

INTENCIONALIDAD Y PSICOLOGÍA

Esperanza González Durán
(Universidad de Sevilla)

1. La comprensión del ser humano en su vida anómala.

La Fenomenología en la Filosofía del siglo XX ha supuesto un verdadero enriquecimiento gracias a la tarea de reflexión que Husserl llevó a cabo. Sus aportaciones han tenido repercusiones en la Psicología aplicada, que han permitido comprender muchos fenómenos de la conducta tanto de la vida humana normal como de sus anomalías. Sus conocimientos teóricos, sus valores prácticos nos posibilitan captar los fenómenos cuyos significados fundamentan, y son determinantes para el tratamiento de, las esquizofrenias. El parámetro utilizado como hilo conductor de las experiencias fenomenológico-psicológicas en las psicoterapias es la intencionalidad.

2. La intencionalidad.

La persona es una identidad y una historia. La conciencia es un fluir de vivencias y se va configurando una identidad desde su carácter intencional. La unidad de la síntesis es de las presentaciones que enlaza en una conciencia en la cual se constituye la unidad de un objeto intencional, inmanente en ella, idealmente y en sentido objetivo.

La intencionalidad es el modo de ser de la conciencia que es siempre "conciencia de" algo. No tiene un dentro, está dirigida a la constitución de lo que aparece, sea cosa o situación.

La intencionalidad no es volitiva de un modo reflexivo, como "actividad" es pasiva, en el sentido de que es nuestra inevitable forma de dirigirnos al mundo y sus objetos y al otro, y configurarlos.

"La intencionalidad" no es un acto que se exprese por medio de la voluntad. Esta actividad cuyas formas de funcionar están "inscritas" como modos de o momentos a partir de los cuales se configura el objeto (sea cosa o situación) tiene una historia de su génesis: es el modo de ser de la conciencia. Va hacia lo otro para constituirlo (configurarlo). La experiencia decanta en el horizonte y a ese horizonte se orienta la conciencia en su actividad constitutiva para "poner" el objeto. La actividad básica del trabajo de la génesis pasiva es la asociación. Fenomenológicamente los "datos

de los sentidos" se llaman *hyle* = materia y son constituidos como objeto por medio de las operaciones de la síntesis pasiva. Esa conciencia intencional va constituyendo lo que llamamos "realidad".

Hablar de intencionalidad fenomenológica en el diagnóstico de la esquizofrenia, por ejemplo, supone tener en cuenta la temporalidad y la espacialidad, en tanto son elementos conformadores de la misma. La temporalidad y la espacialidad entran, en la esquizofrenia, en las funciones dilatorias. En la constitución del espacio (horizontalidad), lo que el esquizofrénico proyecta no es objetivante puesto que ése es un espacio suyo, unido exclusivamente a su fantasía. El cuerpo está fusionado con las cosas, es una subjetividad que se mezcla con ellas. La intersubjetividad no se da, y si la hay es débil, y la habitualidad está originariamente alterada. Aunque en el caso del alucinado esquizofrénico la alucinación no altera su horizonte de habitualidades pasadas, es incapaz de proyectar una meta de vida, el presente continuo temporal se ha quebrado. Sus horizontes de presente y futuro se han cerrado; la cosa (alucinación) tiene representación para él. En el estado fragmentario se las presenta "aquí" no "como si" estuviera aquí. El esquizofrénico no puede aparecer. Los parámetros y todo lo que concierne a las demás instancias intervinientes: tiempo, espacio, cuerpo, intersubjetividad, habitualidad, representación, conforman eso que soporta toda intencionalidad y que falta precisamente en los enfermos mentales. Es en los esquizofrénicos donde esta carencia es más clara.

Para Sartre, la alucinación implica estar físicamente involucrado. Es como un estado de las manifestaciones en el mundo "mágico", proyectándose y confrontándose con él, como si se tratase de un mundo objetivo presente y percibido. Esta relación dual está contenida en la estructura dinámica del sentimiento y la emoción, no tiene relación con un acto intencional o de significación, pues estamos enfrentados a un fenómeno que más bien es un estado mental que no previene el acto, aunque no sea del todo involuntario. Esta situación dual no coincide con el acto intencional significante normal que proviene de una actividad de la conciencia, que tiene habitualidades (para la organización de la percepción, volición etc.) que han quedado fijas, inmodificables.

En Husserl lo presente puede emerger al estado de no ocultamiento y se explica por el hacerse pleno perceptivamente desde la esfera predelineada del horizonte. Sólo las representaciones orientadas pueden realizar la síntesis intencional con el objeto; aparecer una cosa es mostrarla en lo suyo propio, original, con todas sus perspectivas.

En función de los intereses prácticos que movilizan las intenciones se modificará el ámbito, que a su vez condiciona las representaciones. Las cosas aparecen y en base a asociaciones y repeticiones se van sedimentando. Con este funcionamiento surge un sistema de habitualidades que se hacen propiedades en su estar a disposición del sujeto y son modificables de acuerdo a la experiencia y el intercambio intersubjetivo. El que percibe y da sentido, sabe también que tiene sentido: esa es la unidad central de la mismidad.

3. Fenomenología de la enfermedad: su referencia en la esquizofrenia.

La fenomenología busca un significado para la comprensión del fenómeno esquizofrénico, en tanto capta al paciente de forma total en su contexto, así como las diferencias de los fenómenos y sus consecuencias. Las enfermedades son configuradas en esta praxis como tipos o modelos esenciales, eidéticos. Esto se podría considerar también como una concepción global aun dentro del psicoanálisis, la gestalt, los dinámicos, los estructuralistas o de interacción, las antropologías, etc. Se trata de hacer una fenomenología de esencias que lleven al estudio de las estructuras del fenómeno. Por ello, «el diagnóstico fenomenológico busca describir en su modo originario de darse los modos de vivenciar y los modos sociales de relacionarse peculiares y la relación del psicótico consigo mismo y con el mundo. Por eso, el diagnóstico fenomenológico está más orientado a la persona»¹.

La forma de vivenciar total del ser ahí-existencial esquizofrénico, de la persona, apunta en una dirección global y unitaria: lo que está delante del terapeuta. Tanto la experiencia del terapeuta como la esencia objetivada deben verificarse en el fenómeno.

El modo de darse los fenómenos que conforman la esquizofrenia nos permite tomarla como ejemplo de la enfermedad; al instalarme en una aproximación fenomenológica excluyo metódicamente otros puntos de vista. El punto de vista fenomenológico sirve aquí para ampliar la comprensión del fenómeno "enfermedad" y en esa medida colaborar con el tratamiento, ya que permitirá un diagnóstico diferente del habitual. Esto no es excluyente de otros enfoques que requerirían otro tipo de análisis.

A partir de la captación del proceso de génesis de la personalidad "normal" es posible obtener datos fundamentales para comprender comparativamente la organización de las patologías. La persona "normal" tiene oportunidad de corregir las operaciones de constitución de objeto y su completamiento a partir de lo dado, por medio del intercambio intersubjetivo. El mundo vivido también proporciona confirmación o desengaño respecto del producto de nuestra constitución.

La persona "enferma", por el contrario, tiene perturbada esa posibilidad de crítica y corrección. Es sobre ese volverse rígido de lo sedimentado que la fenomenología puede aportar datos, mostrando la dinámica normal de instalación de habitualidades, intereses y voliciones, y a partir de allí establecer hipótesis acerca de lo que se perturbó.

Lo "natural" me da una evidencia que permite que cuando yo intento explicar una cosa, lo haga recurriendo al principio de la consecuencia: la relación que establezco es "natural", es decir, "naturalmente" pienso que si no quiero mojarme al pasar el charco, tengo que saltar. La consecuencia que sacaría un esquizofrénico es distinta; sería, por ejemplo, rígida, y lo obligaría a que siempre que esté delante de un charco deba dar la vuelta a otra cosa, por ejemplo un coche. Nuestra vida transcurre entre pautas "naturales", consabidas, es decir compartidas con otros, no así en el caso del esquizofrénico: sus "naturalidades" son sólo suyas, y construidas por él. Él se halla en la situación resultante de haber hecho una *epojé*, se ha puesto ya en la "parte alta",

¹ Kraus A. *La significación de la fenomenología para el diagnóstico psiquiátrico* (trad. De J.V. Iribarne), Heidelberg, Ruprecht-Karl-Universität, p. 5.

su vida transcurre en la esfera de lo trascendente. Lo que él quisiera es volver al mundo "natural", se resiste a seguir en el mundo en que está. Pero aunque no le interesa permanecer en el mundo de las ideas se agarra a él desesperadamente porque es el único que tiene. Su deseo es volver otra vez a la causa originaria de las cosas, si lo hiciera ello sería su salvación; ello supondría, según las categorías freudianas, recuperar su función inconsciente: al ser consciente podría sobrevenir la cura. El no sabe lo que es la *epojé*, la reducción, sin embargo ha reducido el mundo a sus ideas de ese mundo, no lo sabe y ése es el problema que está latiendo en él, lo que expresa son inseguridades que le provoca su necesidad de retorno a la realidad "natural". Saberlo podría proporcionar la cura del enfermo quien de alguna manera supiese de la evidencia natural común que le falta.

La enfermedad puede estudiarse como un fenómeno de intercomunicación alterado. Cuando nos encontramos con la enfermedad, la comunicación se rompe y entonces lo que aparecen son los supuestos puramente subjetivos. Esto quiere decir que se han perdido las referencias a la autoconciencia, a ese saber que parte de lo subjetivo, pero que el otro sabe. Aunque el enfermo no lo sabe, cree que el mundo es así. La verdad, su verdad, es un fenómeno que entra a formar parte de la propia naturaleza del sujeto. Es una "normalidad", y es tan intensa que rompe otras cosas, como la red constituida por fenómenos que denominamos normales.

4. El tiempo en fenomenología.

La conciencia y el cuerpo vivido son temporales, lo que significa unir-siendo, y ello ocurre desde el presente, que es donde se sostiene la identidad, donde se mantiene el reconocimiento del pasado como propio y se asienta el interés fundamental que está en el porvenir, en el proyecto futuro. En la personalidad enferma el pasado se ha fijado y el proyecto futuro está empobrecido. Tener conciencia es tiempo que va corriendo, es el fluir temporal, me abro en el presente hacia el pasado porque está pasando, lo voy viviendo y hacia el futuro en el proyecto del por-venir inmediato o mediato (porque necesita más tiempo).

La conciencia temporaliza corporalmente. Cuando el enfermo imagina su mundo lo hace desde un cuerpo que ha perdido su capacidad temporalizadora, de allí que imagine mundos que parecen prescindir totalmente de su carácter de corporal. Cuando juzgamos habitualmente este acto se nos aparece como que faltara en él la presencia de lo "real". Lo que sucede es que falta lo presente como tal y hay, entonces, una carencia de actualidad, que es la que nos posibilita el hecho de que tengamos que pensar las cosas de forma sucesiva y continua, en el tiempo. Este problema se ve claramente en el esquizofrénico, quien proyecta constantemente todas las facetas de su personalidad en presente y ello hace que deba reducir siempre una a otra.

5. El horizonte, su funcionamiento en el enfermo.

El horizonte es "donde" se van depositando, a lo largo de la experiencia de la conciencia, los elementos con que se van a constituir los objetos, la propia identidad, el mundo, las situaciones. Al principio de la vida es un horizonte "vacío", es adentrarse dentro del ser por completar. Como existentes nos estamos haciendo y ello supone el tiempo y un horizonte de progreso. Nuestra propia conciencia percibe de esa manera y todo lo que nos conforma se une en un yo desde el horizonte, y a eso llamamos esencia. La enfermedad es, en estos casos, una descentralización y es por ello por lo que aparece un yo disperso; un yo que habiendo perdido su mismidad, es decir, su capacidad de unificarse desde el horizonte, lo que hace es enclaustrarse en una sola manifestación de la intimidad. Ha cambiado la noción de esencia por la multiplicidad en una unidad contenedora previa a cualquier acto de experiencia; cada vez que realiza una acción ésta se constituye en definitiva y por eso la repite, es un absoluto porque no tiene horizonte; la conciencia perceptiva del sujeto enfermo tiene definitivamente el objeto, no lo va constituyendo. Cuando describimos estos mismos actos en el "normal" vemos que, por el contrario, desde el punto de vista del conocimiento, la escena es progresiva, no se puede realizar de una vez, siempre adquiere la forma de horizonte, aunque tenga inmediatamente captado que el objeto es. Pero el individuo que da sentido y no sabe que da sentido, o bien, da otro sentido alterado porque pierde la eficacia del horizonte, puede, sin embargo, usar bien otras funciones, siendo la función de la terapia el ayudarle a recuperar la orientación. Formalmente este individuo que consideramos enfermo funciona, aunque en algún sentido se ha estancado. Si imaginariamente suponemos que se le puede enseñar el camino del "progreso", es decir, obtener sentido según lo que nos significa el sentido (apuntar a un fin), aparecería una habitualidad nueva para el enfermo, una extrañeza que le permitiría romper el círculo en que se encuentra. Lo que equivaldría a recomponer la personalidad del sujeto, al que le falla la proyección, pero que sigue funcionando en el pasado formalmente como otro cualquiera, aunque este pasado esté estrechado en un sentido global.

Hablamos, entonces, de enfermedad en cuanto comparamos este moverse por el tiempo y el espacio con una persona que llamamos "normal", que no tiene esos límites. El "normal" usa todo de la misma manera, puede conscientemente aceptar o retrasar la hora como con el reloj, tiene noción de lo que significa "adelante", "retraso", "en marcha", "camino", etc., o sea, que añade a la experiencia el conocimiento de dicha experiencia, no se queda en el mero hecho estacional, allí donde el enfermo se ha quedado.

El "loco" no comprende las distintas posibilidades ni los distintos horizontes, tampoco la posibilidad misma que sería el ser y haría aparecer un ser problematizado que se comprende; lo que él no comprende es su problematicidad. El alucinado no mira desde el punto de vista de dos casos entre otros muchos, el suyo es un fenómeno determinado, no tiene opción, le falla el sistema probabilístico. Sin embargo, es un ser en su perplejidad, es una mostración elocuente del ser. ¿Qué es el loco al abrirse al mundo? Puede poner en práctica su voluntad, sus referencias son las mismas que las de cualquier ser, sólo su apertura, sus formas de estar aparecen encerradas. Él tiene todas las salidas, pero se encierra en una que recorre todos los estados de ánimo, todas las experiencias.

6. Intersubjetividad.

La objetividad en el enfermo sería una objetividad generalizada, mientras que el sujeto normal se da cuenta del paso de lo subjetivo a lo objetivo. En Husserl es “darse cuenta”, es la relación de un nivel de conciencia a otro que aparece, refleja una conciencia en presencia, y fundamentalmente en presencia de otro.

En Husserl el consenso es posterior a la experiencia, se da cuando se produce un hecho cuya esencia –entiéndase correctamente– está “fuera” de la experiencia. Ésta, entonces, ya no constituye la esencia del suceso, del hecho, sino que es el apoyo para comprender. En ese sentido sí aparece la intersubjetividad, de la cual el consenso es una forma. Este consenso se produce ante la inadecuación, yo no puedo contrastarlo; para ello me he de basar no en el consenso mismo, sino en la intersubjetividad, que es la que lo fundamenta.

La esquizofrenia tiene que ver con el movimiento del omitir al otro, no hay nada más que “aquí-yo”. Eso es lo que hace que aparezca el absolutismo, pues por omitirse al otro el enfermo se repliega en un “nada más que existo yo aquí”. Los sufrimientos, temores, todas esas cosas que aparecen en el enfermo, se dan de forma actualizada y, como vimos, eso se debe a pierde la perspectiva, pero también podemos verlo como que el esquizofrénico no es capaz de relativizar paradójicamente ni, por lo tanto, de desprenderse de su yo y “convertirse en otro”. La unidad del yo la da la experiencia, en ella está presente la unidad de conciencia que va conformando la identidad. El enfermo mental tiene más de una idea, pero de forma insegura y con el mismo peso y valor de actualidad. Eso es lo que hace que pierda la capacidad de relación, siempre está en situación de aquí y ahora, siempre vive su psicosis aquí, no la divisa cambiando de posición. El problema terapéutico estriba en encontrar la forma de establecer la relación con el otro, ya que la admisión de este hecho es un peligro para el sujeto que se ve desde su propia conciencia a él solo. Es esto precisamente lo que provoca el horror al desdoblamiento de él mismo en otro: al no reconocerse en el cambio lo niega de forma absoluta.

En el “loco” no hay reconocimiento de la locura, su propia existencia es esta *caída*, pero no sabe de la caída, de ahí la enajenación, el hacer movimientos repetidos que le alejan de la nada, para acercarse al ser. Ha perdido el sentido de la orientación de la existencia porque la existencia no es repetición, su vivencia tiene que ver exclusivamente con las actualizaciones. La comprensión del acto de locura no tiene que ver con la vivencia, aunque la tenga en cuenta, sino que es competencia del conocimiento.

7. La habitualidad.

Teniendo el sentido de lo que es la habitualidad como un modo de referencia instalado en el funcionamiento, en la organización de la experiencia, sabiendo que la habitualidad es una costumbre, en un momento determinado la podemos dejar al margen y la sustituimos por otra, y no hay ningún problema, pero al esquizofrénico se le va la vida en ello.

Husserl dice que el yo tiene convicciones, no que yo soy mis convicciones. La estructura rige. Ésta da entrada, al configurarse, a la realización del sujeto, a las formas de lo consciente. Yo no soy mis habitualidades, mis resonancias. Ninguna de estas formas soy, pero mis habitualidades son el punto de partida de lo que soy. Es lo que está siendo, no lo que soy. Ello tiene que ver con formas culturales, con toda la ambigüedad implícita en un ambiente social que desarrolla reglas sociales que se racionalizan. La razón misma de mi conciencia se constituye en razón de mi conciencia, el mundo de "fuera de sí", ese que rodea al sujeto que es el cinturón de la cultura, es una cosa que está ahí, puesto de manera que constituye la parte racional del sujeto. En el caso del enfermo se trata de una racionalidad absurda, porque todavía no ha salido del conflicto, y que, además, sirve sólo para realizar y agravar el conflicto. La salida del mismo sería la asunción, no salir definitivamente del conflicto, sino asumirlo, como un estado de conflicto propio del sujeto. En general, el conflicto "normal" pertenece a la misma facultad de conocer y actuar, aunque aparece también bajo la forma de la conciliación, que es una forma estática. Las facultades de conocer y actuar son elementos funcionales, estructurales, donde no se aplica el conflicto a una noción genética. Hacerlo sería considerarlo síntoma de otra cosa, que puede ser la enfermedad o la propia actitud del sujeto ante el mundo. El conflicto está referido a una experiencia: ser y parecer, ¿quién? ¿o qué debo ser?

La vida es inauténtica para el paciente, entra en la patología de la repetición, el hecho de tomar la cotidianidad como emblema de la verdadera realidad es la repetición constante de los mismos hechos, que producen un mecanismo de inhibición de la voluntad y de todo el esquema cognitivo, que hace que el individuo se suma en la repetición de actos que no comprende. La conducta repetitiva es separarse de la muerte; el individuo lo que quiere hacer es despreocuparse de la muerte, no pensar realmente la vida auténtica que tiene que ver con el morir y con la duración. La locura inauténtica la vivimos todos los seres humanos, pero poner la locura como una forma de vida inauténtica sería enfocar el hecho como una inautenticidad específica. Sólo si es una cosa inauténtica específica nos impide calificarla de auténtica, de ahí que debamos reconocer claramente la desviación que tome el individuo, y para poder saber el carácter de esos mecanismos de la trivialización de la existencia, habrá que sentirlos con una fuerza estremecedora; lo más auténtico en este caso va por otros sitios. La actitud final es la misma, pero la producción de los sentimientos es la que los distingue, unos son tranquilizadores y otros son terroríficos.

8. Conclusiones.

Para la fenomenología, la conciencia es fluir temporal. El estudio de la identidad personal puede realizarse a partir del funcionamiento de la génesis pasiva y del decantamiento en el horizonte. El desvelamiento de intenciones hace surgir objetivamente una orientación. La base es una estructura que alberga una intencionalidad que hará emerger el ego, como una corriente fluyente de asociaciones y síntesis, que junto con las *kinestesis* temporales harán surgir una *hyle* perceptiva.

La instalación de habitualidades intervendrá en la constitución del mundo y los caracteres de funcionamiento están presentes en la configuración de sí mismo y del modo en que se percibe el enfermo. Así habrá de tenerse en cuenta que las afecciones y acciones del enfermo son para sí mismo, ahí, y se dan para él como un yo extraño. La extrañabilidad del paciente que alucina es lo primero porque no tiene el punto de referencia del otro, ni el suyo –en el momento en que no tiene la noción del otro, no tiene la noción de sí mismo–; quiere decir ello que son personas que tienen conocimiento, pero han perdido la referencia del otro. Lo extraño es una definición mental, al estar enajenado no sabe lo que es lo propio o lo extraño. Sin embargo, sin saberlo, tiene la capacidad de conocer, pero, enajenado en su propia conciencia, aunque el otro pueda aparecer, el enajenado no sabe que es otro, no tiene presencialidad en el sentido de eco en la conciencia, de que aunque sea un extraño es otro. ¿Qué es lo alucinado?, ¿qué hace el alucinado con su alucinación? La presentifica y la hace aparecer como real, como absolutamente real, perdiendo la extrañeza. Lo que le pasa a un normal cuando se encuentra con esta persona es que aparece la extrañeza, o sea, que lo primero que percibe del alucinado es la extrañeza, hay aquí un yo extraño, eso es salud mental: percibir lo extraño.

Este proceso de operaciones nos hace ver qué es lo que se ha modificado en esos caracteres cuando queremos conocer el perfil de una determinada patología. Es decir, cómo se presenta en ella la referencia espacial, cómo aparece el cuerpo propio o cuerpo-vivido. Cualquier presentificación tiene que ver con esa unidad cero que se llama cuerpo propio. Eso es el analogizante, el *analogon*, es lo “correspondiente” a través de lo cual se van a formar todas las imágenes que poseemos del mundo externo. Está ausente al mundo, pero presente en él, pues éste estará fijo en una cosa, en la sensación de la ausencia, pero yo no puedo sobrepasar la condición del límite espacial a través del cual establezco las representaciones porque no hay otra manera de representarse el objeto que el estar presente-ausente. En el esquizofrénico no está fuera-de, está fijado en la ausencia. La aparición de sí mismo, de sus sensaciones y de las propiedades que tiene es un fijarse en el imán que atrae y paraliza a todas las sensaciones en sí mismo, ya que tiene esa capacidad de polarizar.

En el momento en que el individuo traspasa los límites marcados por las estructuras, ya es un sujeto desestructurado, ese individuo se sale fuera de unos componentes (fuera) de la “normalidad”. En el orden escalar, la perspectiva ya no es, hasta que llega el momento del objeto íntegro y desaparece la situación fantasmal, llega “lo real”, en esa situación la relación sería cero, porque siempre es igual, única, es la relación en la escala.

O sea, que toda la fantasía del enfermo está relacionada con esta incapacidad que tiene para retirar el espacio exterior. Si yo tengo objetivamente el concepto de lo que es exterior, los sucesos que se producen, lo podría explicar de forma taxativa. Es una verdad objetiva que entra dentro del campo de probalidades de las operaciones que pueden realizarse en el espacio exterior. Ahora, si yo ese espacio lo convierto en una noción interna unida a la fantasía, lo que sucede es otra cosa, pues no se producen las causaciones, no se producen según el orden (temporal). También, desde el momento en que se transgrede la regla, todas las cosas se convierten en nociones interiores.

Fenómenos alucinatorios o ilusorios surgen sin percepciones y aparece el carácter heterológico por una temporalidad anterior o posterior a la percepción, en la cual se continúa en su fluir temporal, haciendo desaparecer la situación dóxica. Las dimensiones del pasado y futuro se han modificado a partir del presente del sujeto enfermo.

Decir que la conciencia se mueve dentro de una estructura quiere decir que "mide" dos tiempos, el presente que es presente y el pasado que es pasado, es decir que cumple las reglas del conocimiento del objeto. Pero el individuo que ha producido un hecho que es otro hecho y no tiene que ver con la realidad, estructura su conciencia de manera que confunde los tiempos. El tiempo presente no entra dentro del orden de lo presente, el tiempo pasado puede ser presente o trastocado, pero eso entra dentro de otra estructura objetiva porque siempre produce lo mismo, siempre cambia los tiempos de la misma manera: ésa es la enfermedad. Esta puede aparecer como una estructura de la misma naturaleza que la estructura de la conciencia lógica y por eso puede penetrar dentro de ese campo estructurado, que es alógico para ella, y en ese caso sólo el tiempo es el que ha entrado en las funciones dilatorias. Las habitualidades se manifiestan con rasgos característicos en el esquizofrénico.

El sentimiento desestructura, pero hasta cierto punto también el sentimiento es una habitualidad. El esquizofrénico es un individuo desestructurado, ¿por qué?, porque está "absolutamente estructurado", sus sub-estructuras son unas estructuras que no se pueden romper para aplicarlas a la normalidad. Si los esquizofrénicos pudieran romper sus formas, entonces podrían entrar en "la realidad"; de hecho, la realidad del enfermo produce siempre la habitualidad misma, es imposible la deshabitualidad, se ha escapado de la realidad y su función es crear habitualidad constantemente. Pero podemos decir que eso es lo que hace un individuo normal, que, sin embargo, en un momento determinado puede dejarla al margen y sustituirla por otra sin problema, pero, como dijimos, al esquizofrénico se le va la vida en ello. El "loco" siempre está presente o ausente, pero no sabe del paso; tomar conciencia de ese hecho sería describir la patología desde la fenomenología².

BIBLIOGRAFÍA

- HUSSERL, E. *Fenomenología de la conciencia del tiempo inmanente*, Buenos Aires, Nova, 1963.
- . *Ideas*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1985.
- . *La crisis de las ciencias europeas*, Barcelona, Crítica, 1991.
- . *La filosofía como ciencia estricta*, Buenos Aires, Almagesto, 1992.
- . *La idea de la fenomenología*, México, FCE, 1982.
- . *Las Conferencias de París*, México, UNAM, 1988.
- . *Meditaciones Cartesianas*, Madrid, FCE, 1985.
- . *Problemas fundamentales de la fenomenología*, Madrid, Alianza 1994.
- . *Husserliana*, La Haya, M. Nijhoff a partir de 1950.

² Para más precisiones, vid. González Durán, E. *Psicología Fenomenológica. Fundamentos y parámetros de las psicoterapias*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2000.

- KRAUS, A. *La significación de la fenomenología para el diagnóstico psiquiátrico*. Heidelberg, Ruprecht-Kars-Universität, 1994.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenología de la Percepción*. Barcelona, Península, 1975.
- SARTRE, JEAN P. *Bosquejo de una teoría de las emociones*, Madrid, Alianza, 1987.
- . *El ser y la nada*, Buenos Aires, Losada, 1966.
- . *La imaginación*. Buenos Aires, Sudamérica, 1970.
- . *Lo imaginario*. Buenos Aires, Losada, 1976.
- TATOSSIAN, A., «Phénoménologie des psychoses», *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, (LXXVII). París, Masson, 1979.