

# LA DIMENSIÓN ÉTICA DE LA TRANSPASIBILIDAD SOBRE LA ESTRUCTURA ANALÍTICA- EXISTENCIAL DE LA DEPRESIÓN

## THE ETHICAL DIMENSION OF TRANSPASSIBILITY ON THE ANALYTICAL-EXISTENTIAL STRUCTURE OF DEPRESSION

LEANDRO CATOGGIO

### Resumen

El presente trabajo aborda la problemática del diagnóstico de la depresión. Frente a la psiquiatría y su perspectiva objetivante de la enfermedad y su tratamiento, se propone, mediante los análisis de Hans-Georg Gadamer y Henri Maldiney, mostrar de qué otro modo puede entenderse el significado de la patología y bajo qué parámetros es posible su tratamiento. Para ello se aborda críticamente, en primer lugar, el estatus epistémico de la medicina en su nueva modalidad como “mejoramiento humano”; y, en segundo lugar, la noción de depresión estableciendo su comprensión fenomenológica según la dimensión ética del concepto de transpasibilidad.

**Palabras clave:** depresión, mejoramiento humano, Maldiney, Gadamer, transpasibilidad.

### Abstract

The present work addresses the problem of the diagnosis of depression. In the face of psychiatry and its objective perspective of the disease and its treatment, it is proposed, through the analyses of Hans-Georg Gadamer and Henri Maldiney, to show in what other way the meaning of pathology can be understood and under what parameters its treatment is possible. To this end, the epistemic status of medicine in its new modality as “human improvement” is critically addressed in the first place; and, secondly, the notion of depression is approached by establishing its phenomenological understanding according to the ethical dimension of the concept of transpassibility.

**Keywords:** depression, human improvement, Maldiney, Gadamer, transpassibility

## I

Desde la recepción de *Sein und Zeit* en el estudio del cuerpo enfermo, sobre todo a partir de los trabajos de Ludwig Binswanger, se ha ido constituyendo una rama fenomenológica dedicada a temas tales como la melancolía, la esquizofrenia, la depresión y otras enfermedades denominadas tradicionalmente como “enfermedades mentales”. Esta psiquiatría fenomenológica o analítica existencial, como se la suele llamar, tuvo un empuje importante desde la segunda mitad del siglo XX a través de la obra de Henri Maldiney. Ciertamente sus análisis fenomenológicos son amplios e incluyen estudios de estética, de ontología, de ética y de historia de la filosofía, pero quisiera detenerme a continuación en las reflexiones que le dedica, dicho a grandes rasgos, a la enfermedad mental. Esto implica la focalización sobre una serie de estudios publicados en el libro titulado *Penser l’homme et la folie* (2007). Sobre todo mi interés radica en dos de sus conceptos más llamativos y originales que aparecen en el libro: “transposibilidad” (*transpossibilité*) y “transpasibilidad” (*transpassibilité*). A mi modo de ver, estos dos conceptos son parte central del pensamiento de Maldiney y posibilitan extender su campo aplicativo a diferentes ámbitos de la praxis humana, ya que, puede decirse, dichos conceptos poseen un rango ontológico y nombran la existencia misma. Según Maldiney la existencia se conjuga por la transposibilidad y la transpasibilidad. Esto significa que la vida humana no es una esencialidad *a priori* ni una substancialidad biológica que se determina por factores fisiológicos, sino que se caracteriza por la trascendencia, por el acto de “estar fuera de sí” (*hors soi*), volcada al mundo. El prefijo *trans* de ambos conceptos son indicativos del movimiento de la vida que se nombra a partir de su “contacto” (*contact*) con lo otro de sí. El acto de ex-sistir toma sentido en su trascendencia y la transposibilidad es el concepto que explica la forma en que la existencia asume su sentido. La forma es el modo de ser, la posibilidad de ser asumida, que se fenomeniza en el mundo. Pero el existente y el mundo no son dos entidades separadas, sino que su relación precede a toda definición unilateral. Mundo y existente son definidos por la estructura del poder-ser; ellos se fenomenizan por la transposibilidad. Ésta, sin embargo, no debe confundirse con la oposición tradicional de la metafísica entre posibilidad y necesidad. La transposibilidad es de orden existencial, es decir, es el sentido asumido por un existente en su vínculo con el mundo. Por eso, lo que contradice la experiencia de la posibilidad es la imposibilidad del ex-sistir. La transposibilidad nombra la posibilidad misma de poder-ser como su imposibilidad.

En esta última, en la transpasibilidad, es donde se alberga la enfermedad como crisis existencial. Ella representa la imposibilidad de los posibles, la imposibilidad de la trascendencia que se muestra en la privación de los vínculos mundanos. Pero el evento de la enfermedad es también un modo indicativo de la transpasibilidad, es la forma en que la posibilidad es transformada radicalmente. La transpasibilidad es la esfera en que el sentir aparece previamente a toda articulación proyectiva. La existencia es pasible en su modo de ser primario, el mundo se abre como tal en la afectividad del sentir que se experimenta en el evento. Debido a esto, el hecho de estar enfermo no puede reducirse a las determinaciones categoriales del discurso científico-técnico

moderno del racionalismo médico. La esfera de la transpasibilidad es el campo del sentir de la primera persona irreductible a cualquier configuración discursiva en tercera persona.

En este sentido, estas nociones pueden ser de utilidad para pensar problemas de la biomedicina actual que opera todavía con categorías modernas y presenta diversos cuestionamientos que resultan inaccesibles bajo esas determinaciones categoriales. Un problema claro es el de la identidad personal, el uso del concepto de subjetividad heredado de la modernidad, que se ve cuestionado desde la segunda mitad del siglo XX mediante la realidad científico-técnica de los trasplantes, de la fertilización asistida, la medicalización psiquiátrica y, entre otras cosas, quizás, la mayor hazaña de la investigación mecanicista: la cristalización de la posibilidad de la clonación parcial o total de la vida, el proyecto del genoma humano. Este *factum* contemporáneo es lo que lleva a preguntarse por el rol de la medicina y por el tipo de saber que implica. Un cuestionamiento de trasfondo que se impone es si la finalidad de la medicina ya no remite solamente a la cura del paciente, sino también a lo que desde hace un tiempo se llama “mejoramiento humano” (*human enhancement*). Con esto me refiero al uso de implantes o ciertas “correcciones” que la persona puede realizar en partes de su cuerpo sin presuponer en la intervención médica algún tipo de patología. Pero no debe reducirse el concepto de “mejoramiento” a una dimensión quirúrgica. También debe señalarse el fenómeno de la “medicalización de la vida”. Otro aspecto central de la revolución cultural producida por la biología molecular contemporánea. Un ejemplo es el uso y abuso de medicación psiquiátrica como las simples pastillas para dormir, o los diferentes ansiolíticos utilizados para padecimientos que se circunscriben a un diagnóstico tan resbaladizo como lo es, por ejemplo, el trastorno de ansiedad. Tanto el fenómeno de la medicalización de la vida como la intervención quirúrgica en los sentidos mencionados caen por fuera de toda patología clínica y comprenden los conceptos aplicativos de *optimización* y *perfeccionamiento* (Mainetti 2014, p. 37). Y dichos conceptos implican un desplazamiento de la finalidad histórica de la medicina: a la noción de cura se debe añadir ahora la noción de mejoramiento. Sin embargo, cabe preguntarse si el mejoramiento humano no es la respuesta a un estado anímico profundo que puede caracterizar nuestra existencia moderna: la depresión vital. A continuación pretendo responder a esta cuestión utilizando la hermenéutica gadameriana y la fenomenología de Maldiney. El primero respecto a la constitución del saber médico en sí mismo, y el segundo mediante la caracterización específica de la depresión como un tipo de patología asociada a nuestra época moderna, que se caracteriza por considerar las condiciones de su aparición mediante un reduccionismo de la existencia humana. Estos análisis invitarán a un replanteamiento de los límites de la fenomenicidad en dos sentidos. En primer lugar, porque permiten dar cuenta del modo en que la fenomenología de la enfermedad y de la enfermedad mental amplían el campo de aplicación de la fenomenología. Y, en segundo lugar, porque el fenómeno de la depresión vital, y el vacío y la nada a la que nos enfrentan, nos sitúan en los límites mismos de lo fenomenalizable.

## II

Desde la fenomenología-hermenéutica heideggeriana entendemos que la era moderna es la radicalización de la *techne* griega asociada a la *poiesis* mediante la estructura cartesiana del control metodológico basado en dos conceptos: orden (*ordo*) y disposición (*dispositio*). La esencia del aparecer de todo fenómeno, de esta manera, se circunscribe a un orden de razones que da cuenta de la certeza entitativa en su objetivación; es decir, en la reducción del fenómeno a una producción técnica subjetiva (*objectum*). Tecnificación es objetivación, la realización del ente según cierto orden y disponibilidad de la subjetividad instituyente. Este proceso de objetivación es el que abre paso a la determinación del objeto de las diferentes ciencias como variaciones regionales de la objetividad y, entre ellas, a la medicina. Si se puede caracterizar de alguna manera a la medicina moderna es, justamente, en la objetivación respecto a la determinación de toda patología. Esta caracterización es doble. En la medida en que lo patológico se constituye en el cálculo del orden y la medida el paciente es reconducido a la misma lógica entendiendo su reducción a la esfera de la enfermedad. El paciente es sujeto *de* su patología. Esta tecnificación es la que se manifiesta en tres niveles diferentes: el terapéutico, el existencial, y el afectivo. Los tres están íntimamente relacionados y no pueden diferenciarse más que a un nivel analítico.

1) A nivel terapéutico la persona es determinada como paciente en el sentido preciso del término, es decir, se provoca una relación unilateral en la que el médico considera la corporalidad como cuerpo enfermo según un orden de razones objetivantes. De esta manera, el cuerpo como cuerpo enfermo es su disponibilidad para ser ubicado en un encadenamiento reductivo según la especialidad médica. Así, en el momento de visitar a un médico, uno no va al “médico” sino al cardiólogo, al kinesiólogo, al dentista, etc. La percepción médica moderna es la comprensión mecanicista *partes extra partes* que toma toda su dimensión en la especialización y concibe el cuerpo enfermo en la reducción a una parte, a cierta localización, y, por ende, la cura se comprende en el mismo sentido. La cura es siempre cura localizada. La reducción mecanicista de la enfermedad a una objetivación local es parte de la misma estructura racional que entiende la cura en el mismo sentido. Diagnóstico y terapéutica operan, por un lado, reduciendo la enfermedad sufrida a una localización corporal; y por otro lado, a un encadenamiento ordenado de razones que disponen de esa reducción por medio de un discurso descriptivo que revierte toda experiencia personal en una sintomatología objetivante.

2) En esta tecnificación, en definitiva, la existencia singular es borrada por la determinación universal de la patología. Como indica Maldiney se produce un “retrato nosológico” (*portrait nosologique*) mediante el cual “se reemplaza (*se substitue*) la singularidad única de un existente por una imagen genérica” (2007, p. 66). Del mismo modo, Gadamer critica la concepción médica que transforma a la persona en un “caso” y lleva a una formalización cuantitativa del padecimiento particular. De esta manera, lo que define la existencia singular para el discurso médico, en última instancia, es el anonimato. Puede decirse que el anonimato es un producto de la producción técnica que delimita la experiencia singular y la sustituye por el juicio institucional médico-jurídico. Quizás el mejor ejemplo es la “experiencia de la muerte” (*Erfahrung des Todes*) que se ha transformado, como dice

Gadamer, en “una empresa técnica de producción industrial” [*einen technischen Betrieb industrieller Produktion*]. Dicha experiencia, como termina afirmando el hermeneuta, forma parte de “uno de los innumerables procesos productivos de la vida económica moderna [*einer der zahllosen Fertigungsprozesse des modernen Wirtschaftslebens*]” (1993, p. 85). El nacimiento y la muerte son la experiencia anónima de una empresa de producción industrial que no sólo concibe de modo mercantil a la corporalidad misma, sino que ésta queda sujeta a una universalización vacía. La enfermedad es un proceso de anonimato en el que la existencia es borrada en tanto circunstancia o momento del discurso médico, que para esta época es una empresa de producción industrial; es decir, una empresa que no sólo cura sino también produce un mejoramiento según cánones mercantiles.

3) Este carácter *poiético* de la medicina que reduce la totalidad de la persona a cierta localización y al anonimato es lo que denominamos con Maldiney “proceso de sustantificación” (*processus de substantification*) (2003, p. 19). Cuando un paciente expresa: “soy cardíaco”, el reconocimiento parcial de su persona respecto a la patología no quiere decir que existe en él una estructura patológica, sino un proceso de patologización (*pathologisation*). La oposición entre estructura y proceso alude, justamente, a la distinción entre un reconocimiento sustantivo y un reconocimiento histórico de la persona. El primero implica la determinación inauténtica en la que la identificación con la patología se comprende en el sentido latino de la palabra *praesentia*: aquello que es previo a toda esencia. La enfermedad, puede decirse, es aquí el presenciarse de la presencia. Y, en este sentido, como señala Maldiney “hacer de un hombre enfermo un ejemplar de la enfermedad, es no poder ni querer saber nada de su experiencia existencial [*faire d'un homme malade un exemplaire de maladie, c'est ne pouvoir ni ne vouloir savoir rien de son éprouve existentielle*]” (2003, p. 18). En esta situación no hay una auténtica experiencia sino una experiencia de la enfermedad. El “cuerpo vivido” (*Leibkörper*) es reducido al mero “cuerpo” (*Körper*) de la localización mórbida, y con ello la cura es no sólo el efecto del tratamiento localizado, sino también la desafección de sí en tanto sensación seccionada. Esta reducción es la que, por otro lado, también ocurre en el mejoramiento humano con la diferencia de que no hay patología alguna. La sensación seccionada, localizada, y la desafección como borramiento de toda afección de sí mismo operan de la misma forma. Podemos preguntarnos, ¿quién va al médico?, ¿el cuerpo vivo, el corporar del cuerpo, o el mero cuerpo?

Gadamer cuenta que de Viktor von Weizsäcker aprendió que la enfermedad no es una cosa que está ahí, inexpresiva, sino algo que habla. Y en la misma medida en que se dirige al médico se dirige al que la padece: “¿Qué le quiere decir la enfermedad al paciente?”. (1993, p. 102). Esta pregunta tan sencilla es la que queda por fuera de la medicina moderna. La medicina racionalista nunca ha concebido una pregunta así, pues es imposible semejante cuestionamiento. Con la pregunta no es que se desplace al médico sino que se sitúa al propio paciente en cuestión en vínculo comunicativo con su padecimiento. La pregunta indica por sí misma un límite, una delimitación entre dos cosas: “la experiencia del cuerpo y la ciencia [*Leiberfahrung und Wissenschaft*]” (Gadamer, 1993, p. 96). La experiencia corporal es la experiencia existencial de la afección de sí que se abre en la pregunta mencionada. Y esa experiencia se caracteriza por la esencia comunicativa de la corporalidad. El encuentro consigo mismo del enfermo es parte del proceso de patologización y determina el tratamiento



como el momento integrativo de la enfermedad en la totalidad de la persona. Gadamer suele recurrir en esto al *Fedro* de Platón como ejemplo. Allí Sócrates menciona que la cura nunca puede ser solamente del mero cuerpo sino que, al mismo tiempo, debe curarse el alma; es decir, la cura es el restablecimiento o restitución de la totalidad del individuo y no sólo de sus funciones vegetativas (1993, p. 101).

### III

Frente a la idea de estructura, el concepto de proceso revela que toda identificación patológica con la persona es una abstracción, una sustantificación, que desconoce el momento previo del encuentro entre la enfermedad y el paciente. La patologización es un proceso porque es una articulación, una integración existencial. Debido a esto, Maldiney explica que “esta patologización toma el aspecto de una historia como nuestra existencia también la toma [*cette pathologisation revêt l’aspect d’une histoire, come notre existence aussi revêt l’aspect de une histoire*]” (2003, p. 19). ¿Y qué es una historia? “Es el desarrollo de un proyecto en el sentido de Heidegger” (2003, p. 19), responde el fenomenólogo francés. Con esto, Maldiney entiende que la vida es existencia, es decir, el espacio potencial de las posibilidades de sentido; lo que denomina transposibilidad (*transpossibilité*). El proceso de patologización es, en parte, del orden de la transposibilidad, y esto significa que el cuerpo enfermo no es una reducción local del mero cuerpo, sino una modalidad del corporar del cuerpo irreductible a cualquier instancia objetiva.

La transposibilidad es el corporar de cuerpo en su articulación significativa según el espacio y el tiempo. Hay un ek-stasis corporal y eso quiere decir que el corporar del cuerpo, a diferencia de los animales, no se desplaza con sus límites sino que su característica es la trascendencia de esos límites. Su movilidad no implica de por sí la conservación de los límites, sino su transgresión. Por eso Maldiney toma de Gisela Pankow el concepto de “esquema dinámico espacializante” (*schéma dynamique spatialisant*) para caracterizar la forma en que se corporaliza el cuerpo (2001, p. 36). La articulación integrativa del corporar es lo que podemos llamar la finalidad de la terapia. No es la restitución de ciertas posibilidades sino el modo en que se restituye el encuentro con los posibles propios en el espacio potencial provocado por el evento.

El concepto de restablecimiento (*Wiederherstellung*) utilizado por Gadamer para describir la función tradicional de la salud en medicina puede comprenderse en el sentido de esa restitución (1993, p. 52). A lo largo de una serie de trabajos dedicados al campo de la salud y la enfermedad, Gadamer muestra de qué modo la medicina ha ido constituyéndose desde la antigüedad como un saber particular que no puede reducirse al campo de la *episteme*. La expresión “ciencia médica” sólo menciona una cara de la moneda y es una constitución tardía. El carácter de “ciencia” es el acontecimiento de la modernidad como determinada radicalización y transcripción de la noción de *techne*. Y la técnica como saber que implica cierta habilidad para dominar un objeto está ligada íntimamente a la producción del objeto. Este tipo de saber es el que se entiende como la operatividad poética de realizar un objeto nuevo, una obra nueva que llega a su realización final por su carácter independiente del productor y la posibilidad de ser utilizada por otros.

En el caso de la medicina en su concepción tradicional nos encontramos con otra perspectiva: se trata de producir algo pero no ya un objeto nuevo independiente de su productor, sino lo ya-producido. Como dice Gadamer: “la esencia del arte de curar [*Wesener Heilkunst*] consiste, más bien, en poder volver a producir lo que ya ha podido ser producido [*dass ihr Herstellenkönnen ein Wiederherstellenkönnen ist*]” (1993, p. 51). La medicina produce, pero en tanto restablece algo perdido. Podemos, de esta manera, reconocer en ella una técnica productiva y una técnica restitutiva. Así, volver a lo ya-producido es la salud recobrada luego de la enfermedad. Podemos pensar esto no sólo en la recuperación de un estado enfermo, sino también en las diferentes prótesis orgánicas e inorgánicas que se implantan en el cuerpo, como la dentadura, ciertos órganos, piernas ortopédicas, o los anteojos. El carácter protésico restituye la operatividad corporal perdida; es decir, no restablece una idea de naturaleza *a priori*, sino el modo en que se encuentra a sí misma la existencia. La *praxis* a partir de la cual todo saber fáctico no es una “obra” (*ergon*), sino una experiencia vivida. La medicina está en función de la vida en tanto ésta se entiende desde la movilidad existencial en todas sus dimensiones. En este sentido, la salud ya no significa el hecho de no estar enfermo, sino el cuidado de la existencia en sus posibles y lo que se debe restituir en el arte de curar es el encuentro del espacio potencial de los posibles de la existencia.

La enfermedad es un evento y el paciente debe integrarlo a su existencia. En este sentido Maldiney afirma que el evento resulta “catastrófico (*catastrophique*) si él no es integrado (*si elle n’est pas intégrée*) a título de transformación constitutiva para el sí” (2007, p. 91). Cualquier situación mórbida debe articularse en la existencia a través de su integración en la historicidad personal. Integración no significa reconstrucción, es decir, no quiere decir que el evento vivido se objetive o tematice y se vuelva a él como un suceso que ha quedado atrás en el tiempo y la vida. Integrar el evento significa una transformación del sí mismo. Es el proceso de articulación de la crisis en el sentido de la patologización que toma historia y reconduce la existencia a una reconfiguración del espacio potencial. Que en un accidente un pianista pierda un dedo de la mano no es lo mismo que lo pierda el delantero de cualquier equipo de fútbol. Para el pianista el evento implica desde ya una catástrofe que desintegra su mundo. Y esa desintegración se muestra en su historicidad. Su padecimiento es “su” padecimiento pero, y al mismo tiempo, es el padecimiento de su familia y sus amigos, como también incumbe a su trabajo y sus realizaciones más personales. La integración del evento no es una mera reconstrucción, sino el padecimiento de una articulación que implica el encuentro de nuevos posibles pero también el duelo de otros que ya no estarán.

Este padecimiento es la pasibilidad del sentir propio de la persona. Y esa pasibilidad es lo que abre la apertura del espacio potencial. El evento es personal, dice Maldiney. No es ni objetivo ni universal, sino la crisis de la persona singular. La pregunta de von Weizsäcker que antes mencioné (“¿qué le dice la enfermedad al enfermo?”) lleva a entender que el evento tiene su momento esencial en el encuentro personal, en el sentimiento antepredicativo de la experiencia existencial. Hay un fenómeno que da a entender esto y Gadamer lo nombra (1993, p. 103): el sufrimiento de las enfermedades crónicas. Los pacientes crónicos, por ejemplo, viven en constante sufrimiento, silencioso y por momentos

ruidoso. Es el sufrimiento de saber e intentar aprender a aceptar que la cura es imposible. Es algo que hay que sobrellevar, integrar de alguna manera a su existencia. Lo primero que se debe aceptar es saber que la cura no forma parte de su posibilidad. Este es el padecimiento fundamental, la radicalidad del sufrimiento de saber que la muerte no figura en un horizonte lejano como si fuese algo ajeno que viene del exterior sino que es una inmanencia inminente. Por más que viva décadas y termine muriendo de otra enfermedad la inminencia de la muerte convive con él cada día. Lo segundo es la lucha misma de la aceptación, el punto clave que lo lleva a comprender que solamente él es capaz de sobrellevarse, que nadie más lo puede hacer por él y que de él depende que pueda sobrevivir mediante una forma diferente de existencia. En este sentido, la experiencia vivida del enfermo crónico no puede objetivarse, no puede llevarse al discurso médico que remite a la mera sensación seccionada del dolor.

El sufrimiento de la enfermedad no es sólo el dolor físico; es un concepto más amplio, es el padecimiento de la aceptación en toda su extensión. En este sentido la transpasibilidad es aquello que hace posible en el sentir propio la transformación de los posibles. “Cada transformación es una respuesta a una situación crítica [*Chaque transformation est une réponse à une situation critique*]” (2007, p. 277), dice Maldiney. El encuentro de sí en la aceptación de la enfermedad revela la esencia comunicativa de la existencia y en eso radica la distancia respecto a Heidegger. Puede decirse que tanto Maldiney como Gadamer se distancian de Heidegger en este punto. En la misma medida en que la pregunta de von Weizsäcker posibilita el desplazamiento respecto a la técnica poética de la medicina también muestra el carácter previo del sufrimiento de la situación crítica respecto a toda “resolución” (*Entschlossenheit*) del *Dasein*. La apertura de mundo es el encuentro comunicativo y éste antecede a toda proyección. Maldiney lo dice explícitamente cuando menciona que “el proyecto es ya una configuración posterior a lo abierto (*une configuration postérieure à l’Ouvert*), una primera construcción (*construction*) de nosotros mismos” (2007, p. 84). De esta manera, la resolución tiene otro sentido para Maldiney: ella es la “dimensión ética [*dimension éthique*]” (2007, p. 292). Esta ética en la que el rostro del otro pone en crisis los posibles propios se diferencia de toda ética que se entiende de modo derivado respecto a la ontología del proyecto.

La ética “heroica” del destino, que Maldiney identifica en Heidegger y Spinoza, es, en realidad, una ausencia de ética; lo diferente no es más que el desarrollo de la mismidad mediante distintas figuras. No es lo posible de lo pasible, sino lo posible de una necesidad inmanente. Debido a esto, no hay eventualidad propiamente dicha. El acontecimiento es destino, está siempre encerrado en las posibilidades de su horizonte y como tal no hay nunca verdadera comunicación, no hay una verdadera situación crítica. La situación radical de esta ausencia de comunicación puede verse en el estado depresivo. Este estado se define esencialmente por la incomunicación, no sólo una ausencia de comunicación con el otro, sino también consigo mismo. Como indica Maldiney, el depresivo está ausente de su propia presencia sin poder experimentar siquiera la presencia de esa ausencia. Él no está perdido en medio del ente sino que “el ser mismo está perdido [*l’être même est perdu*]” (2003, p. 19). Esta pérdida del ser es la situación mórbida radical de la relación originaria entre el enfermo y su enfermedad. Esto se debe a que el depresivo sencillamente no



siente nada. La pesadez de la existencia, el agotamiento, la falta de fuerzas, son síntomas de la ausencia de receptividad, de no ser pasible de nada. El depresivo, de esta manera, acepta todo, es indiferente a todo rostro y su situación crítica no lo alcanza nunca. Esto no significa que su mundo no siga teniendo sentido; hay sentido y el suyo es el marco de la impropiedad. Pero no porque su vida esté entregada a otros sin hacerse cargo de nada, sino porque acepta su suerte sin ningún viso de transformación de sí. No entrega su vida a otros porque no tiene nada que entregar, no encuentra nada que entregar ni frente a otro ni frente al otro del espejo.

El depresivo no patológico, el que Maldiney llama “depresivo vital” siguiendo a Roland Khun, no es una persona pasiva, sino activa. Pero es la actividad repetitiva, el volver una y otra vez sobre la misma actitud declinada ante la crisis en la imposibilidad de sentir. Es un proceso de aislamiento, ante otro y ante sí, aunque él no deje de estar aquí o allí. La ausencia de su propia presencia es la nota central, el punto de fuga de su propia historia. ¿Cómo toma historia el depresivo vital? No como integración, sino como reconstrucción, como la elaboración de algo que sucede sin él, sin sentirse apropiado y señalando objetivamente lo que la ha sucedido. La patología de esta situación la muestra el esquizofrénico que sobredetermina conceptualmente la situación vivida y refleja en este proceso lo que Maldiney denomina “pasado trascendente” (*passé transcendants*). Esta particularidad es la que conlleva que el evento, en su forma inarticulada, se cristalice en un momento determinado y se vuelva un trauma. Debido a esto Maldiney diferencia entre el “pasado histórico” (*passé historique*) y el “pasado absoluto” (*passé absolu*) que queda atrapado en la idealidad de un objeto perdido (el objeto ideal) (2007, pp. 29 y 47).

El depresivo que no da cuenta de la presencia de la ausencia es el que se sumerge en lo impersonal del “se dice”, “se hace”, “se quiere”, en el “Se” (*das Man*) heideggeriano. Para Maldiney, la depresión vital, ausente de transpasibilidad, opera tanto en la caracterización de lo inauténtico de Heidegger como en la misma idea heideggeriana de la resolución proyectiva. Que el Dasein se defina sólo por su posibilidad implica reducir la pasibilidad a preguntarse si el otro no es más que una mera posibilidad propia, si el otro sólo aparece bajo el poder-ser de mis posibles. Es siempre lo posible propio que desconoce la crisis de la pasibilidad. Podemos ejemplificar la estructura de la idealidad del objeto perdido en el caso de Werther en la obra homónima de Goethe. La imposibilidad de redimir la pérdida de lo amado que termina en el suicidio es reconocer la imposibilidad del espacio potencial de los posibles y marcar con esa figura la idealidad del objeto que impide toda transformación de sí. El objeto amado queda idealizado como repetición inarticulada que se reconstruye una y otra vez impidiendo la visión de su rostro como lo verdaderamente otro. El extremo del suicidio por amor es la constatación de esta imposibilidad de lo posible, es pensar el rostro del otro bajo el poder-ser de la posibilidad. Por eso mismo no es amor, sino un narcisismo radical; el amor es, justamente, lo opuesto a pensar al otro como posible entre los posibles. Su esencia fenomenológica es el evento: la imposibilidad de los posibles, la ruptura que no se reduce a ninguna historia, sino que es la que hace posible cualquier historia, cualquier relato.

La depresión de Werther es una imagen de la depresión vital de la modernidad. Es pensar que hay un objeto perdido, algo que está ausente, una falta que debe llenarse de

algún modo y que sin eso es imposible la vida. La técnica poiética de la medicina de la cual hablé antes es la mejor muestra de esto. El “mejoramiento humano” es un modo de respuesta ante la supuesta falta. Maldiney explica que “el estado depresivo de nuestra época” (*l'état dépressif de notre époque*) se produce por una “receptividad preconstruida” (*réceptivité préconstruite*) que está ajustada a una economía de un sistema de informaciones y acciones. Esta organización de la receptividad es la que define la diferencia ontológica entre el concepto de vacío y de nada. El vacío es la sensación de la falta, de la ausencia de algo que necesita ser llenado. Es el lugar de la necesidad. Por eso el vacío se relaciona con un duelo inexplicable, el duelo de algo que nunca se sintió verdaderamente como evento, sino como algo posible de mis posibles. El duelo del vacío es el deseo de querer encontrarse en un objeto que incluso puede ser el cuerpo propio. El cuerpo-objeto es el producto del vacío, por eso la última figura histórica de la técnica es el mero cuerpo como recurso de felicidad. La intervención médica sobre cuerpos no patológicos lo indica. También lo son nuevas patologías, ajustadas a la época de la depresión como lo es la vigorexia: el ejercicio compulsivo por el automejoramiento del mero cuerpo.

La depresión vital como organización de la receptividad y anulación de la transpasibilidad no deja de ser la exposición del vacío sustitutivo de la nada. Ésta última no es la relación a sí en lo posible, sino en lo pasible. Es la libre relación que nace de la crisis del evento. La crisis de los posibles como crisis de la historicidad de la cual soy parte y a partir de la cual resulta factible la aceptación de la enfermedad y de la nada en la cual estamos enraizados. Y esto significa hacer de lo que pasa un pasado histórico y no un objeto ideal que en su repetición genere un trauma que impida la transformación del mundo personal. El evento de la enfermedad, su patologización, toma historia como reanudación. Pero esta reanudación no es el duelo del vacío que se quiere sustituir indefinidamente, sino el duelo de lo que ya no soy, un duelo existencial. Es en ese duelo que el cuerpo enfermo vive la tensión de lo sido y lo que es; es decir, el proceso de patologización de la depresión en que la temporalidad inmanente, singular, del sufriente, es vivida y llevada a la nada. Y es sólo desde esa nada que ya no se sustituye que la cura es posible. No hay cura verdadera para el vacío, es la repetición de algo que nunca se encuentra, que se desplaza de representación en representación. Así el mejoramiento humano como un ejercicio propio de la medicina no responde a una enfermedad propiamente dicha, ni tampoco es resultado de un deseo auténtico de la persona. Su fenomenización es el aparecer de un vacío existencial instituido por una receptividad preconstruida; es decir, por una comprensión de producción industrial de la medicina en relación a la mercantilización del cuerpo.

#### IV

La transpasibilidad, que en la misma medida en que abre la receptividad imposibilita todo lo posible ejercido hasta el momento, es el contacto primigenio que abre el mundo. Maldiney dice: “nosotros somos pasibles de lo imprevisible [*passibles de l'imprévisible*]” (2007: 304). El evento, en tanto aquello imprevisible que nos sucede, es la imposibilidad de los posibles porque él no tiene cálculo previo. No hay adelantos, ni heraldos, que lo anticipen como tampoco caracterizaciones *a priori* que lo determinen. La tematización

del evento representa, en definitiva, la abstracción de la receptividad transformándola en la calculabilidad de lo preestablecido. De este modo, la transpasibilidad resulta el fondo (*fond*) de la dirección de sentido, del “sentido de realización” (*Vollzugsinn*), para la cual lo posible de la ex-sistencia queda transformado en el evento, en lo otro imprevisible. La imposibilidad de lo posible es el suceso del evento, de la transformación de la existencia en sus posibles ante la nada que se abre.<sup>1</sup> Y el fondo existencial de la transpasibilidad es la “dimensión pática de la existencia” (*dimension pathique de l'existence*) (2007, p. 307). El *pathos* es la apertura de mundo, el fondo que posibilita lo posible mismo, la dimensión ética a partir de la cual lo posible es permitido. El nivel del contacto primigenio yo-mundo es indiscernible en sus partes y se fenomeniza desde la transpasibilidad en la que dicho contacto aparece bajo el registro del rostro (*visage*) del otro que demanda una respuesta. La angustia es una emergencia del contacto y con ella toda posible privación de la trascendencia humana. La angustia depresiva se ubica en el fondo existencial del ek-stasis y no tiene un objeto perdido que pueda investirse según una u otra representación. La tematización de la angustia en la depresión vital representada como un vacío que debe llenarse según los diferentes momentos vividos es propia de la productividad técnica-poiética de la era moderna que no da cuenta del motivo del síntoma.

La inhibición del depresivo, que no pueda salir de la casa por ejemplo, es debido al sentimiento de la angustia, el *pathos* por el cual manifiesta su miedo ante el enfrentamiento de la nada de su existencia. Frente al sufrimiento de la angustia depresiva el cuerpo se defiende mediante el mecanismo de la sustitución del sufrimiento por una tematización que abre la posibilidad de significar el mundo y reanudar la existencia. Esto puede observarse en el caso extremo del delirio. La crítica fenomenológica de Maldiney a la ciencia psiquiátrica se dirige a que la cura de ese acto sustitutivo se realiza mediante otra sustitución, es decir, mediante otra tematización. No hay una auténtica confrontación a la nada, sino una comprensión reductiva de dicha nada existencial como un vacío representativo. La confrontación con la nada indica el espacio creativo de la existencia irrenunciable e irremplazable, es el punto nodal primigenio del encuentro (*reencontre*) consigo mismo desde el otro. La tematización de la ciencia psiquiátrica, la imagen genérica que provoca el anonimato y la normalidad existencial por la industria de los psicofármacos, trata lo que ella misma produce. Su acción consiste en tratar su propio presupuesto; es decir, busca aplicar diferentes tipos de terapias a una representación ausente, a cierto objeto perdido que la misma ciencia pone como supuesto de sus procedimientos. La angustia depresiva es comprendida como “angustia de...”, tiene un formato, una significación definida que hace de ella algo que pueda delimitarse y ubicarse en el vademécum psiquiátrico. El objeto perdido es la representación puesta, anudada al sufrimiento, haciendo de la angustia un síntoma de una categorización predeterminada. Sólo de esta manera puede funcionar la medicalización: localizar la angustia, subsumirla a una imagen genérica, y regular la normalización del comportamiento. Los tres conceptos son propios de la cientificación moderna de la medicina: localización, subsunción y regularización.

---

1. Maldiney dice: “*L'accueil de l'événement et l'avènement de l'existent sont un*” (la recepción del evento y el advenimiento de la existencia son uno) (2007, p. 306).

Frente a estos procedimientos médicos, que incluyen en su operatividad la finalidad del mejoramiento humano, Maldiney revela la transpasibilidad como el nivel invisible de toda visibilidad, es decir, aquello que atraviesa la transposibilidad y la hace posible. El espacio potencial del ritmo de la existencia, el momento de contacto desde el que parte todo proyecto, es lo que debe preservarse. Hacia allí debe orientarse la cura. Todo proyecto se sostiene en la dimensión ética de la existencia, en la figura del encuentro que se renueva en cada evento y pone en crisis los posibles propios. No hay una mismidad que pueda recuperarse ni cierto objeto perdido, sino una existencia inhibida por un sufrimiento inarticulable de modo representativo. El trauma por el cual se siente la angustia depresiva se caracteriza por la paralización y la repetición de un pasado vivido. Si hay algo perdido, es la ex-sistencia misma y no alguna de sus representaciones libidinales. La inhibición no es meramente una cuestión orgánica, de desplazamiento, locomoción, o de reducción a un espacio limitado, sino la privación de la espacialización misma. La angustia sentida es a no poder ser posible como existente, a no tener la posibilidad de lo posible. No solamente a no tener un proyecto, sino a la capacidad de proyectarse. Esta angustia no es tematizable como un vacío a llenar por determinadas representaciones, sino el desencuentro de sí a sí en la dimensión pathica. Pero esto no significa que dicha dimensión sea inmanente a cierta subjetividad, sino que la inmanencia es un fruto del encuentro; es decir, sólo a partir del contacto ético resulta factible la articulación de un mundo como la privación de esa articulación.

## **Bibliografía**

- Gadamer, Hans-Georg, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Suhrkamp, 1993.
- Mainetti, José Alberto, “Bioética del poshumanismo y el mejoramiento humano”, *Redbioética-UNESCO*, año 5, 1 (9), 2014, pp. 33-44.
- Maldiney, Henri, “L’homme dans la psychiatrie”, *Revue psychothérapie psychoanalytique de groupe*, vol. 1, n° 36, 2001, pp. 31-46
- Maldiney, Henri, “Reencontre et psychose”, *Cahiers de psychologie clinique*, vol 2, n° 21, 2003, pp. 9-21.
- Maldiney, Henri, *Penser l’homme et la folie*. Paris: Millon, 2007.