia en el estudio de nuestra observación de la acción de otro, pues parece ser que cuando observamos que otro se mueve, a pesar de no movernos haciendo lo mismo, nuestro cerebro reacciona *como si* estuviésemos ejecutando esa misma acción que estamos observando. De modo que la mera observación de la acción implica en nosotros la simulación de la acción (Gallese, 2001).

Así, el deprimido estaría incapacitado para esta empatía corporal con sus alrededores. Es la experiencia que intenta describir Silvia Plath, autora que sufrió en sus propias carnes la enfermedad, en la protagonista deprimida de su novela *La Campana de Cristal*. Ésta, cuando sufre un brote de su trastorno, nos dice que “donde quiera que estuviera sentada (...) estaría bajo la misma campana de cristal, agitándome en mi propio aire viciado” (Plath 1989: 289). Mientras que, al mejorar de su enfermedad, nos cuenta:

Todo el calor y el miedo habían desaparecido. Me sentía sorprendentemente en paz. La campana de cristal pendía suspendida, a unos cuantos pies por encima de mi cabeza. Yo estaba abierta al aire que circulaba. (Plath, 1989: 335)

Como leemos en una descripción fenomenológica, en la depresión melancólica “el cuerpo pierde su fluidez y transparencia de medio y se hace manifiesto, convirtiéndose en un cuerpo sólido y pesado, que ofrece resistencia a los impulsos e intenciones de los individuos” (Fuchs & Schlimme, 2009: 572). Así, vemos cómo no sólo queda afectado el elemento cognitivo del enfermo, sino también la dimensión afectiva y apetitiva del cuerpo, que desaparece, y con ella los espacios de posibilidad para la acción, que se sustentan sobre esa apertura peripersonal que resulta bloqueada por la “hipercorporalización” de la enfermedad (Fuchs, 2005). Por tanto, “el horizonte abierto de las posibles experiencias se hunde en una atmósfera cerrada, en la que todo queda impregnado de un sentido de pérdida de posibilidades” (Fuchs & Schlimme, 2009: 572-3). De este modo, para actuar, los pacientes tienen que superar su inhibición psicomotora y obligarse a sí mismo con esfuerzos titánicos incluso para las tareas más mínimas, compensando con el empuje de la voluntad lo que el cuerpo ya no hace por sí mismo. De modo que si la inhibición crece, el espacio de actuación del paciente se reduce al estrictamente más cercano, pudiendo culminar en un estupor depresivo (Fuchs, 2005).

Al mismo tiempo, se produce en estos enfermos una pérdida sutil de la resonancia corporal o afectabilidad que media la experiencia emocional y la conexión afectiva con los demás. Al perder el cuerpo reificado su capacidad para la resonancia emocional, los pacientes “se sienten inanimados, separados de sus emociones y se quejan de un “sentimiento de que no sienten”. Ya no son capaces de ser conmovidos o afectados; las características favorables de su entorno se han desvanecido.” (Fuchs & Schlimme, 2009: 573).

Es esta misma pérdida del sentimiento la que hace que para los que padecen este trastorno del ánimo se produzca una disminución en cuanto al sentimiento del propio *self*, acompañada de una despersonalización afectiva, que es la característica principal de los episodios severos de melancolía. Incluso, en determinados casos, dicha despersonalización puede llevar a alucinaciones nihilistas como las que se producen en el síndrome de Cotard (Ratcliffe, 2008).

La nueva percepción del tiempo

Ya ha sido demostrada la influencia de distintos trastornos psiquiátricos en la vivencia del tiempo de los pacientes de tales afecciones (Martin, 2005; Ghaemi, 2007). Si nos centramos en el caso de la depresión, también encontramos una relación directa con este tipo de vivencia, que consistiría fundamentalmente en que “en depresión el futuro se pierde, y el pasado se torna fijo, inamovible, malo, el lugar de los errores sin redención” (Havens, 1986). Como leemos en *Esa visible oscuridad*: “Había llegado a la fase del desorden en que todo sentimiento de esperanza se desvanece, junto a la noción de futuro” (Styron, 2009: 56).

Como resultado de la ya mencionada hiper-corporalización del cuerpo y de su pérdida de transparencia, se produce, como hemos dicho, un efecto sobre la imaginación del paciente de depresión y su sentido de lo posible, lo que hace que no sea capaz de generar nuevos objetivos y planes de futuro, permaneciendo en su presente de total restricción corporal. Así, el depresivo no sólo es incapaz de trascender su cuerpo en el espacio, sino también en el tiempo (Fuchs, 2005).

Como ha dicho Levinas, el tiempo no es más que nuestra relación con el otro (Levinas, 1993). Dicho de otro modo, el tiempo humano es un puente tendido entre el tiempo fenomenológico y el tiempo cosmológico, es el tiempo de la historia de nuestra vida, un tiempo estructurado y articulado por las mediaciones simbólicas que son nuestras narraciones (Ricoeur, 1985). En esta línea, para Fuchs –que en esto seguiría a Heidegger (1944)-, esta alteración del tiempo vivido no tendría un carácter monádico o individual, sino que sería el resultado de una desincronización con respecto al propio entorno y a la sociedad. Según esta explicación, la relación entre el individuo y su entorno se caracteriza por un constante acoplamiento tanto en un nivel biológico como en el psicosocial. En el primero de estos niveles, los ritmos endógenos y exógenos se acompañan. En el nivel emocional y social, estamos conectados a los demás mediante procesos de resonancia y sincronización. Ambos tipos de acoplamientos no son estáticos, sino que pasan por fases periódicas de equilibrio y desequilibrio, de alteración y reconciliación, de desincronización y re-sincronización. Nuestro presente es restablecido constantemente por procesos tanto biológicos como psíquicos. Ejemplos de esto son la periodicidad de nuestras funciones vitales, la compensación de la escasez por la satisfacción de nuestras necesidades, y los procesos recurrentes de negociación con lo inacabado, como pueden ser el olvido, el sueño, el remordimiento, el duelo o las crisis (Fuchs, 2001).

Así, nuestra experiencia del tiempo es el resultado de un desequilibrio entre nosotros y el ambiente que busca eliminarse en un futuro que queda abierto por este espacio entre nosotros y el otro. Por esta razón, el tiempo del ser viviente está dirigido protensionalmente hacia el futuro, como un notodavía o un ser-tras-algo, como si éste fuese esencialmente un buscador (MacIntyre, 1987). Por el contrario, nuestra permanencia en el pasado sucede cuando la tensión con el otro es eliminada. Un ejemplo de esto sucedería durante experiencias de separación o pérdida con respecto a personas a las cuales nuestra vida estaba afectivamente en sincronía, que nos arrojan fuera del tiempo común, al territorio del duelo. Ante esto se desencadenarían nuestros mecanismos de re-sincronización, que son los que permitirán la reaparición de nuestra conciencia del tiempo efímero, en un intento de dejar atrás los cambios del entorno que habían provocado nuestro anclaje en el pasado (Fuchs, 2001).

Una de las características fundamentales de la depresión melancólica es la desincronización entre el individuo y su entorno, que se manifiesta en diversas dimensiones de la existencia. En primer lugar, esta desincronización ya se hace evidente en el desencadenante de este tipo de depresión, que no es más que una situación de *remanencia*, esto es, de permanencia de los efectos subjetivos producidos por un cambio del entorno sucedido en el pasado. Pero también se hace evidente tanto fisiológica como psicosocialmente en los distintos pacientes. En el caso de las desincronizaciones fisiológicas tenemos, por ejemplo: alteraciones de los periodos neuro-endocrinos y de temperatura, de la relación entre sueño y vigilia, del ciclo femenino, pérdida de dinamismo y del apetito sexual, etc. Mientras que en caso de las obligaciones sociales es evidente que los pacientes depresivos severos son incapaces de cumplir con sus compromisos con su entorno social: no se despiertan de acuerdo con los requerimientos de su vida social, sus tareas deben ser realizadas por otros, las decisiones familiares deben ser tomadas al margen del enfermo, etc. (Fuchs, 2001).

Podemos pues, afirmar, que “el deprimido ha caído fuera del tiempo común y se ha convertido en un anacronismo vivo. Literalmente vive en otro tiempo, mucho más lento” (Fuchs, 2001: 184). Y con ello, queda claramente afectada la capacidad de encontrarle el sentido de las propias acciones y la propia vida, para lo cual es necesaria la tensión entre los propios pasado, presente y futuro. Lo leemos en esa confesión que es *El demonio de la depresión*:

En la depresión, la falta de sentido de toda iniciativa y de todo afecto, y la falta de sentido de la vida misma, se tornan evidentes. El único sentimiento que pervive en este estado de carencia de amor es la insignificancia. (Solomon, 2003: 17)

Y, en su ápice, como ya hemos explicado antes, esta desincronización en que consiste la depresión, puede provocar alucinaciones o delirios melancólicos nihilistas que suponen una pérdida extrema del sentido de la realidad y de la vida.

El sentimiento de culpa

La conexión entre los rasgos de la melancolía descritos anteriormente y el sentimiento de culpa es prácticamente inmediata. Por un lado, se podría decir que el paciente con depresión melancólica no se puede separar a sí mismo de la experiencia de su fallo corporal y, en consonancia con ello, se siente desvalorizado, culpable y decaído: su *self* se identificaría totalmente con su cuerpo reificado. Por el otro, se podría afirmar que los sentimientos de culpa típicos del melancólico se derivarían de la alteración del *Zeitigung* o tiempo vivido, que ha sido descrito como una inhibición del llegar a ser de la vida, como el aislamiento de los otros y la consiguiente congelación en el propio pasado.

Pero, más allá de la evidente conexión entre el conjunto de características fenomenológicas aquí tratadas, veamos ahora en qué consiste el intenso sentimiento de culpa presente en la mayor parte de los pacientes con depresión mayor.

El germen de la culpa es el sentimiento de vergüenza, que no es más que la corporalización o reificación del cuerpo vivido, debida a la exposición a la mirada de los otros que tenemos interiorizados y que te juzgan (Sartre, 1956). Este sentimiento muestra la ambigüedad fundamental de la existencia humana, polarizada entre el cuerpo vivido y el corporalizado, entre la propia mirada pre-reflexiva y la mirada reflexiva originada por la mirada del otro (Merleau-Ponty, 1962). Como ha afirmado Paul Auster: “Todos somos extraños para nosotros mismos, y si tenemos alguna sensación de quiénes somos, es sólo porque vivimos dentro de la mirada de los demás.” (Auster, 2012: 175).

Es por esta importancia de la alteridad en la constitución del propio *self* (Zahavi, 2007) que aparece la culpa. Al decir de Fuchs,

cuando las normas son internalizadas como elementos propios de valoración y cuando la auto-condenación se adelanta a la exposición pública. Lo cual presupone el desarrollo de un centro personal, con la balbuciente capacidad de considerarse uno mismo como el origen de las propias acciones, en orden a poderlas evaluar y sentirse responsable de ellas. (Fuchs, 2003: 230)

De este modo, contra lo que sucede en la vergüenza, el sentimiento de culpa no está ligado a la inmediata presencia del otro, sino que su impacto es más duradero. En vez de sentirse expuesto a los demás y paralizado por sus miradas, el culpable se siente abandonado. En este sentido, la culpa coincide con la corporalización del cuerpo vivido, con una separación abismal con respecto a los demás que parece irreconciliable, y que se hace sensible como un terrible peso en el pecho y con una sensación de estar irremisiblemente atrapado por y en el pasado. La culpa, en este sentido, es la interrupción del movimiento de la vida y la vinculación a un momento del pasado que se nos presenta con la irreversibilidad de la muerte.

Tal sentimiento, sin embargo, no es algo que se pueda entender como superficial en nuestra humanidad, sino que está vinculado, como hemos dicho, a momentos esencialmente constitutivos de la propia auto-conciencia, tal y como se puede observar tanto en la psicología evolutiva como en la etología (Fuchs, 2003). La culpa es el producto de la aparente interrupción del amor de los padres cuando uno no hace lo debido, es la profunda internalización del reproche de los demás: en ella, la condena externa se convierte en auto-condena. Por eso se ha dicho de la depresión severa que es “una grieta en el amor” (Solomon, 2003: 17). Así, se llega a la culpa a través de un proceso de internalización de normas sociales hasta la constitución de la conciencia personal a través de la asunción de la propia responsabilidad moral ante los demás.

Sin embargo, este sentimiento de culpa, que no es más que un saludable dispositivo en pro de la convivencia humana, puede revertir en un círculo vicioso de infinita auto-inculpación si no es acompañado de la capacidad humana de adopción de una meta-perspectiva integradora de la perspectiva del cuerpo vivido y de la del cuerpo corporalizado, de la del yo y de la del otro. Podríamos decir que puedo afirmarme a mí mismo ante las miradas desvalorizadoras y los reproches de los demás, trascendiendo la actual situación de dolor, por ejemplo, anticipando una posible reconciliación o compensación (Fuchs, 2003). De este modo, el círculo vicioso entre la corporalización (y su

consiguiente aislamiento) y la culpa se puede romper. Sin embargo, en algunas enfermedades psíquicas, como es el caso de la depresión melancólica, esta meta-perspectiva sanadora parece no funcionar a la hora de eliminar el mencionado círculo fatal.

Vista esta breve fenomenología de la culpa, se observan las claras similitudes de ésta con respecto a lo dicho anteriormente acerca de la depresión severa: corporalización o pérdida de transparencia del cuerpo, separación del otro, pérdida de sincronía con el tiempo colectivo, anclaje en el pasado, sensación de expulsión de nuestra básica unión con los demás, etc. Sin embargo, la melancolía no está inscrita en una relación con otro que le permitiría elaborar o madurar la situación utilizando la mencionada perspectiva integradora. La melancolía es precisamente la interrupción de todas las relaciones hasta el autismo. De este modo,

el paciente melancólico está tan identificado con la culpa que es culpable *per se* (...) Se siente como siendo el centro de un “mundo-de-la-culpa”, en el cual cualquier cosa se convierte en un signo de su falta. No hay perdón, no hay remordimiento o reparación en el futuro; ser culpable comprende totalmente su ser. (Fuchs, 2003: 239)

Es por esta razón que, para el melancólico, el suicidio no es visto como una liberación, sino como la ejecución de un justo castigo, de una pena de muerte que merece. De todo esto, podemos concluir que procesos necesarios para la maduración del individuo como ser social y autoconsciente, tales como el amor y la calidez, las experiencias corpóreas de la restricción, de la separación, de la repulsión, se convierten en el análisis del melancólico en sinónimos de muerte. De este modo,

el melancólico paga un precio alto por convertirse en un individuo, ya que la suma de los sentimientos de culpa y separación, una vez conectados a este proceso, caen sobre él con una fuerza sin freno. La depresión melancólica muestra la profundidad a la que nuestras experiencias interpersonales están moldeadas en la memoria de nuestro cuerpo vivido. (Fuchs, 2003: 240)

Por tanto, la melancolía podría ser considerada una patologización de la culpa debida a la incapacidad del deprimido para adoptar una meta-perspectiva capaz de relativizar los propios sentimientos presentes en función de una posible posterior reconciliación con el otro o de una posible compensación al otro. El paciente de depresión está, como leemos de uno de los escritores azotados por esta enfermedad, presidido por el miedo a la interrupción del amor de los demás, que coincidiría con la del propio yo:

La pérdida de la autoestima es un síntoma bien conocido, y mi propia conciencia del yo estaba al borde de la desaparición, junto con mi confianza en mí mismo. Esta pérdida puede degenerar rápidamente en dependencia, y la dependencia en miedo infantil. Uno teme la pérdida de todas las cosas, de todas las personas cercanas y queridas. Hay un temor agudo al abandono. Estar solo en casa, aunque fuese por un momento, me producía pánico e inquietud extremos. (Styron, 2009: 55)

Esta indisposición ante la posibilidad de adoptar una perspectiva que incluya al otro en la mirada amorosa sobre uno mismo, coincide con la ausencia del espacio inter-personal abierto a la libertad que da el distanciamiento de uno mismo. Como hemos dicho en los apartados anteriores, es precisamente este espacio el que queda amenazado por la depresión melancólica, y, como también se ha explicado, sólo en la culminación nihilista de la enfermedad antes mencionada (síndrome de Cotard), el *self* del paciente es capaz de desconectar de su cuerpo reificado, liberándose, abriendo de nuevo un espacio, aunque al precio de perder su sensación de estar vivo (Fuchs, 2005).

El self narrativo del enfermo de depresión

Dentro de la fenomenología existe una cierta corriente que intenta responder a ciertos problemas planteados en la filosofía contemporánea como la posibilidad de fundamentación del *self* narrativo (Martínez Lucena, 2010) o la mismísima existencia y/o continuidad del *self*, problematizada por diversos autores de tradición tanto analítica como la post-estructuralista, herederos de los planteamientos anti-*self* tanto de Hume como de Nietzsche. Además de esto, ante el intento narrativista de

reducir a relato la identidad humana, son muchos los que reconocen la imposibilidad de identificar completamente *self* y narración (Ricoeur, 1990; Vice, 2003; Lamarque, 2004; etc.). A pesar de esto, Gallagher y Zahavi (2008) tratan de recuperar la tradición fenomenológica relejendo a autores como Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty o Henry, así como de abrirse paso en el intento de encontrar una explicación para el *self* que observe todas las objeciones mencionadas.

El resultado de este intento fenomenológico es su distinción entre el *self* mínimo y el *self* narrativo. El *self* mínimo no sería una cosa, sino que coincidiría con una propiedad de todas las experiencias según la cual éstas vendrían dadas en primera persona. Tal experiencia es denominada *miedad* [*mineness*] (Zahavi, 2005: 124ss) vendría avalada, en condiciones normales, por el principio de inmunidad de la primera persona, según el cual “cuando un hablante usa el pronombre de la primera persona para referirse a sí mismo, no puede cometer error acerca de la persona a la cual se está refiriendo” (Gallagher, 2000: 15). Así, el *self* mínimo es más la subjetividad de la experiencia que el sujeto de la experiencia. Y sobre esta subjetividad se construye el *self* narrativo, que “es probablemente la más impresionante obra de arte que jamás hayamos producido, y seguramente la más intrincada” (Bruner, 2002: 14), cuya unidad “reside en la unidad de una narración que conecta nacimiento, vida y muerte como si fuesen el comienzo, el nudo y el desenlace de una narración” (MacIntyre, 1987: 205). El *self* narrativo sería, pues, una autoconstitución articulada desde un organismo humano sano, gracias a la donación de su experiencia en la primera persona, y gracias a un conjunto de estímulos externos inter-subjetivos, que harían aparecer el lenguaje (Martínez Lucena, 2010): ya que antes de constituirnos narrativamente tenemos que hablar con nosotros mismos y con otros (Hutto, 2008). Tal fundamentación del *self* narrativo en el *self* mínimo, además, vendría avalada por la neurociencia (Damasio, 1999: 168-194).

Partiendo de esta distinción, podríamos decir de modo inmediato que los cambios fenomenológicos explicitados anteriormente propios de la depresión no afectarían al *self* mínimo, sino a lo que llamamos *self* narrativo. Y esto es así por dos razones.

En primer lugar, porque la depresión coincide con una ocasión y/o una necesidad de rehacer el propio *self* narrativo. La identidad o *self* narrativo quedan afectados por la depresión, “la depresión interactúa con la personalidad” (Solomon, 2003: 33), porque el relato que el enfermo crónico tiende a construir de la propia vida va a ser evidentemente más pesimista, cargado por el peso y la culpa del pasado vivido y por el miedo a una ineluctable soledad, así como carente de fines futuros, se ha llegado a describir la narración de la propia vida como un indicador de salud (Pinnebaker & Seagal, 1999).

En este sentido, la depresión melancólica es sin duda una ocasión para rehacer la propia identidad en este sentido: “El depresivo nos muestra vicariamente que como individuos y como sociedad estamos obligados a la tarea de reapropiarnos del tiempo que hemos hecho nuestro enemigo, y a hacerlo de nuevo amigable para nosotros” (Fuchs, 2001: 185).

Así, los enfermos de depresión cambian de identidad siguiendo un itinerario similar según los estudios cualitativos hechos: 1. Un periodo de sentimientos incipientes durante el cual al enfermo le falta el vocabulario para identificar su propia experiencia como depresión; 2. Una fase durante la cual el enfermo piensa que algo no funciona bien en él; 3. Un escenario de crisis que les arrastra a un mundo de expertos terapeutas; y 4. Una etapa en que se capta la propia identidad con la enfermedad, durante la cual el enfermo teoriza acerca de las causas de su afección y evalúa las posibilidades de superarla (Karp, 1996).

En este mismo nivel, se podría decir que el *self* narrativo de los melancólicos se construye igual que el de cualquier otro humano, enfermo o no, aunque siguiendo uno de los tres patrones narrativos siguientes: 1. La depresión está relacionada con una carencias o privaciones en el desarrollo temprano debido a determinadas experiencias en la infancia y/o adolescencia; 2. La depresión aparece en un contexto de excesivas exigencias laborales que llevan a un *burn-out* que desemboca en depresión; o 3. Diversos factores sintomáticos delimitan una historia de privaciones y sucesos a los que se reacciona con la depresión (Kangas, 2001). Tales patrones serían tanto resultados narrativos como herramientas contextualizadoras en el proceso de encontrarle sentido a la depresión.

En segundo lugar, el *self* narrativo queda afectado por la depresión melancólica porque el enfermo, en las fases más agudas de la enfermedad, tiene dificultades incluso para narrar su identidad y empieza a sufrir alteraciones en ella (Toombs, 1987; Kleinman, 1988; Frank, 1995; Hýden, 1997; Charmaz, 1983, 2002; Charon, 2006), pues percibe la existencia como carente de sentido, y la narración no es más que una explicitación de esa búsqueda de sentido que somos (Taylor, 2006). Pare-

ce que algunas enfermedades mentales podrían provocar un tipo de discontinuidad en el *self* que amenazaría en un sentido radical la mismidad de la persona enferma. Ejemplo claro de ello, junto a la depresión severa, serían el trastorno límite de personalidad (Fuchs, 2007), la esquizofrenia y el trastorno disociativo (Wells, 2003).

Si nos fijamos en la depresión e intentamos tener en cuenta el análisis fenomenológico hecho en el apartado anterior podemos observar que las anomalías mostradas en la percepción de la propia vida afectan sin duda a lo que se podría considerar la identidad narrativa o *self* narrativo del paciente. No se trata ya de que se cambie la narrativa de la propia existencia, sino de que los síntomas fenomenológicos de la depresión mayor resultan muchas veces incompatibles con la misma actividad de narrar, pues suponen una separación de la alteridad, tal y como hemos ya explicitado en el apartado 2. Y esta vinculación afectiva con la alteridad es fundamental para tramar nuestra identidad narrativa por diversas razones: los relatos de la alteridad son fundamentales para darle coherencia a los nuestros, y tienen una importancia fundamental a la hora de poder elaborar nuestros propios relatos: no sólo porque en la pertenencia social se encuentran los marcos referenciales sobre los que hacer experiencia de nosotros mismos (Taylor, 2006), sino porque sólo somos co-autores de la narración que es nuestra propia vida (MacIntyre, 1987) y porque la narratividad de la propia experiencia está indisociablemente conectada a su inter-subjetividad o sociabilidad (Martínez Lucena, 2008).

Una similitud con la sociedad depresiva

A modo de reflexión última queremos señalar ciertas similitudes entre la situación cultural actual y la fenomenología de la depresión en torno a los efectos que ambas causan en la identidad narrativa.

En la cultura actual se observa un proceso de eliminación del futuro similar al que aparece en la fenomenología de la depresión. Como han explicado algunos sociólogos (Lyotard, 1987; Lipovetsky, 1990; Bauman, 2004; etc.) y psicoanalistas (Anatrella, 1994; Kristeva, 1997), el paso de la modernidad a la posmodernidad ha coincidido con la caída de las ideologías y la disolución de los metarrelatos capaces de canalizar el dinamismo social e individual en pro de un proyecto común de futuro. Esto

ha provocado la fragmentación de las matrices de significación unitaria y la consiguiente proliferación de una multiplicidad de centros simbólicos en los que se arraigan una variada gama de subjetividades sociales. La anomia ha dejado de ser el constante enemigo que todas las sociedades buscaban conjurar para convertirse, finalmente, en uno de los elementos fundamentales en la idiosincrasia de las sociedades actuales (Carretero, 2003: 88).

El resultado de esto es que los modos de elaborar el sentido de la vida de los individuos posmodernos se centrarán en multitud de micro-mitologías fluctuantes y precarias que, suministradas en el supermercado posmoderno de la imagen y los media, “acogen identidades sociales *re-ligadas* en torno a lo afectivo y lo emocional” (Carretero, 2003: 88). Lo cual supone una radiografía sociológica del ciudadano actual bastante acorde con lo que leemos en el psicoanálisis:

quien se ve parcialmente privado de la función de la Idealidad tiene dificultades para dejar de adoptar una postura narcisista; y una sociedad que no postula dicha función no hace sino acentuar la fragmentación social, puesto que no propone nada valioso ni duradero. Cuando todo viene a ser lo mismo, nada tiene interés, salvo la propia persona. (Anatrella, 1994: 290)

Así, las sociedades actuales sufrirían un narcisismo endémico. En primer lugar porque impedirían el paso a la vida adulta en función de la asunción de determinados ideales sociales objetivos que permitiesen articular la existencia del *self* narrativo de un modo más o menos duradero. Pero, en segundo lugar porque propondrían como solución al problema la instalación del individuo en propuestas de narcisismos colectivos o de neotribalismos fundados sobre micro-utopías intersticiales (Maffesoli, 1990) que permitirían re-encantar la vida instalándola en el más radical presentismo (Barraycoa, 2005). Esto perpetuaría el narcisismo y sus consiguientes malestares (Lasch, 1999; Taylor, 1994; Bauman, 2001; etc.) que en su repetición recurrente podrían llevar al desengaño y la ansiedad, favoreciendo la caída en la propia culpabilización y en la consiguiente depresión.

Además de todo esto, nuestra sociedad actual está imbuida de un proceso de aceleración social que todos sufrimos. De esto, podría preverse que la permanente revolución del mundo de la vida producirá un incremento de las desincronizaciones que exigen demasiada adaptabilidad del individuo. Algo que se suscribe desde el campo de la psiquiatría: “Como psiquiatras, percibimos este desarrollo, cada vez más la gente viene a nuestras consultas porque no puede tolerar las modernizaciones aceleradas y cae en la desincronización que es la depresión” (Fuchs, 2001: 185).

Estos paralelismos descritos nos acercan a juicios como el pronunciado en el libro que fue finalista del premio Pulitzer en el año 2002: “Las tasas cada vez más elevadas de depresión son, incuestionablemente, consecuencia de la modernidad. El ritmo de vida, el caos tecnológico, la alienación, la ruptura de las estructuras familiares tradicionales, la soledad endémica, el fracaso de los sistemas de creencias (religiosas, morales, políticas, sociales, todo lo que alguna vez pareció tener sentido y orientación a la vida) nos han llevado a una situación catastrófica” (Solomon, 2003: 49).

Conclusión

El análisis fenomenológico de la experiencia de los pacientes con depresión melancólica parece describir un cierto paralelismo con la situación social y cultural de la posmodernidad en cuanto a sus efectos sobre el individuo y su correspondiente *self* narrativo.

Esto no constituye ninguna solución al problema planteado por la depresión en nuestras sociedades posmodernas. Aunque sí puede significar una llamada de atención en los campos de la psicología, la psiquiatría, la medicina general y la educación social: una invitación a tomar conciencia de la importancia de la alteridad y de la necesidad de la estabilidad de las relaciones y pertenencias en la propia salud psíquica. Lo cual constituye un claro llamamiento a pensar, elaborar y tomar medidas en pro de potenciar tanto hábitos preventivos como terapéuticos en este sentido.

REFERENCIAS

- Anatrella, T. (1994): *Contra la sociedad depresiva*, Santander, Sal Terrae.
- Askay, R. (2001): "Heidegger's Philosophy and its Implications for Psychology, Freud, and Existential Psychoanalysis", en: Boss, M. (ed): *Zollikon Seminars: Protocols-Conversations-Letters*, Evanston, Northwestern University Press, pp. 301-315.
- Auster, P. (2012): *Diario de invierno*, Barcelona, Anagrama.
- Barondness, J.A. (1979): "Disease and illness – a crucial distinction", *Am J Med*, 66 (3): 375-376.
- Barraycoa, J. (2005): *Tiempo muerto: tribalismo, civilización y neotribalismo*, Barcelona, Scire.
- Bauman, Z. (2004): *Modernidad líquida*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Binswanger, L. (1975): *Being-in-the-world: Selected Papers of Ludwig Binswanger*, London, Souvenir Books.
- Bruner, J. (2002): *Making Stories: Law, Literatura, Life*. Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Charmaz, K. (1983): "Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill", *Sociology of Health and Illness*, 5 (2): 168-195.
- (2002): "The Self as Habit: The Reconstruction of Self in Chronic Illness", *The Occupational Therapy Journal of Research*, 22: 31S-41S.
- Charon, R. (2006): *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press.
- Carretero, E. (2003): "Postmodernidad e imaginario. Una aproximación teórica", *Foro Interno*, 3: 87-101.
- Damasio, A. (1999): *The Feeling of What Happens*, London, Vintage.
- Depraz, N. (2003): "Putting the Epoché into Practice: schizophrenic Experience as Illustrating the Phenomenological Exploration of Consciousness", en: Fulford, K.W.M., Morris, K., Sadler, J, y Stanghellini, G. (eds): *Nature and Narrative: An Introduction to the New Philosophy of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, pp. 187-198.
- Felton, B. (1987): "Cohort variation in happiness", *International Journal of Aging and Human Development*, 25: 27-42.
- Foucault, M. (2001): *Los Anormales. Curso del Collège de France (1974-1975)*, Madrid, Akal.
- Frank, A. (1995): *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Fuchs, T. (1999a): "Life Events in Late Paraphrenia and Depression", *Psychopathology*, 32 (2): 60-69.
- (1999b): "Patterns of Relation and Premorbid Personality in Late Paraphrenia and Depression", *Psychopathology*, 32: 70-80.
- (2001): "Melancholia as Desynchronization: Towards a Psychopathology of Interpersonal Time", *Psychopathology*, 34: 179-186.
- (2003): "The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression", *Journal of Phenomenological Psychology*, 33 (2): 223-243.
- (2005): "Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia", *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12 (2): 95-107.
- (2007): "Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder", *Psychopathology*, 40: 379-387.
- Fuchs, T. y Schlimme, E. (2009): "Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective", *Current Opinion in Psychiatry*, 22: 570-575.
- Gallagher, S. (2000): "Philosophical Conceptions of the Self: Implications for cognitive Science", *Trends in Cognitive Sciences*, 4 (1): 15-17.
- Gallagher, S. y Zahavi, D. (2008): *The Phenomenological Mind. An introduction to philosophy of mind and cognitive science*, New York, Routledge.
- Gallese, V. (2001): "The 'shared manifold' hypothesis. From mirror neurons to empathy", *Journal of Consciousness Studies*, 8: 33-50.
- Ghaemi, S.N. (2007): "Feeling and Time: The Phenomenology of Mood Disorders, Depressive Realism and Existential Psychotherapy", *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1): 122-130.

- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B. y Oejasjö, L. (1982): "Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years. The Lundby Study, Sweden", *Psychological Medicine*, 12: 279-289.
- Havens, L.L. (1986): *Making Contact: Uses of Language in Psychology*, Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Heidegger, M. (1944): *El ser y el tiempo*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Hippius, H., Klerman y G., Matussek, N. (eds) (1986): *New Results in Depression Research*, Berlin, Springer Verlag.
- Hutto. D. D (2008): *Folk Psychological Narratives. The Sociological Basis of Understanding Reasons*, Cambridge (MA), MIT Press.
- Hýden, L.C. (1997): "Illness and narrative", *Sociology of Health & Illness*, 19 (1): 48-69.
- Jennings, D. (1986): "The confusion between disease and illness in clinical medicine", *Philosophy of Medicine*, 135: 865-869.
- Kangas, I. (2001): "Making sense of depression: perceptions of melancholia in lay narratives", *Health*, 5 (1): 76-92.
- Karp, D.A. (1996): *Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness*. Oxford, Oxford University Press.
- Kimura, B. (1992): *Escrits de psychopathology phénoménologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Kleinman, A. (1988): *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books.
- Klerman, G.L., Lavori, P.W., Rice, J., Reich, T., Endicott, J., Andreasen, N.C., Keller, M.B. y Hirschfield, R.M.A. (1985): "Birth cohort trends in rates of major depressive disorder among relatives of patients with affective disorder", *Arch Gen Psychiatry*, 42: 689-695.
- Kristeva, J. (1997): *Las nuevas enfermedades del alma*, Madrid. Cátedra.
- Lamarque, P. (2004): "On not expecting too much from narrative", *Mind & Language*, 19 (4): 393-408.
- Lasch, C. (1999): *La cultura del narcisismo*, Santiago de Chile, Andrés Bello.
- Leder, D. (1990): *The absent body*, Chicago. Chicago University Press.
- Levinas E (1993): *El tiempo y el otro*, Barcelona, Paidós.
- Lipovetsky, G (1990): *El imperio de lo efímero*, Barcelona, Anagrama.
- Lytard, J. F. (1987): *La condición posmoderna*, Madrid, Cátedra.
- MacIntyre, A. (1987): *Tras la virtud*. Barcelona, Crítica.
- Maffesoli, M. (1990): *El tiempo de las tribus*, Barcelona, Icaria.
- Martin, W. (2005): "Lived Time and Psychopathology", *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 12: 173-185.
- Martínez Lucena, J. (2008): "Narratividad y pre-narratividad de la experiencia en A. MacIntyre C. Taylor, P. Ricoeur y D. Carr", *Rivista di Filosofia Neo-Scolastica*, 1: 73-109.
- (2010): "El self narrativo en busca de fundamento en la filosofía contemporánea", *Anuario Filosófico*, 43 (3): 589-612.
- Merleau-Ponty, M. (1962): *Phenomenology of Perception*, London, Routledge and Kegan Paul.
- (1963): *The Structure of Behavior*, Pittsburg (PA), Duquesne University Press.
- Parnas, J. (2004): "Belief an Pathology of Self-Awareness: A Phenomenological Contribution to the Classification of Delusions", *Journal of Consciousness Studies*, 11 (10-11): 148-161.
- Parnas, J., Bovet, P. y Zahavi, D. (2002): "Schizophrenic Autism: Clinical Phenomenology and Pathogenetic Implications", *World Psychiatry*, 1 (3): 131-136.
- Parnas, J. y Sass, L.A. (2001): "Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions", *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 8 (2-3): 101-120.
- Pinnebaker, J.W. y Seagal, J.D. (1999): "Forming a Story: The Health Benefits of Narrative", *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10): 1243-1254.
- Plath, S. (1989): *La campana de cristal*, Barcelona, Edhasa.
- Raballo, A., Saebye, D. y Parnas, J. (2011): "Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study", *Schizophrenia Bulletin*, 37 (2): 344-351.
- Ratcliffe, M. (2004): "Interpreting Delusions", *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 3: 25-48.
- (2008): *Feelings of being. Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*, Oxford, Oxford University Press.

- Regier, D. et al. (1988): "One month prevalence of mental disorders in United States", *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986.
- Ricoeur, P. (1985): *Temps et Récit III: Le temps raconté*, Paris, Du Seuil.
- (1996): *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI.
- Sartre, J.P. (1956): *Being and nothingness*, New York, Philosophical Library.
- Sass, L.A. (1992): *Madness and modernism. Insanity in the light of modern art*, New York, Basic Books.
- (1994): *The Paradoxes of Delusion. Wittgenstein, Schreber and the Schizophrenic Mind*, Ithaca, Cornell University Press.
- Sass, L.A. and Parnas, J. (2003): "Schizophrenia, Consciousness, and the Self", *Schizophrenia Bulletin*, 29 (3): 427-424.
- Styron, W. (2009): *Esa visible oscuridad*, Barcelona, La otra orilla.
- Taylor. C. (1994): *La ética de la autenticidad*, Barcelona: Paidós.
- (2006): *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*, Barcelona: Paidós.
- Toombs, S.K. (1987): "The meaning of illness: A phenomenological approach to the patient-physician relationship", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 12: 219-240.
- Solomon, A. (2003): *El demonio de la depresión*, Madrid, Ediciones B.
- Vice, S. (2003): "Literature and the narrative self", *Philosophy*, 78: 93-108.
- Wells, L.A. (2003): "Discontinuity in Personal Narrative: Some Perspectives of Patients", *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 10 (4): 297-303.
- Wiggins, O. y Schwatz, M.A. (2007): "Schizophrenia: A Phenomenological-Anthropological Approach", en: Chung, M.C., Fulford, K.W.M. y Graham, G. (eds): *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford, Oxford University Press, pp 113-127.
- Zahavi, D. (2005): *Subjectivity and Selfhood. Investigating the First-Person Perspective*, Cambridge (MA), MIT Press.
- (2007): "Self and Other: The limits of narrative understanding", en: Hutto, D. (ed.): *Narrative and Understanding Persons*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 179-202.

SOBRE EL AUTOR

Jorge Martínez Lucena: es profesor de Antropología en la Universitat Abat Oliba CEU de Barcelona. Ha sido Visiting Researcher en la Università Cattolica del Sacro Cuore (Milán) de Septiembre de 2007 a Enero de 2008, así como en la University of Hertfordshire (Hatfield, UK) de Septiembre de 2009 a Julio de 2010 como Visiting Researcher en la University of Hertfordshire (Hatfield, UK). Tras ello, fue Visiting Associate de Enero de 2011 a Junio de 2011 en la Durham University (Durham, UK). Además, es autor de diversos artículos especializados en diversos campos de las humanidades, y de ensayos en torno al pensamiento contemporáneo (especialmente el de Derrida, Foucault y Taylor), la cultura pop, y los imaginarios sociales de la posmodernidad. Algunos de sus libros son *Los antifaces de Dory*. Retrato en collage del sujeto posmoderno (Scire, 2008), *Vampiros y zombis posmodernos. La revolución de los hijos de la muerte* (Gedisa, 2010) y *Ensayo Z. Una antropología de la carne perecedera* (Berenice, 2012).