

CUERPO Y TERAPÉUTICA EN PSIQUIATRÍA: LA HERENCIA OLVIDADA DE MERLEAU-PONTY

Alberto Botto

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) fue un existencialista que recibió el influjo de la fenomenología, la psicología científica y la biología. A pesar de la brillantez y profundidad de su pensamiento llama la atención la escasa disponibilidad de sus libros traducidos al castellano. La *Fenomenología de la percepción*, su obra más importante, es hoy prácticamente inencontrable y los escasos ejemplares disponibles corresponden a ediciones antiguas, en su mayoría descatalogadas. Merleau-Ponty fue profesor titular de filosofía en el Collège de France, participó desde su fundación en la mítica revista *Les Temps Modernes* y polemizó abiertamente con su amigo Jean Paul Sartre. En su filosofía es fundamental la manera en que elabora su concepción del cuerpo. El cuerpo –plantea Merleau-Ponty– es nuestro medio general de tener un mundo, de ser-en-el-mundo, y la percepción el fenómeno a través del cual el cuerpo se inserta en ese mundo: la corporalidad entendida como cuerpo *vivido*. Sin embargo, dentro del conjunto de objetos dispuestos en el mundo, el cuerpo se distingue del resto por ser percibido en forma permanente, esto es: por ser un objeto que no nos deja. De esta manera, asumiendo una postura que para muchos ha sido considerada como radical, Merleau-Ponty llega al extremo de afirmar que “No hay que preguntarse, pues, si percibimos verdaderamente un mundo; al contrario, hay que decir: el mundo es lo que percibimos”¹.

¹ Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Pláneta-De Agostini, Barcelona, 1984.

En el terreno de la psicología experimental fue Francisco Varela quien probablemente desarrolló de manera más lúcida la vertiente del pensamiento que Merleau-Ponty inaugurara con su *Fenomenología de la percepción*. La deuda de Varela hacia el filósofo francés quedó plasmada en muchos de sus trabajos, especialmente en “De cuerpo presente”² donde, a la luz de las ciencias cognitivas contemporáneas, hace explícita su intención de continuar por la senda programática de Merleau-Ponty. Allí, Varela reconoce la importancia de comprender el cuerpo no sólo como una estructura física sino como una estructura *viva* (cuerpo biológico) y *vivida* (cuerpo fenomenológico). Este doble sentido de la corporalidad es el punto de partida en el cuestionamiento de la idea clásica que considera la cognición como la representación del mundo a través de un aparato perceptivo independiente de él. Por el contrario, Varela propone el término *enactivo* para referirse al enfoque en el cual la percepción toma la forma de una *acción corporizada*.

Para Merleau-Ponty los síntomas y, por extensión, la psicopatología³ sólo pueden comprenderse en términos del ser-en-el-mundo de la persona. Ahora bien; si plantear un diagnóstico significa comprender, ¿de qué

² Varela F, Thomson E, Rosch E, *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Gedisa, Barcelona, 2011.

³ Al respecto véase, por ejemplo, la detallada descripción y el lúcido análisis fenomenológico que Merleau-Ponty hace del llamado “miembro fantasma” en su *Fenomenología de la percepción*.

manera estamos comprendiendo los trastornos mentales en la actualidad? Nos encontramos a un paso de la publicación del DSM-5, uno de los manuales de diagnóstico más utilizados en occidente. Sabemos que la concepción que tenemos acerca de las enfermedades mentales varía según una serie de factores tanto culturales como sociales y, por supuesto, según el nivel de conocimiento que se tenga acerca de su naturaleza y sus mecanismos. Así, mientras por décadas predominó una mirada “psicologista”, para luego dar paso a una postura “biologista”, hoy nos encontramos ante una especie de híbrido conceptual amparado por la ubicuidad del enfoque “bio-psico-social” el cual, desde el punto de vista de los tratamientos, encuentra su expresión en términos como “neuropsicoterapia”, “neuropsicoanálisis” o las llamadas terapias “psicobiológicas”. En consecuencia, la manera de comprender el origen de las enfermedades mentales también influye sobre la manera de comprender los tratamientos que implementemos para curarlas. Si tomamos como ejemplo la depresión vemos que la efectividad de las intervenciones ha sido puesta en entredicho por la evidencia proveniente de la investigación empírica. A lo anterior se suman las múltiples complejidades que plantea el diagnóstico: por ejemplo, con frecuencia una depresión que no responde a las indicaciones es considerada inmediatamente como un cuadro depresivo resistente cuando, en realidad, se trata de una pseudoresistencia debido a que el diagnóstico de bipolaridad no fue explorado suficientemente a fondo. Con esto quiero decir que no sólo es necesario evaluar de manera crítica cuán efectivos son los tratamientos, sino también –siendo igualmente importante– cuán válidos son los criterios diagnósticos que estamos utilizando, pregunta que, al fin y al cabo, gracias al afán objetivista y supuestamente ateorico del DSM, pocos parecieran cuestionar. El asunto pasa, entonces, por discutir no sólo la efectividad de los tratamientos sino también la naturaleza del objeto de nuestro empeño. Dicho de otra manera: ¿estamos tratando correctamente aquello que se supone que debemos tratar?

Probablemente uno de los mayores desafíos que plantea la investigación neurocientífica en torno a los sistemas complejos como el cerebro/mente⁴ humanos

se halle en la forma de incorporar dentro de sus métodos la complejidad inherente a dichos fenómenos sin que por eso pierda su valor heurístico. Es evidente que existen enfermedades como la esquizofrenia o el trastorno bipolar de tipo I donde el abordaje farmacológico es la indicación de primera línea; sin embargo, cada día aparece más evidencia respecto a la utilidad de los tratamientos combinados. Incluso hay autores que plantean –aún de manera experimental, por cierto– que el uso de sustancias prosociales como la oxitocina⁵ puede ser beneficiosa en momentos específicos de las psicoterapias (en el comienzo, en situaciones de crisis o ante rupturas de la alianza) a través del fortalecimiento del vínculo en ciertos casos tal como ocurre, por ejemplo, en el manejo de los trastornos de la personalidad. Según este modelo, el uso de medicamentos, más que tratar enfermedades (desde el punto de vista categorial) puede entenderse conceptualmente como una farmacoterapia “pro-psicoterapéutica”⁶ cuyo objetivo es complementar las intervenciones psicosociales considerando no tanto las “vulnerabilidades” sino las “sensibilidades” específicas de cada paciente, tanto biológicas como emocionales y culturales.

Entonces ¿qué nos enseña Merleau-Ponty? A mi juicio, desde el punto de vista de la terapéutica, su herencia consiste en comprender que al tratar a una persona siempre tratamos una mente y siempre tratamos un cuerpo (es decir, un *cuerpomente*); por lo tanto, en sus fundamentos, los tratamientos en psiquiatría serán siempre una psicoterapia y toda psicoterapia será también un tratamiento del cuerpo. Utilizando una bella analogía, Merleau-Ponty considera que no es el objeto físico con lo cual debemos comparar el cuerpo sino, más bien, con la obra de arte; es decir, con un “nudo de significaciones vivientes”, donde “el brazo visto y el brazo tocado [...] hacen conjuntamente un mismo gesto”⁷.

⁴ Para Panksepp este término debiera ser modificado (eliminando el signo que separa un concepto del otro) simplemente por cerebromente o mentecerebro según el sentido de la causalidad a la que nos refiramos. En: Panksepp J, Biven L. *The archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York, U. S. W. Norton & Company, Inc.; 2012.

⁵ Ver editorial del número anterior en Rev GPU 2012; 8; 3: 232-234.

⁶ Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nature Review Neuroscience* 2011; 12: 524-538.

⁷ Merleau-Ponty M, *óp. cit.*