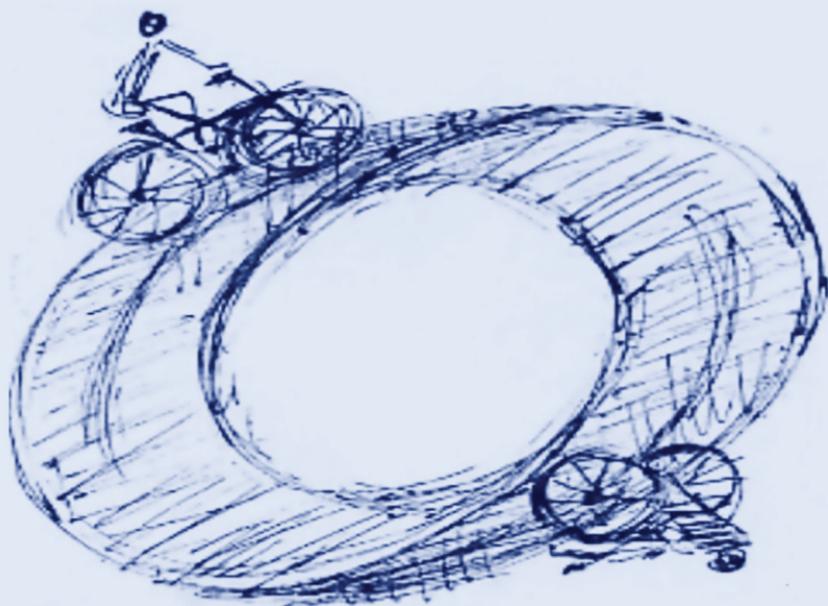


**Luis Chiozza**

# **ENFERMAR Y SANAR**

**El drama en el alma  
y la enfermedad en el cuerpo**



libros del  
Zorzal



# Enfermar y sanar

LUIS CHIOZZA

# Enfermar y sanar

El drama en el alma  
y la enfermedad  
en el cuerpo



libros del  
*Zorzal*

Chiozza, Luis

Enfermar y sanar : el drama en el alma y la enfermedad en el cuerpo / Luis Chiozza. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Libros del Zorzal, 2025.

144 p. ; 20 x 13 cm.

ISBN 978-987-599-961-9

1. Psicoanálisis. 2. Enfermedades. I. Título.  
CDD 150.195

Diseño de tapa: Silvana Chiozza.

© 2025. Libros del Zorzal

Buenos Aires, Argentina

<[www.delzorzal.com](http://www.delzorzal.com)>

ISBN 978-987-599-961-9

Comentarios y sugerencias: [info@delzorzal.com.ar](mailto:info@delzorzal.com.ar)

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio o procedimiento, sin la autorización previa de la editorial o de los titulares de los derechos.

Impreso en Argentina / *Printed in Argentina*

Hecho el depósito que marca la ley 11723

# Índice

Prólogo y epílogo.....	9
I. La definición de enfermedad.....	11
II. Cambios en la noción de enfermedad .....	17
III. La enfermedad en nuestro tiempo.....	23
IV. Cómo y por qué se alcanza la condición de enfermo.....	29
V. El camino de vuelta a la salud .....	37
VI. El duelo.....	45
VII. Hay cosas que no valen lo que vale la pena .....	53
VIII. La resignificación de una historia.....	59
IX. Los dramas que vuelven .....	63
X. El alma y el cuerpo .....	69

LUIS CHIOZZA

XI. Una breve incursión en el mundo de Freud .....	79
XII. Las últimas afirmaciones de Freud.....	89
XIII. Cien años después .....	99
XIV. Una nueva imagen del hombre .....	107
XV. Los destinos del drama .....	119
XVI. La historia que se esconde en el cuerpo .....	129

## Prólogo y epílogo

Prólogo y epílogo no sólo se conciben como una introducción en el comienzo y como un comentario que se escribe al finalizar. También expresan un tiempo primordial que trasciende la idea de un pasado y un futuro que sólo existen en un entonces que se condensa como un presente actual.

Es la idea que se expresa fuertemente y no por casualidad en el “érase una vez” de los cuentos infantiles, que existe en italiano, en francés, en inglés y, ¿por qué no?, se repetirá, quizá, en otras lenguas.

LUIS CHIOZZA

Pertenece al tiempo inconsciente que el psicoanálisis denomina “presente atemporal”, en el cual lo pasado no ha terminado todavía y el futuro ha comenzado ya.

En esa clase de presente, lo que fue y lo que será se combinan de un modo inseparable que nos invita a constatar cómo se anudan, en forma semejante y sempiterna, salud y enfermedad.

# I

## La definición de enfermedad

Suele definirse la enfermedad diciendo que consiste en una pérdida de la salud, lo cual conduce a que, para comprender el significado de la palabra “enfermedad”, sea necesario definir qué es lo que se entiende por salud.

Es posible decir que una vida saludable es una vida en la cual predomina el bienestar como un producto del correcto funcionamiento de los órganos, pero una definición más rigurosa conduce a la idea de que la salud

transcurre dentro de los parámetros que se usan para diferenciar lo normal de lo anormal. Cada una de las funciones vitales de un organismo biológico puede ser estudiada, entonces, en principio y en teoría, para determinar si funciona dentro de los parámetros que definen su normalidad. Esto conduciría, sin lugar a duda, a establecer que el organismo en cuestión alcanza o no alcanza el grado máximo de normalidad que se constituye “idealmente” como la normalidad de todas sus funciones.

Cae por su propio peso que, si se estudia un conjunto de organismos con un criterio estadístico, se llegará a la conclusión de que tal estado de normalidad “ideal” no sólo no abunda, sino que además, tal vez, ni siquiera existe.

En otras palabras, si se usa esa norma ideal para definir qué es lo que debe entenderse por salud, se llega a la conclusión de que la salud

no predomina, o, para decirlo en otros términos, se concluye en que la salud “completa” no es “normal”. Lo normal, en el sentido estadístico del término, es que dentro de una población una inmensa mayoría viva instalada en un estado en el cual algunas de sus funciones, aisladamente consideradas, escapan a los parámetros que se consideran normales.

La medicina, enfrentada con esta situación, no suele sin embargo hablar de enfermedades; habla, a lo sumo, de achaques o de estados valedudinarios. Excepto en algunas circunstancias especiales, no se considera, por ejemplo, que las dificultades para conciliar el sueño, los vicios de refracción óptica (que se compensan llevando anteojos), la calvicie o la más o menos leve hipotrofia muscular que proviene de una vida sedentaria sean, en el sentido pleno del término, enfermedades.

Cuando Gregory Bateson, en su libro *Pasos hacia una ecología de la mente*, se refiere a situaciones en las cuales la adaptación se logra al precio de disminuir la flexibilidad que el organismo dispone para enfrentar la adversidad, incursiona en la zona limítrofe entre salud y enfermedad introduciendo un punto de vista y un concepto que es imprescindible mencionar. En otras palabras: una función puede continuar ejerciéndose dentro de los límites fisiológicos gracias a que otra “función”, en este caso, la capacidad de adaptación, ha disminuido por debajo de los parámetros que consideramos normales.

Más allá de las definiciones rigurosas que pretenden una precisión inalcanzable, es posible limitarse a la idea de que estar enfermo es haber ingresado en un estado en el cual un trastorno en alguna de las funciones biológicas

altera la prosecución habitual de la vida. Sin embargo, cuando Viktor von Weizsaecker, el fundador de la epistemología médica a la que denominó antropológica, señala que la salud no es normal, que lo normal es la enfermedad, parece querer significar algo más. Su intención parece dirigirse a señalar que el proceso denominado enfermar constituye, en lo que se puede considerar la zona limítrofe de la adaptabilidad, un último recurso para gestionar las dificultades que la vida presenta, y que el uso de ese recurso es tan frecuente como para ser considerado habitual.



## II

# Cambios en la noción de enfermedad

Pedro Laín Entralgo, en su *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*, recorre las vicisitudes que, en distintas épocas, dieron forma a diferentes concepciones de la enfermedad. El valor que hoy encontramos en ese recorrido deriva del haber comprendido que tales concepciones conservan, en los sectores inconscientes de nuestra vida psíquica, la perdurable capacidad de influenciar en nuestras ideas y nuestros

sentimientos acerca de la enfermedad. Es este espíritu que reconoce la vigencia inconsciente de las concepciones “pasadas” el que fecunda los modos con los cuales se procura hoy conocer lo que acontece en el hecho de enfermar.

En la antigua Babilonia, la enfermedad fue considerada como una culpa, un pecado espiritual que exigía para su resolución el arte de la adivinación, ya que este pecado no era conscientemente reconocido por aquel que sufría sus efectos.

Para los griegos, en cambio, la enfermedad era un trastorno de la *physis*, la materia natural, por obra de las “miasmas” o “manchas” y del *dyma* o “deshonor”; materias malas que debían ser eliminadas mediante la “catarsis”, un medio físico de exoneración.

La medicina de Galeno vuelve a encontrar al pecador en el que sufre de una enfermedad

que se manifiesta en el cuerpo; sin embargo, mientras para el asirio el enfermo era ante todo un pecador, para Galeno el pecador era ante todo un enfermo.

El advenimiento del cristianismo introduce una variante. Si bien puede oírse decir que Dios castiga el pecado con la enfermedad, lo más importante de la interpretación cristiana parece residir en que la enfermedad posee el sentido de poner a prueba a la criatura de Dios y ofrecerle la ocasión de merecer el cielo.

El desarrollo de la ciencia nos introduce en una nueva visión de la enfermedad. Su sentido biográfico es abandonado a la esfera de la religión, o sencillamente abandonado, desconsiderado, en la interpretación que la ciencia, en primera instancia, hace de la enfermedad. La causa “primera”, obra de Dios o del accidente, transferida sobre el agente patógeno,

sea físico, químico o biológico, constituye la causa magna de la enfermedad; una causa que pronto acepta compartir su trono con otras causas asociadas, que actúan como predisponentes del terreno en el cual el proceso patológico se desarrolla. En los últimos decenios, por ejemplo, los enormes progresos obtenidos en el estudio del genoma condujeron a revalorizar la importancia de la predisposición genética.

Si para los asirios babilónicos la terapéutica fue la adivinación del pecado espiritual, para los griegos, la catarsis de las materias malas, y para los cristianos, la comunión con Dios, para el pensamiento científico occidental la terapéutica es una técnica de combate, precisa y definida, contra las causas. Este combate entre el médico y las causas se desarrolla en el hombre que sufre la enfermedad y que,

dentro de lo que llegó a denominarse “medicina deshumanizada”, debe convertirse, a la vez, en campo de batalla y en espectador pasivo de la contienda que la terapéutica y el médico, como “técnico”, emprenden con la enfermedad y con las causas que la originan.



### III

## La enfermedad en nuestro tiempo

Sabemos que nuestra percepción de los hechos depende siempre de la teoría con la cual nos aproximamos al objeto que procuramos conocer. El resultado de un experimento se halla inevitablemente condicionado por la manera de plantearlo. Las respuestas que podemos obtener se encuentran siempre dentro del territorio limitado por el modo específico en que se formulan las preguntas. Una pregunta planteada en el territorio de la química sólo podrá ofrecernos

una respuesta formulada en los términos que esa ciencia utiliza. Los problemas planteados por la enfermedad no son una excepción, y una característica específica de nuestro tiempo consiste precisamente en el acercarse a la enfermedad desde un panorama más amplio que conduce a la formulación de nuevas preguntas.

Las categorías de espacio y tiempo que conforman nuestra concepción del mundo dan lugar a las nociones de materia e historia, a través de las cuales procuramos comprender la enfermedad. Cuando registramos en la enfermedad una transformación de aquello que ocupa un lugar en el espacio y que llamamos materia, decimos que la enfermedad es una alteración “orgánica” que se manifiesta como un trastorno de la forma, la estructura o la función. Un trastorno físico, químico, anatómico, histológico o fisiológico fundamenta,

entonces, nuestra idea de la patología. Todas esas categorías están implícitas en el concepto que se resume en la expresión “los signos físicos de la enfermedad”. Se trata de alteraciones que pueden ser percibidas como una presencia objetiva.

La enfermedad como padecimiento (*pathos*), como molestia o perturbación que afecta el ánimo, se manifiesta fundamentalmente en el tiempo con la actualidad de las sensaciones subjetivas que denominamos síntomas. Desde este punto de vista, conforma inevitablemente un acontecimiento psicológico. Es un padecimiento comunicable que puede ser compadecido, es decir, empáticamente compartido, y que, en virtud de su capacidad de producir afectos y cambios en otro ser humano, es siempre un acto de convivencia que posee una repercusión social.

La enfermedad se constituye, entonces, como una historia humana que adquiere un nuevo y más rico sentido en la medida en que se la considera como un trozo inseparable de la biografía de un sujeto inmerso en su entorno familiar y social. Podemos hablar, desde allí, de una patobiografía.

Llegamos así a la noción de enfermedad más peculiar de nuestro tiempo, uno de cuyos signos está constituido por lo que Pedro Laín Entralgo denomina “voluntad de plenitud histórica”. Se trata de una plenitud que proviene de un enfoque que reflexiona acerca de las actitudes asumidas en el pasado frente a la enfermedad y acerca de nuestras creencias sobre las posibilidades de la medicina del futuro, teniendo en cuenta que el pasado y el futuro constituyen representaciones actuales de una realidad que vive y obra en nuestro

presente, muchas veces más allá del ejercicio de nuestra voluntad consciente.

Con su descubrimiento de lo inconsciente, Freud nos introdujo otra vez, y desde un nuevo ángulo, en la consideración del sentido de la enfermedad, que cobra así significado como una forma de lenguaje a través del cual el hombre enfermo se expresa. En nuestra época, el ser humano, como sujeto y como ser social, volvió a ser tenido en cuenta. No sólo en el arte o en la técnica de la medicina, de los cuales nunca pudo ser completamente desalojado, sino en la misma teoría acerca de la enfermedad y del ejercicio de la terapéutica.



## IV

# Cómo y por qué se alcanza la condición de enfermo

La ciencia en nuestros días, acompañada por un desarrollo tecnológico que ha crecido en proporción geométrica, responde cada vez mejor, con descripciones detalladas y profundizando en los mecanismos que interrelacionan causas y efectos, a la cuestión acerca de cómo se produce la enfermedad, cómo evoluciona y cómo pueden combatirse los daños que ocasiona.

Se sabe mucho más, por ejemplo, sobre biología molecular y sobre las predisposiciones genéticas que determinan la forma de las enfermedades y que se traducen en alteraciones concretas cuando intervienen los factores que son capaces de activarlas. Mientras crece continuamente el conocimiento acerca de cómo se produce la enfermedad, las antiguas preguntas que el enfermo siempre formula y se formula a sí mismo —“¿por qué me ha sucedido esto?” y “¿por qué me ha sucedido ahora?”— se destacan en el entorno del saber científico como algo que reclama una respuesta.

Cuando contemplamos a un ser humano, desde las ciencias naturales, como a un organismo biológico que constituye un objeto de nuestra percepción sensorial, regido por las leyes de la física y la química y por los mecanismos de su fisiología, se nos impone, de

manera inexorable, la idea de que su vida está determinada, hasta en sus menores detalles, por las fuerzas universales que lo trascienden y lo conducen a un destino que escapa a su elección. Cuando, en cambio, nos identificamos con un ser humano porque en él vemos a un semejante nuestro, no podemos menos que atribuirle, en una cierta medida, la libertad que nosotros, de manera inexorable, sentimos como una propiedad vital que nos caracteriza y a la cual, independientemente de si la queremos o no la queremos, no podemos renunciar. Una propiedad que se une de un modo indisoluble con el sentimiento de responsabilidad y que nos acompañará, aun en las situaciones más penosas, mientras permanecemos conscientes.

Desde el primer punto de vista, una enfermedad no puede ser otra cosa que un

proceso que le ocurre a un organismo como producto de su inmersión en el mundo. Y es independiente de su voluntad, ya que lo que él haga antes, durante y después de haber enfermado también será un producto de las fuerzas universales que lo trascienden y a las cuales permanece inevitablemente sometido. No podemos renunciar a la idea de que vivimos determinados por el movimiento de los átomos que nos constituyen, ya que nada, en el universo de la ciencia, escapa a un encañamiento causal que posee una vigencia semejante a la que atribuimos a la voluntad divina.

Desde el segundo punto de vista, la enfermedad es un drama dentro del cual el enfermo participa como un actor cuyas decisiones influyen en el curso de los acontecimientos, y nada de lo que haga estará exento de esa

responsabilidad. Tampoco podemos renunciar al sentimiento de que nuestros actos influyen en el devenir de los hechos, ya que, sin esa convicción, todas y cada una de nuestras acciones quedarían privadas del fin que las motiva.

Ambas convicciones, bien examinadas, son inconciliables, pero la experiencia nos muestra que nuestras creencias profundamente arraigadas no se arredran ni pierden su fuerza por carecer de la coherencia racional que nuestro intelecto exige. De modo que vivimos, sin poder evitarlo, zarandeados entre ambas convicciones. Weizsaecker, a quien ya hemos citado, señalaba que en una estación de trenes jamás podremos tomar alguno que conduzca a un lugar ajeno al trayecto de las vías, pero que, entre todos los que la estación ofrece, podremos elegir el tren al cual subimos. No es fácil,

sin embargo, y menos aún cuando del enfermar se trata, decidir de manera acertada entre lo que sentimos como una consecuencia de “la vida que hemos hecho” y lo que experimentamos como un producto de “lo que nos hace la vida”.

Lo cierto es que, junto a la necesidad de explicar cómo ha sucedido la perturbación que padecemos, que las ciencias naturales, que exploran a los organismos como objetos del conocimiento, esclarecen cada vez mejor, existe siempre, paralelamente, la pregunta acerca de por qué nos hemos enfermado, surgida de la necesidad de comprender el significado que la enfermedad posee en el decurso “biográfico” de la trayectoria que recorre una vida. Esta necesidad que pertenece y da lugar a lo que Dilthey calificó como ciencias del espíritu, fundadas en la interacción de una experiencia

personal y subjetiva, completa el panorama de nuestro conocimiento actual acerca de la enfermedad, con desarrollos que es imposible soslayar.



## V

### El camino de vuelta a la salud

De más está decir que el acto médico que se sustenta en la capacidad técnica que la ciencia ha desarrollado en nuestro tiempo, un acto que se fundamenta en el propósito de restituir, lo mejor que se pueda, las funciones que la enfermedad ha dañado, dispone hoy de un poder que maravilla y que, cuando este se ejerce con criterio y medida, alcanza un mérito y un valor que son indiscutibles. Por lo tanto, no existe razón suficiente para que, basándose

en los excesos que frecuentemente se cometen, se desestimen los logros actuales de la tecnología médica y su promisorio futuro.

Es necesario subrayar, sin embargo, que nuestra época ofrece importantes desarrollos que, frente a la cabecera del enfermo, es necesario integrar con la medicina que se basa en los fármacos, en la fisioterapia o en la cirugía.

Freud sostuvo que la enfermedad es un oponente digno, queriendo significar con ello que no debíamos desatender la intención del propósito que la produjo. Por la misma razón, sostuvo Weizsaecker que la actitud del médico, frente al propósito que conduce a la enfermedad y está implícito en ella, no debería ser, como suele ocurrir, “fuera con ella”, sino que, por el contrario, debería corresponder a la expresión “sí, pero no de este modo”. La alternativa contenida en el “sí, pero no de esta

manera”, que propone Weizsaecker, supone reconsiderar el momento en el cual, a los fines de aliviar un dolor, se elige el modo que finalmente, de manera implícita y desapercibida, culmina en una enfermedad.

Si una persona sufre, por ejemplo, crisis nocturnas en las cuales percibe sus palpitaciones cardíacas con un ritmo acelerado, y esto la conduce a consultar a un cardiólogo, es posible que reciba el diagnóstico de que padece de una taquicardia paroxística. Y si los exámenes complementarios no arrojan resultados anómalos, probablemente será interpretada como una crisis neurovegetativa que se relaciona con las emociones y con un estado de nerviosidad. Entre las modificaciones en las funciones fisiológicas que el miedo produce, está la taquicardia, pero también la diarrea, el aumento de la frecuencia en el ritmo de la

respiración, el temblor, la palidez del rostro, la dilatación de las pupilas, el aumento de la sudoración y la erección de los pelos. Cuando una mayoría de estos fenómenos se presenta, junto con las sensaciones que por experiencia propia sabemos que los acompañan, se configura el afecto que denominamos “miedo”. También sabemos que, cuando una persona necesita ignorar el miedo que le ocurre, puede descargar la energía que excitaba todas esas funciones en una sola de ellas, que adquiere de este modo una intensidad inusitada. De esta manera, se convierte en un representante, equivalente del miedo, que no será reconocido como miedo. Si la persona que sufre la taquicardia paroxística, a pesar de todo, a veces siente miedo, no dirá que el miedo se manifiesta en las palpitaciones, dirá que las palpitaciones le producen miedo. El pre-texto

de la segunda historia, según la cual el miedo proviene de la taquicardia, oculta el texto de la primera, y el motivo del primitivo miedo permanece ignorado, aunque, claro está, la ignorancia que se mantiene reprimiendo la intensidad y la cualidad de un sentimiento, tanto como sus motivos, no se sostiene sola, sino que, por el contrario, exige un esfuerzo (de desalojo, decía Freud) permanente, que entretiene y gasta una parte, frecuentemente grande, de la energía vital.

El primer paso desafortunado en la trayectoria que conduce a la enfermedad es el haber recurrido al procedimiento que permite esconder la crisis biográfica “actual”. El beneficio inmediato de esa actitud es el alivio del drama, y la enfermedad suele ser el precio que se paga por esa forma fácil de obtener el alivio. De más está decir que el camino de

retorno a la salud implica vencer dificultades que dependen de la trayectoria que la enfermedad ha recorrido.

Se suele afirmar que una persona ha elegido el mal camino cuando elige el de la delincuencia. En 1872, Samuel Butler escribió un libro que tituló *Erewhon*, un anagrama de *nowhere*, cuyo significado coincide con la etimología de “utopía”. En ese libro imaginó una sociedad, distinta de la actual, que atendía a los delincuentes en el hospital y enviaba a los enfermos a la cárcel. Al invertir los destinos que la sociedad elige para los representantes de esas dos desgracias, Butler revelaba su comprensión de que la enfermedad también podía ser interpretada, como ocurre en el caso del delito, como la manifestación de un camino moral equivocado. No todos los errores que se cometen al vivir conducen a una

misma magnitud del infortunio. Es cierto, sin embargo, lo que sostiene Freud cuando señala que en la vida, como en el ajedrez, puede suceder que una movida en falso nos fuerce a dar por perdida la partida.



## VI

### El duelo

Es necesario admitir que, en los primeros momentos de una situación traumática, cuando el dolor arrecia, el intento de alejarlo de la consciencia puede formar parte de una actitud saludable. Pero no es menos cierto que, una vez transcurrido el primer impacto insoportable, cuando se intenta volver sobre la realidad que duele, el camino obstruido por las señales que el trauma ha dejado en la memoria induce nuevamente la tendencia a proseguir por el desvío que aleja de la realidad.

Las lápidas de los cementerios, como los antiguos monolitos y obeliscos conmemorativos, señalan un lugar al cual se atribuye la propiedad de reactivar los recuerdos, reiniciando o reinstalando el proceso de duelo. Dado que el proceso de duelo es doloroso, las lápidas señalan un lugar que produce sufrimiento y al cual, muchas veces, se teme volver, pero también es cierto que el duelo, cuando transcurre normalmente, es un proceso saludable que se inicia y se termina, y que por este motivo, cuando la lápida señala el lugar al cual se debe volver con la periodicidad que dictan las costumbres, alude, metafóricamente, a la necesidad de honrar la deuda contraída con lo que hace falta duelar.

Durante el duelo, como en tantas otras circunstancias, en el equilibrio reside la virtud, porque cuando el dolor lacera más allá de las

posibilidades de recuperación es necesario alejarse de una realidad insoportable. Sin embargo, mientras el alejamiento perdura no se realiza el duelo, y la pérdida de las energías, desgastadas en un permanente esfuerzo cotidiano que debe desalojar constantemente lo que constantemente retorna, conducirá hacia un futuro claudicante que, como sucede con el vino que se añeja mal, suele empeorar con los años.

Del mismo modo que una herida superficial que no se infecta cicatriza normalmente en unos siete días, el proceso que llamamos duelo, cuando nada lo complica, se realiza en un tiempo “biológico” normal que suele durar cerca de dieciocho meses. Lo que se observa habitualmente en la práctica psicoterapéutica son duelos que, perturbados por los sentimientos de culpa y con frecuencia

interrumpidos, se alargan durante muchos años. Se puede recurrir a la metáfora de duelos “infectados” que periódicamente supuran y duelen, porque las perturbaciones habituales que contaminan el duelo se contagian, en el seno de una cultura, como si se tratara de microbios.

En la primera fase del duelo, cuando el dolor es muy fuerte, la negación, durante un tiempo breve, cumple una función protectora. En la fase siguiente, la negación paulatinamente se deshace y aparece una sobreabundancia de recuerdos hipernítidos y dolorosos. Luego la angustia, la desolación y el dolor van cediendo lentamente para hacerle un lugar a la tristeza, mientras que los recuerdos, uno por uno, se “gastan” en un proceso de acostumbramiento que disminuye el dolor. Por fin se recupera de nuevo la alegría de vivir y el

interés por el mundo. Suele quedar, sin embargo, algún remanente de tamaño variable que, a la manera de una cicatriz perdurable, podrá todavía algunas veces doler.

En el reconocimiento de una crisis biográfica actual, se presenta la primera oportunidad para emprender un camino que preserva la salud, antes de ceder a la tentación de continuar progresando en el camino, menos doloroso y más fácil, que, postergando el duelo, suele conducir a la enfermedad.

Se trata de enfrentar auténticamente el dolor que constituye un duelo, soportando los sentimientos adversos, pero sobre todo desconfiando de la historia cuidadosamente “armada” acerca de los eventos que han producido el dolor. Para descubrir el texto de la historia escondida, es necesario cuestionar los pre-textos entre los cuales se esconde.

De más está decir que no sólo la pérdida de las personas queridas genera la necesidad de un duelo, también será necesario frente a la pérdida de otros bienes, que a veces pueden ser imaginarios, como sucede cuando alguien descubre que no es, o piensa que no puede ser, lo que creía ser o lo que creía poder. En todos los casos, el dolor que se atribuye a la ausencia de lo que se ha perdido surge en realidad de la presencia, devoradora, de una necesidad insatisfecha.

Muchas veces, un paciente conserva en su memoria el momento preciso en que expulsó de su conciencia una idea intolerable, cuando la lucha entre recordar y olvidar todavía existía. Un momento en el que, finalmente, y como un intruso que ha llegado no se sabe de dónde, apareció un síntoma que antes no tenía. Cuando se logra, por fin, sostener el

“esfuerzo de desalojo” que evita la reiteración del recuerdo que apenas, suelen introducirse, en la vida del paciente, dos nuevos personajes: la enfermedad y el remedio. Con ellos “convive”, y frente a ellos experimentan, él y su familia, los más diversos afectos.



## VII

### Hay cosas que no valen lo que vale la pena

La enfermedad, en la relación con la persona que la padece y aun, más allá de ella, en la relación con la familia de la cual el enfermo forma parte, cumple en cierto modo la función del “fusible” que evita, en un circuito eléctrico, que el daño se produzca en un lugar en el cual la reparación es más difícil. Además de esa función que la enfermedad procura y que puede ser aproximativamente descripta como defensiva,

adaptativa o mediadora, es importante mencionar que siempre otorga una segunda oportunidad para retomar el camino que se aleja de la ruina física y de la ruindad moral a las cuales la enfermedad suele conducir. Es necesario subrayar, sin embargo, que el camino de vuelta a la salud no es fácil. No se puede “volver a la salud” recorriendo a la inversa exactamente el mismo camino por el cual se ha llegado a la enfermedad que se padece. No hay un camino de vuelta a la inocencia. El camino que conduce al duelo, completamente opuesto al intento de volver a vivir lo que ya fue, es un trayecto “a contrapelo”, porque lo dificulta el recuerdo del dolor que precisamente fue evitado cuando se eligió, *a priori*, pagar el precio de la enfermedad sin conocer la magnitud de ese precio.

El duelo del cual ya una vez se ha huido suele dejar, como señal, un recuerdo penoso

que funcionará indicando que los procesos mentales deben alejarse de allí. Nada tiene de extraño entonces que, en la medida en que transcurre el tiempo, sea cada vez más difícil reencontrar el punto a partir del cual la enfermedad se produjo. Sucede que lo no duelado crece con la adición de otros dolores que, ocultos detrás de una misma consigna, se emparentan entre sí, y que las fuerzas de las cuales se dispone, cada vez más solicitadas en el proceso de ocultar lo que puede reactivar el dolor reprimido, apenas alcanzan para enfrentar los cotidianos avatares que el presente depara.

Freud señalaba que la terapéutica psicoanalítica no promete sustituir el sufrimiento por la felicidad, ya que se propone, con mucha mayor modestia, sustituir el sufrimiento neurótico por el sufrimiento que es normal

en la vida. La medicina, aunque incluya una psicoterapia solvente, sólo puede ofrecer, para volver a la salud, un camino que no puede evitar completamente el dolor. Sin embargo, frente a los sufrimientos que la enfermedad depara y que no valen la pena que ocasionan, porque empeoran progresivamente la vida y arruinan las mejores posibilidades, existen sin duda otros sufrimientos que, en el camino de vuelta a la salud, son los que bien valen la pena que conllevan.

Recordemos las tres situaciones, que se conocen desde antiguo, mediante las cuales suele evitarse la responsabilidad que conduce a la realización de un duelo. La actitud maníaca, a la manera de una prestidigitación, conduce a sostener que el daño que ha ocurrido carece de importancia. La actitud paranoica, impregnada de irresponsabilidad, implica

sostener que el daño ha ocurrido por obra de otra persona. La actitud melancólica, por fin, de carácter extorsivo, conduce a sostener “desconsoladamente” que el sufrimiento propio es más importante que el daño que ha ocurrido. El duelo, en cambio, conduce a reparar lo que puede repararse y, frente a lo que no tiene reparación posible, a una renuncia que se une a la confianza en que la carencia podrá tal vez ser compensada con otras alegrías.

Las tres actitudes evasivas, la “prestidigitación” maníaca, la irresponsabilidad paranoica y la extorsión melancólica, muestran de una manera esquemática cuáles son los argumentos con los cuales, frecuentemente y sin plena conciencia, se bloquea el camino que hubiera conducido a la recuperación de la salud. La dificultad mayor reside, sin embargo, en que habitualmente, recorriendo un paso más en

LUIS CHIOZZA

la dirección inconveniente, se reprime el recuerdo del hecho original doloroso y se evita con cuidado todo aquello que permitiría “encontrarlo”.

## VIII

### La resignificación de una historia

Es cierto que, a veces, el paciente se acuerda del momento en el cual expulsó de la consciencia la idea intolerable, pero, aunque el recuerdo de aquella idea exista, frecuentemente se ha perdido la conexión que le otorgaba su importancia. Es esta una conexión necesaria para el proceso de resignificar una historia, es decir, para el proceso que nace cuando se abandona la historia “pretexto” para buscar el “texto” de otra que se oculta detrás. Pero no se

trata, como es natural, de un procedimiento fácil. No sólo porque es necesario enfrentar el dolor, sino también porque no siempre se experimenta la suficiente confianza en que, a la postre, intentarlo será lo mejor. Existe toda una cultura que avala la conducta del vivir huyendo, del procurar “olvidar” y del pretender disminuir la importancia de los hechos que duelen.

Si, cuando se escucha lo que dice el enfermo, la atención se concentra en los pormenores del relato, es difícil que se revele lo que el velo de la represión encubre. La consciencia es, por ineludible necesidad, parcial, y dentro de esa parcialidad, que se manifiesta en múltiples formas, es posible distinguir una consciencia concentrada y aguda, que revela de una manera nítida detalles aislados, y una consciencia amplia y obtusa, que abarca conjuntos y

profundidades de una manera borrosa. Si venciendo la dificultad se logra “desenfocar la mirada” para contemplar la amplitud del conjunto, es posible encontrarse, de pronto, como sucede con una ocurrencia, frente a “una punta” de la historia que forma parte del camino que conduce a la salud. Allí, dentro del drama que esa historia cuenta, es posible reencontrar el dolor que antes condujo a recubrirla con otra, pero la pena y el dolor que se despiertan ocurrirán con el mérito del antiguo valor que se había perdido cuando, procurando evitar esa pena, se eligió el sufrimiento, de mérito menor, que condujo a enfermar.

El texto de esa historia no es el fin del camino que puede deshacer la enfermedad que en el presente aqueja, es apenas un comienzo que desemboca en las vicisitudes de un duelo que conduce a la resignación. Pero la resignación

no implica, como se suele pensar, solamente una renuncia, ya que, de acuerdo con lo que la palabra “resignar” denota, se trata de un cambio de significado por obra del cual lo que es abandonado se sustituye mediante una nueva elección. La vida tiene más de un camino, y la experiencia enseña que es necesario crecer, como lo hace una rama, en los trayectos curvos que impone la realidad del muro, adaptando continuamente los proyectos. En el camino de ese duelo saludable es forzoso reabrir “el expediente” que la historia narra, sumergiéndose en los sobreentendidos y comprendiendo los malentendidos que determinan su carátula. En el transcurso de ese duelo, el “camino de vuelta a la salud” provendrá de un doloroso progreso que conduce a una alegría totalmente opuesta a la ilusión de volver.

## IX

### Los dramas que vuelven

Estoy en el café y torpemente derramo el contenido de la taza sobre la mesa. El mozo se acerca con un trapo y me dice: “No hay drama”. Es una frase que los adolescentes usan mucho, y me pregunto por qué. “Drama”, en un sentido amplio y acorde con su etimología, es una obra teatral, escrita para ser actuada, es decir, representada.

En un sentido más restringido y habitual, coincidiendo con el significado de la palabra “dramático”, es un argumento serio o triste,

algo patético, de intenso compromiso emocional, aunque no siempre trágico, porque la tragedia, según lo que nos enseña el diccionario, implica siempre un desenlace funesto, y el drama puede ser una comedia. También es un suceso de la vida real en el que ocurren desgracias o en el que hay seres desgraciados.

Invita a la reflexión el hecho de que nuestra juventud se vea tan frecuentemente motivada a utilizar las pequeñas molestias de la vida para recordarnos y para recordarse a sí misma que no son esos los verdaderos dramas.

Lo cierto es que hoy, más que nunca, sentimos nuestro mundo como un lugar donde abundan dramas verdaderos que a veces no sólo nos conmueven, sino que además nos alcanzan y se meten en nuestra propia vida.

No debe sorprender, entonces, que procurando defendernos de un drama intentemos

quitarle importancia, arrinconándolo en algún lugar de nuestra mente con la esperanza de que no perturbe nuestra forma de vivir. A veces, mediante el expediente de sacarles a las contrariedades cotidianas el rótulo que las convierte en dramas, logramos aliviarnos, pero en otras ocasiones, cuando de veras son graves, cuando “pesan” más de lo que preferimos creer, el recurso que se resume en consejos como “no le des importancia”, “trata de olvidar” o “no pienses en eso” no funciona, y aunque no solemos darnos cuenta de la relación que existe entre una cosa y la otra, frecuentemente nuestro cuerpo “se” enferma. La sabiduría popular lo intuye muchas veces cuando utiliza la sentencia “te vas a enfermar”, pero prefiere pensar que en esos casos la enfermedad es una consecuencia de no poder olvidar, antes que reconocer la influencia

perniciosa de un drama que no se ha logrado inactivar recurriendo al olvido.

Hace ya muchos años que la medicina ha descubierto la fundamental intervención de las emociones inconscientes en enfermedades como el asma, la psoriasis, la colitis ulcerosa o la úlcera gastroduodenal. La investigación en ese terreno prosiguió su camino corroborando una y otra vez que no bastan los microbios o la disposición genética para que una enfermedad se produzca. Suelen ser condiciones necesarias, pero no suficientes. Cuando exploramos la vida de un enfermo y estudiamos su momento actual como el producto de una trayectoria biográfica que desemboca en ese particular presente, comprendemos que la alteración de su cuerpo oculta una historia ligada con un intenso compromiso afectivo. De este modo, con la misma eficacia con que un reactivo químico

nos revela una sustancia oculta, la investigación con el método apropiado nos revela el drama que el enfermo esconde o desestima y que, sin embargo, lo afecta hasta el punto de alterar el funcionamiento de sus órganos.

Mientras pago la cuenta y oigo al mozo quejarse, con otro cliente, del reumatismo que sufre, pienso que, al lado de las contrariedades cotidianas que “no son drama”, existen tres tipos de dramas: los que invaden nuestra vida enfrentándonos con la necesidad de resolverlos, los que conseguimos rechazar hacia un costado, comportándonos, durante un tiempo corto o largo, como si no existieran, y los otros, los que una vez rechazados vuelven como enfermedad del cuerpo o como “mala suerte”, ocupando inexorablemente de nuevo nuestra vida, aunque con otra cara, después de que hemos perdido la punta del ovillo.



## X

### El alma y el cuerpo

Nadie duda de que una enfermedad pueda derivar en un drama. Cuando esto sucede, se puede pensar que se trata de un drama comprensible, natural, justificable o también, en otras ocasiones, que no son tan raras, que se trata de un drama injustificado o exagerado. En este último caso, la ciencia habla de patoneurosis (una neurosis que se desarrolla como consecuencia de una enfermedad del cuerpo). Pero la pregunta que despierta

nuestra atención es otra: ¿cómo puede un drama derivar en una enfermedad del cuerpo? Cuando nos preguntamos acerca de la relación entre el alma y el cuerpo, sabemos, desde el primer momento, que desembocamos en una cuestión tristemente célebre que desafía los intentos de comprensión ensayados por el intelecto.

Recordemos ante todo que la evolución de lo que el hombre ha llegado a creer, enfrentado desde antiguo con la intrigante cuestión del alma y de su relación con el cuerpo, ha recorrido esquemáticamente dos etapas: la del pensamiento mágico y la del pensamiento lógico. El hombre primitivo vivía en un mundo en el cual todos los seres, aunque no fueran seres vivos, estaban animados por intenciones: los árboles tenían alma, las piedras tenían alma, el rayo y el trueno tenían alma.

Luego, a medida que evoluciona, el ser humano llega a ver en el alma una “sustancia” etérea que entra en el cuerpo como un soplo vital cuando el hombre nace, y sale con el último aliento cuando expira, es decir, cuando muere. El hombre civilizado que hoy predomina no piensa ni asume que el rayo, el trueno o los vegetales estén “habitados” por algún tipo de pensamiento, sentimiento o voluntad. Aunque la palabra “animal” designaba originalmente a los seres animados, es decir, seres con alma, la ciencia de nuestros días, por lo general, sólo admite una vida psíquica para el caso de los animales que suelen denominarse “superiores”. Asume que los animales que denomina inferiores “vegetan” como los vegetales, sin ningún tipo de consciencia.

Veamos ahora el conjunto de ideas en las cuales actualmente una inmensa mayoría

de seres humanos cree y que determinan su modo de pensar en lo que se refiere a las relaciones entre el cuerpo y el alma.

El hombre existe como un cuerpo físico, material, que ocupa un lugar en el espacio, pero en alguna parte de su cabeza hay un espacio psíquico o mundo interior en el cual reside la consciencia. Cada acontecimiento es el producto de una causa que produce sus efectos por medio de mecanismos. Cuando el cuerpo desarrolla un cerebro, aparece, como un producto de su funcionamiento, la mente, aunque no se conoce todavía el mecanismo por el cual esto sucede. El cuerpo genera los instintos que originan los deseos o las tendencias de la mente. Hay una representación del cuerpo en la mente, una imagen interna de nuestro cuerpo físico. También hay una influencia del cuerpo en la mente mediante

sustancias que, como la adrenalina o el alcohol, alteran el funcionamiento del cerebro. Hay, además, cambios cerebrales producidos por la mente, y una influencia del sistema nervioso en el resto del cuerpo, lo cual permite que la mente influencie al cuerpo entero. Todos estos son conceptos que forman parte de lo que Ortega llamaba un suelo de creencias, es decir, un lugar indiscutible al cual estamos habituados, que solemos proteger manteniéndolo a cubierto de cualquier tipo de cuestionamiento y que usamos como apoyo de las otras ideas, que son las ideas que aceptamos discutir.

Es necesario subrayar dos cuestiones. La primera consiste en que el alma o su equivalente, la vida psíquica (que es el alma vestida con el ropaje conceptual de la ciencia), es siempre concebida, con formas o variantes de

mayor o menor complejidad, a partir del conocimiento de la consciencia humana. Un conocimiento que cada hombre sólo puede adquirir (por introspección) contemplando su propia consciencia, mientras asume que cada uno de sus semejantes posee una propia y similar. La segunda cuestión se relaciona con la primera, porque reside en un hecho singularmente antitético con la cuestión anterior. Se trata de que el conocimiento científico pretende, o al menos intenta, ser objetivo y basarse en la adecuada percepción de lo que suele llamarse “exterior”.

Cuando el científico utiliza la observación de un modo riguroso, suele decirse a sí mismo: “Necesito ver para creer”. Pero la cuestión de que hay que ver para creer no es tan sencilla como en primera instancia parece. Jakob von Uexküll, en un libro que hoy ya es un clásico,

*Ideas para una concepción biológica del mundo,*  
relata:

En el tiempo en que Brasides de Metaponto dominaba como exarca, en la India celebrese una gran reunión religiosa, en la que brahmines y budistas disputaban acerca del ser del alma. El príncipe griego se mofaba de los sabios de Oriente que conversaban con tanto ardor de cosas invisibles. Entonces se adelantó un brahmín y dijo:

—Exarca, ¿por qué cree que el alma es invisible?

El príncipe se rio y dio por respuesta:

—Lo que yo veo es tu cabeza, tu cuerpo, tus manos, tus pies, ¿acaso tu cabeza es tu alma?

—No —respondió el brahmín.

—... O tus manos, o tu cuerpo, o tus pies.

Siempre tuvo el brahmín que responder que no.

—... ¿Entonces accedes a que tu alma es invisible?

—Señor —respondió el brahmín—, eres un príncipe poderoso, de fijo que no viniste a pie hasta aquí, ¿viniste a caballo o en coche?

—Vine en coche —dijo sorprendido el exarca.

—¿Es invisible tu coche? —preguntó el brahmín.

—De modo alguno —dijo riéndose el exarca—. Allí está visible para todo el mundo con cuatro blancos caballos árabes enganchados a él.

—¿Es la lanza el coche? —preguntó el brahmín imperturbable.

—No.

—¿O las ruedas o el asiento? —El exarca siempre tenía que responder que no.

—Ruedas, asientos y lanza los veo bien —dijo el brahmín—, pero al coche no puedo verlo porque es invisible.

Esta historia nos muestra con su sencillez conmovedora que para ver no basta con mirar; sólo podemos ver cuando tenemos una idea de lo que busca la mirada. El dedo índice se llama de ese modo porque cumple la importantísima función de indicar o señalar, pero es inútil señalar cuando no se comparte una idea acerca de aquello que se procura ver. Lo que carece de significado es imperceptible.

No sólo se trata entonces de ver para creer, también es cierto que no puede verse lo que no pertenece al conjunto de lo que creemos. Ortega sostiene, como dijimos antes, que discutimos las ideas desde el fundamento constituido por nuestras creencias y que, precisamente por eso, el poner en duda una parte de lo que creemos es una difícil cuestión que genera violencia. La historia nos demuestra sin embargo que, cuando se alcanza un punto crítico que no admite otro desenlace, también nuestras creencias, a pesar de todo, cambian, y que lo hacen a través de un proceso doloroso.

## XI

### Una breve incursión en el mundo de Freud

En 1895, Breuer y Freud descubrieron que un trastorno que se manifestaba en el cuerpo, la histeria, se comprendía mejor como resultado de un trauma psíquico que como una enfermedad física del sistema nervioso. Hoy esto parece un lugar común, pero en aquella época fue realmente un pensamiento audaz que formaba parte de lo increíble. Los síntomas de la histeria desaparecían, además, cuando las

enfermas, venciendo una resistencia, recordaban el trauma y revivían sentimientos penosos olvidados.

Reparemos en que a partir de ese punto, crucial en la historia de la medicina, Freud hizo dos descubrimientos importantes. En primer lugar, descubrió que los sueños, un fenómeno cotidiano que intrigó al hombre durante siglos, no son un producto absurdo, sin sentido, de la actividad desordenada de nuestro sistema nervioso durante el reposo, sino que, por el contrario, en ellos “vivimos como verdadera” la realización de propósitos nuestros que representan de manera encubierta el cumplimiento de deseos que no admitimos en nuestra consciencia. Los sueños eran pues interpretables, y la interpretación que Freud hizo acerca de su significado constituyó una contribución trascendental, porque, aunque seguía las huellas de antiguos

caminos del pensamiento humano, se insertaba esta vez dentro del edificio de la ciencia. En una carta a su novia, le escribía que un día se colocaría en su casa una placa diciendo que allí se reveló al doctor Sigmund Freud el enigma de los sueños, y efectivamente, una placa semejante existe hoy allí. También descubrió Freud que los actos fallidos, las equivocaciones que con frecuencia cometemos cuando intentamos realizar un propósito, representan el triunfo de otras intenciones que no son conscientes y que contradicen nuestros propósitos conscientes.

Es importante destacar que los descubrimientos de Freud no sólo extendieron la comprensión de la histeria a un campo más amplio que incluye los trastornos que la medicina denominó neurosis o psicosis, sino que también interpretaron fenómenos de la vida cotidiana que forman parte de lo que consideramos

normal, como los sueños, los actos fallidos y los chistes. La palabra “neurosis”, que por su etimología significa degeneración nerviosa, contiene una antigua teoría acerca del origen de estas afecciones, que Freud contribuyó a superar interpretando que la neurosis es el resultado de un conflicto entre propósitos conscientes e inconscientes o entre propósitos que permanecen, todos ellos, inconscientes.

Alguna vez se ha dicho que la mayor dificultad de todo pensador revolucionario es que su lenguaje y los conceptos que han conformado su intelecto son producto de los modelos de pensamiento que intenta cambiar. Esto nos permite comprender que la obra freudiana tolere, y aun facilite, interpretaciones equívocas que retrotraen su pensamiento a los antiguos carriles. Los pensamientos que forman el suelo de creencias sobre el cual se apoya un gran

número de psicoterapeutas se constituyen, así, “agregando” los descubrimientos y los postulados freudianos que tienen mayor aceptación al modo de pensar consensual y habitual, sin reparar en el hecho de que, en el fondo, la obra de Freud cuestiona ese modo habitual de pensar. Como resultado de ese *collage*, se suele pensar que la vida psíquica inconsciente configura una realidad intermedia entre las cualidades que caracterizan al cuerpo y las que caracterizan a la consciencia y, a partir de este punto, que hay trastornos del cuerpo que son el producto de una causa psíquica inconsciente que opera como un mecanismo, lo cual lleva implícita una contradicción que introduce por una ventana lo que saca por la puerta.

Como hemos visto, el psicoanálisis nació junto con la idea de que un trauma psíquico que había sido reprimido y que, por lo tanto,

el enfermo no podía recordar conscientemente podía producir las alteraciones en el cuerpo que se observaban en la histeria. Esto nos lleva a dos cuestiones importantes que ponen en crisis nuestra manera habitual de pensar: la primera consiste en la existencia de una vida psíquica inconsciente, y la segunda infunde una mayor intriga al problema de la relación entre el alma y el cuerpo. En el comienzo de su obra, Freud ya se ocupó de la primera cuestión, mientras que acerca de la segunda hizo contribuciones importantes en uno de sus últimos escritos.

En cuanto a la primera cuestión, digamos que nuestra experiencia de la vida psíquica permanece ligada a nuestra consciencia, de modo que, cuando pensamos en algo que al mismo tiempo que psíquico sea inconsciente, nos vemos forzados a pensar en alguna forma

especial de vida psíquica acerca de la cual no tenemos noticia directa, una forma que sólo se nos revela, indirectamente, a través de manifestaciones que irrumpen de pronto en nuestra consciencia dejándonos la fuerte impresión de que se trata de un asunto que existía ya, preformado y oculto, en algún estrato de nuestro organismo. A veces sucede de este modo cuando, de pronto, nos “viene” a la mente algo que no lográbamos recordar. Freud mencionaba un experimento muy claro y revelador que, si mal no recuerdo, fue realizado por Bernheim. Se le ordena a un sujeto hipnotizado que, una vez despierto, abra un paraguas que verá en la habitación, agregando que olvidará que ha recibido esa orden pero que, igualmente, la deberá cumplir. Cuando el experimento tiene éxito, el sujeto, desconcertado, realizará ese acto sin saber conscientemente por qué,

y agregará con frecuencia lo que llamamos racionalizaciones. Podrá decir, por ejemplo, que quería comprobar si la tela del paraguas estaba en buenas condiciones. Desde entonces, innumerables experiencias clínicas han consolidado la hipótesis de un psiquismo inconsciente. Sin embargo, la cuestión trascendental no es esta, sino que, a partir de este punto, el concepto mismo de lo psíquico ha cambiado, ya que la cualidad esencial que lo define no es ahora la consciencia (que ha pasado a ser una cualidad accesorio), sino la significación, el sentido, una cualidad que la mayoría de las veces existe sin necesidad de consciencia. De acuerdo con lo que Freud definió en su libro *Psicopatología de la vida cotidiana*, un acontecimiento posee sentido cuando puede ser ubicado dentro de una secuencia, una serie de sucesos que marchan en alguna dirección,

que obedecen a un propósito, que poseen una intención, que conducen hacia un fin y que, además, son “sentidos” como algo que complace o disgusta. Veamos ahora la segunda cuestión...



## XII

### Las últimas afirmaciones de Freud

Los seres vivos, tal como lo afirma Weizsaecker, son objetos que contienen un sujeto o, también, en palabras de Portmann, poseen una interioridad que los anima. Pero un cerebro o el cuerpo no producen la mente o el alma y menos aún podrían hacerlo de la misma forma en que el hígado produce la bilis o la tiroi-des, su hormona. La bilis se percibe como un fenómeno material que pertenece al universo

de la física, pero la mente no. Por eso suele hablarse de un misterioso “salto” entre la mente y el cuerpo. Cuando se corta en dos mitades un platelminto, cada una de esas dos mitades reproduce un gusano completo. Obviamente, la mitad a la cual pertenece la cola se “fabrica” a sí misma un cerebro, lo cual significa que la “idea” correspondiente al plan organizador del cerebro no está en el cerebro.

Es evidente que los conceptos de materia y espacio son impertinentes cuando se trata de la existencia psíquica. La historia de Francia se relaciona con el territorio que denominamos “Francia”, pero no está toda entera precisamente allí. El conjunto que llamamos “historia de Napoleón” no radica completamente en ninguno de los libros que sobre él se han escrito, como tampoco radica sólo en la cabeza de un historiador. La mente de un ser humano se relaciona

de manera íntima con su cuerpo y su cabeza, pero no reside únicamente allí, sino que también “vive” en las relaciones que establece con los seres de su entorno y en los afectos que se originan en sus órganos. El alma de un hombre podrá viajar con él o debilitarse, a veces, cuando muere, pero no se la encontrará “localizada” en algún lugar de su cuerpo. Vemos entonces que el espacio psíquico es siempre un espacio metafórico, imaginario, cuyas propiedades son distintas de las que atribuimos al espacio físico (de la física clásica). Recordemos que Descartes hablaba de la cosa extensa y de la cosa pensante, relacionadas entre sí a través de Dios, pero recíprocamente irreductibles, en el sentido de que ninguna de ellas podía ser descrita desde las cualidades que caracterizaban a la otra. Esta parte de su filosofía, que fundamenta lo que suele denominarse paralelismo psicofísico, se

halla implícita en la enseñanza que recibimos y en nuestra manera de pensar acerca del cuerpo y el alma. Sucede entonces que, cuando queremos construir el puente a través del cual se relacionan en un ser vivo su parte física y su parte psíquica, nos encontramos con que ese ser viviente carece de una tercera “parte” que pueda vincularlas. El pretendido puente se esfuma así en nada, no corresponde a cosa alguna, ni extensa ni pensante, se transforma en una especie de “vacío” a través del cual ocurre el misterioso salto. O también, como a menudo sucede, se transforma en un puente levadizo que permanece conceptualmente levantado en una sola orilla, fracasando en el intento de cerrar desde allí la brecha que separa el alma del cuerpo.

Por fortuna, podemos decir que Freud no nos dejó desamparados en este callejón sin salida, pero es cierto que comprender esta parte

de su pensamiento nos exige el esfuerzo de pensar de un modo diferente a como lo hacemos siempre, cuando nos apoyamos en conceptos que provienen de la filosofía cartesiana y que habitualmente solemos usar de manera implícita, como juicios prepensados, sin volver a pensarlos. Se explica de este modo que esta parte de la obra freudiana sea la que con más frecuencia pasa desapercibida. En 1938, hacia el final de su vida, Freud sostuvo que lo que solemos percibir en un ser vivo como un proceso meramente físico es también un elemento genuinamente psíquico cuyo significado permanece inconsciente. Nadie diría que una persona que llora sufre un trastorno físico, pero si los fenómenos que acompañan a la efusión de lágrimas para configurar el llanto, es decir, la tristeza, los lamentos y los sollozos, permanecieran todos ellos reprimidos,

diríamos que las lágrimas derramadas configuran el trastorno ocular, “de naturaleza física”, que denominamos “epífora”.

En esa postulación de 1938, que de acuerdo con lo que Freud afirma constituye una de las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis, rechaza enfáticamente el paralelismo psicofísico. ¿Cuál es la conclusión, entonces, a la cual llegamos? La lectura atenta de lo que Freud sostiene nos conduce a pensar que lo que denominamos “psíquico” y lo que denominamos “somático” (es decir, el cuerpo físico de un ser vivo) no son realidades que existen de por sí más allá de la consciencia que las examina. Son dos maneras diferentes con las cuales nuestra consciencia registra una misma realidad inconsciente que proviene de los distintos estratos de un organismo vivo. ¿No llamamos acaso a unas ondas

sonidos mientras que a otras las denominamos imágenes?

Físico, material o somático es entonces lo que percibimos mediante nuestros órganos sensoriales ocupando un lugar en el espacio de la física clásica. Psíquico o anímico, lo que posee un significado, un sentido en la doble acepción de finalidad y afecto, que se desarrolla en una secuencia temporal configurando una dramática histórica. El mundo psíquico puede ser esquematizado en el espacio metafórico de un campo de fuerzas, pero allí el significado que lo caracteriza se degrada hasta convertirse en una forma atrófica. Adquiere una representación más rica en la figura visual de un escenario en el cual transcurren los actos de un determinado drama, y florece en la plenitud de su forma en la secuencia temporal de una narrativa lingüística (originalmente

auditiva) que aumenta el espesor de la trama afectiva. La investidura de un juez, de un monarca, de un presidente o de un profesor no sólo se experimenta como una cantidad mensurable de poder o de prestigio, sino sobre todo con la cualidad de una determinada autoridad o dignidad, en un cargo que suele representarse con una vestidura, como es el caso, por ejemplo, de la toga del juez o el uniforme del soldado. La transferencia, ese famoso fenómeno central de la experiencia y de la teoría psicoanalítica, es una reedición histórica del pasado en el presente, y no sólo un desplazamiento “físico” de una cantidad. El olvido no es sólo el producto de una cantidad de fuerza represora o el desgaste de una huella física, es también el resultado de una censura intencional y personal. Un valor no puede ser representado adecuadamente con un número,

porque un número no logra transmitir la cualidad del afecto que le ha dado origen.



## XIII

### Cien años después

¿Dónde estamos hoy, cien años después del giro que produjo la obra de Freud en el pensamiento humano? A pesar de que seguimos valorando la importancia de los traumas psíquicos pretéritos y reprimidos, hoy comprendemos mejor que la historia es un relato que siempre alude a la situación actual. Nos hemos hecho cada vez más sensibles a la percepción de la transferencia, ese fenómeno fundamental por el cual nuestra historia, todo lo que constituye nuestro pretendido

“pasado”, vive en el presente como una actualidad plena de significancia en nuestra convivencia cotidiana. Un presente que consideramos “atemporal” porque, lejos de quedar ubicado “entre” los tiempos tradicionales que denominamos “pretérito” y “futuro”, es el único “lugar” donde existen el ayer y el mañana. Vivimos el instante presente “entre” la nostalgia y el anhelo, pero la nostalgia y el anhelo son ahora.

Aunque siempre estamos siendo en un transcurso que se define entre un pasado y un futuro, y aunque podemos decir que la transferencia es la permanencia de un hábito, el presente se constituye como una plétora de significado en la cual confluyen un argumento histórico, un sentimiento actual y un proyecto que también es actual.

Puede decirse, por un lado, que nada existe “fuera” de hoy, y que todo lo que hay existe

en el presente, porque lo que fue ya no existe (más que en la actualidad del recuerdo) y lo que será no existe todavía (más que en la actualidad del deseo o el temor).

Pero también puede decirse, por otro lado, que todo presente es atemporal “desde otro ángulo”, dado que lo pasado no ha terminado de ocurrir, ya que lo sucedido arroja sus productos sobre lo que actualmente ocurre y lo que sucederá ha comenzado ya.

El estudio de la histeria nos enseñó que una historia se puede presentar bajo la forma de un síntoma, pero nuestro interés hoy se ha desplazado hacia la influencia que ejerce la historia en la formación del carácter. Reparemos en que el carácter no sólo se configura con rasgos que corresponden a cualidades como la impulsividad, la prolijidad o la competitividad, sino que también se establece

en la forma corporal, en la cual se “hacen carne” multitud de experiencias que conscientemente no se recuerdan. Hay afectos que experimentamos de manera aguda, como un “ataque” de rabia o de celos que puede durar minutos u horas, y otros que constituyen estados afectivos duraderos que, como el resentimiento o la amargura, pueden enraizarse en el carácter. Nuestro creciente interés en el carácter nos condujo a prestar una atención mayor a los estados afectivos duraderos. Cuando los afectos que perduran son penosos y nos sentimos atrapados en un callejón sin salida, nos encontramos en presencia de una crisis que podemos denominar “biográfica”, ya que nos enfrentan con la necesidad de un cambio importante en la forma en que vivimos o en la meta hacia la cual apuntamos nuestra vida. Es común que enfrentemos esos malestares

como si se tratara de “problemas”, pero hemos aprendido que los sufrimientos duraderos no son simples “problemas”.

Problemas son las cuestiones que nos plantean la necesidad de una solución intelectual, pero el malestar al cual nos referimos, íntimamente vinculado con afectos reprimidos, muy pocas veces puede resolverse mediante el pensamiento racional. A menudo el intentarlo desemboca inútilmente en un “dolor de cabeza”, ya que, simplificando un poco y expresándonos de manera metafórica, podemos decir que la cabeza “late” y duele cuando intentamos que funcione como si fuera un corazón. La esperanza de liberarnos del malestar a través de una decisión meditada desconoce el hecho de que las mejores “decisiones” de nuestra vida suelen surgir como producto de un proceso que se resuelve en la sombra y que

casi nunca se experimenta como una decisión voluntaria. Detrás de las decisiones difíciles, que rayan lo imposible, frecuentemente se esconde la intención de no verse obligado a comenzar un duelo por algo que inevitablemente hay que re-signar, lo cual no sólo constituye una renuncia, sino también un “cambio del signo” inherente a su significación.

Agreguemos que lo que Freud nos enseñó acerca de los actos fallidos se nos revela hoy muchísimo más amplio de lo que habíamos sospechado. No sólo se trata de que nuestras equivocaciones representen el éxito de propósitos que conscientemente ignoramos y que se imponen por su fuerza a la intención voluntaria. Hay algo más. Desde Freud sabemos que los actos fallidos, los actos de término erróneo, pueden contaminar diversas acciones voluntarias, pero si tomamos un vaso de

agua y comenzamos a toser, el acto perturbado incluye funciones vegetativas que están más lejos de la consciencia que aquellas que pertenecen a lo que suele llamarse la “vida de relación”. ¿No podemos acaso continuar “hacia adentro” e interpretar del mismo modo un espasmo del esófago o de las vías biliares en el proceso de ingerir o de digerir una comida? ¿O pensar que una función alterada es un acto fallido en el cual los dos propósitos, no sólo el perturbador sino también el perturbado, son inconscientes? La investigación psicoanalítica de algunos trastornos que configuran síntomas comunes en enfermedades bien conocidas ha confirmado repetidamente que, dentro de los propósitos que pertenecen a la vida vegetativa, también podemos reconocer el conflicto de intereses que configura a los actos fallidos “comunes”, en los cuales uno de

LUIS CHIOZZA

los propósitos conflictivos, el que juzgamos perturbado, permanece consciente.

## XIV

### Una nueva imagen del hombre

Cuando un cirujano en el quirófano explora el abdomen del paciente y procura extraerle los cálculos que encuentra en sus vías biliares, suele acompañar su exploración visual con otra simultánea realizada con los rayos x. En ese caso, el cirujano contempla dos imágenes de la vesícula biliar: una es la que ve y la que toca en el abdomen abierto, y otra es la que observa en la pantalla de radioscopía, cuya apariencia es muy diferente, tan diferente

como para que haya que “aprender a ver” una vesícula en las formas visuales de una pantalla de radioscopia. Pensamos que la vesícula que está en el abdomen es la vesícula real y que la vesícula que se ve en la pantalla es un producto artificial, una representación, construida por medio de los rayos x, de la vesícula real que se ve y que se toca en el abdomen. Pero un físico no pensaría así. Él diría que la vesícula que percibimos visualmente en la radioscopia es el producto de un primer proceso por el cual la pantalla registra la modificación que la vesícula real produce en la trayectoria de los rayos x, mientras que la que percibimos visualmente en el abdomen es el producto directo de los rayos luminosos que la vesícula refleja. La única diferencia es que una es una representación indirecta e inhabitual, mientras que la otra es una representación directa

y habitual. La vesícula que en el abdomen vemos tampoco es la vesícula real, ya que todo lo que vemos es el producto del encuentro entre los medios perceptivos y las cosas reales. No sólo el color sino también la forma de una célula que observamos mediante el microscopio dependen de cuál sea el “reactivo” que la transforme en visible. Nos damos cuenta entonces de que lo que llamamos “mundo real”, el mundo físico, no es más real que ese otro mundo, el mundo psíquico, que no se percibe “directamente” con los mismos órganos. Por eso preferimos decir que nuestra consciencia tiene dos ventanas: una ventana por donde entran las percepciones que se organizan en una imagen física del mundo y otra ventana por donde entran las sensaciones que utilizamos para otorgar una significancia a los recuerdos que constituyen la historia.

Imaginemos ahora, en un mundo hipotético, un ingeniero en electrónica que ignora que existen las computadoras. También ignora cuanto se refiere al juego de ajedrez e ignora inclusive la existencia de un juego que lleva ese nombre. Imaginemos también que ha sido encerrado e incomunicado en una celda, sin más compañía que sus instrumentos de trabajo y una computadora exclusivamente diseñada para jugar al ajedrez. Es posible que decidiera explorar el artefacto que le ha sido otorgado y que su exploración lo llevara a desarmar cuidadosamente el aparato. El primer resultado de su investigación (que podríamos, comparativamente, llamar “anatómica”) lo llevaría con mucha probabilidad a establecer los lugares en los cuales el aparato puede ser separado en partes que se pueden volver a reunir. Es posible que luego, armándolo y poniéndolo

en funcionamiento, realizara una investigación distinta (a la cual, prosiguiendo con la comparación, llamaríamos ahora “neurofisiológica”), que le permitiera descubrir cosas tales como que la pantalla se apaga cuando se interrumpe una conexión, o que cuando desconecta otras estructuras, que se llaman bancos de memoria, no puede recuperar algunos signos en el monitor. También es posible que se le ocurra medir (diríamos ahora “electroencefalográficamente”) el voltaje o el miliamperaje en distintos puntos del circuito y en los diferentes momentos en que la máquina funciona. Habiendo llegado a este punto, el ingeniero ha logrado aprender mucho sobre la máquina que explora. Lo comprueba el hecho de que, si el artefacto se dañara, él podría tal vez repararlo. Podría, por ejemplo reparando un cable, volver a conectar el *mother board* y el

teclado. Sin embargo, todavía ignora para qué sirve la máquina y por qué ha sido creada. No sabe cuál es el sentido (o el significado) de su existencia. Tampoco puede entender (como a veces le sucede a un médico) por qué, aunque su exploración y sus instrumentos no registran anormalidades, la máquina se atasca, se “cuelga” y no funciona más. Pero nuestro ingeniero, en su celda, dispone de mucho tiempo y carece casi completamente de una solicitud exterior. Lo podemos imaginar jugando con los diversos comandos de la computadora que “físicamente” exploró, y suponer que un día comenzará a observar una relación entre los cambios de la pantalla y las teclas que oprime, llegando a generar combinaciones de signos en el monitor. También es posible que descubra que estas combinaciones de signos son “jeroglíficos” que representan transformaciones en

el estado de algo que el ingeniero todavía ignora. Seguramente descubrirá pronto que hay combinaciones que la máquina no permite y entenderá por fin (“psicológica o psicoanalíticamente”) que, sin ninguna alteración física visible, la máquina se atasque cuando insiste en mover una torre como si fuera un alfil. Habrá descubierto entonces que hay reglas (que corresponderían, por ejemplo, a las normas “morales”), que hay movidas legales y otras ilegales, y así, tal vez, y luego de mucho tiempo, descubriría que existe el ajedrez, y hasta llegaría, quizá, a establecer los criterios (éticos y estéticos) que caracterizan una buena y una mala partida.

Sabemos que los significados que habitan el mundo de la informática no residen solamente en los programas que la computadora es capaz de interpretar, sino también en la manera

en que se han creado sus circuitos. Para decirlo en los términos actuales: el *software* está también en el *hardware*, es decir que en la construcción física de la máquina también “hay” un programa. Esto, que es evidente en la computadora, vale en realidad para el caso de cualquier tipo de máquina. Una máquina como el molino o como el reloj se halla constituida por partes físicas que se relacionan, mecánicamente, de tal modo que cada uno de sus movimientos puede ser visto como el efecto de una causa, pero esto no quita que lo que constituye a la máquina es su “razón de ser”; su “propósito” se comprende cuando se contempla lo que su funcionamiento, que depende de la relación entre sus partes, produce. Este tipo de comprensión, que utiliza el ingeniero para diseñar una locomotora, es la misma que ayuda a un biólogo frente al riñón

del mamífero. La construcción anatómica del ser humano tiene un significado semejante a la construcción de los circuitos de una máquina que sirve a un propósito.

Cuando examinamos la disposición del tejido que constituye un riñón, comprendemos que la organización de su estructura se explica en virtud de la función que realiza. Pero la función de un riñón está al servicio de una finalidad, cumple con un propósito, y un propósito es algo que no cabe en un modelo físico del mundo.

Nos hemos formado en la idea de que los organismos biológicos son entes fisicoquímicos que, un buen día, empiezan a funcionar psíquicamente, pero si aceptamos que la vida psíquica, en su mayor parte inconsciente, se define por el significado, y no por la consciencia, toda estructura biológica que sirve a un

propósito es un “ente” psíquico cuya importancia no es menor a la que adjudicamos a un existente material. Podemos concluir en que no existe un cuerpo que viva sin alma, porque la función (que explica, además, la forma del cuerpo y la intimidad de su estructura orgánica) lo convierte en el cuerpo animado que consideramos vivo. Tal como lo expresara William Blake, llamamos cuerpo a la parte del alma que se percibe con los cinco sentidos, y llamamos alma (nos vemos forzados a agregar) al sentido que, en su doble significado de sensibilidad e intención, caracteriza y “anima” a los cuerpos que viven. Tal vez se dirá que de este modo volvemos al concepto aristotélico de entelequia, del cual se ha dicho que es metafísico, vago y completamente alejado de las ocupaciones de la ciencia, pero de acuerdo con lo que argumenta impecablemente Sheldrake,

lo mismo podría decirse, como concepto, del programa genético que determina la forma de un organismo y la de cada una de sus partes, concepto en el cual, de un modo inevitable, se apoya la biología actual.

San Agustín se cuestionaba en sus *Confesiones*: “¿Qué es, pues, el tiempo? Si nadie me lo pregunta, lo sé; pero si quiero explicárselo a quien lo pregunta, no lo sé”. Algo similar ocurre con la relación entre el alma y el cuerpo. Cuando masticamos un caramelo no nos preguntamos jamás si lo masticamos con el alma o con el cuerpo, así como tampoco nos preguntamos, cuando estrechamos la mano de un amigo, si nos relacionamos con su alma o con su cuerpo. El rayo siempre precede al trueno, y esto nos lleva a pensar, casi sin darnos cuenta, que el rayo produce el trueno, pero ambos fenómenos, uno visual

y otro auditivo, nacen al mismo tiempo de un fenómeno electromagnético que llega con velocidades distintas a nuestros ojos y oídos. Análogamente, podemos decir que el cuerpo no produce el alma y que el alma no produce el cuerpo. Diremos entonces que el cuerpo es la parte del alma que se ve y que se toca, y que el alma, tanto en la salud como en la enfermedad, es la parte de las funciones vitales del cuerpo que se comprende, empáticamente, como sensibilidad y como intención.

## XV

### Los destinos del drama

Vistos desde el punto de vista que más nos interesa, nuestros dramas, como ya lo hemos dicho, tienen tres destinos. El primero consiste en evolucionar conscientemente y ocurre cuando, inmersos en un drama, lo enfrentamos e intentamos resolverlo, aceptando, mediante un proceso de duelo, lo que no tiene remedio, y remediando, con esfuerzo, dentro de la realidad, lo que puede ser remediado. Hay otras situaciones en las cuales sentimos que se nos

acaban los recursos y las fuerzas para resolver un drama genuino que no podemos soportar. Intentamos entonces comportarnos, a veces, como si el drama no existiera o como si su existencia no nos importara. Se trata de una conducta en la cual el consenso nos apoya con los consejos habituales que ya hemos mencionado: “Olvídalo”, “piensa en otra cosa”, “no le des importancia”. A veces conseguimos eso y, al menos momentáneamente, no pasa nada malo. Se configura de ese modo el segundo de los destinos de un drama. En nuestra jerga psicoanalítica, se suele hablar entonces de una represión exitosa, aunque es frecuente que, más tarde o más temprano, las cosas empeoren, ya que los dramas “desatendidos”, que entretienen parte de nuestras fuerzas en el proceso de mantenerlos reprimidos, terminan por producir complicaciones cuando la vida

nos impone otros esfuerzos. El tercer destino de un drama genuino nos enfrenta en cambio con una situación distinta. Hay dramas que, cuando nos comportamos con ellos como si no existieran o como si no importaran, vuelven bajo una forma nueva y nos obligan a “vivir con eso”. Una de esas formas nuevas en la que los dramas vuelven es la que percibimos como una enfermedad del cuerpo. Nos encontramos entonces con un drama distinto, el drama que deriva de nuestro cuerpo enfermo. Tapando de ese modo el drama original y víctimas del nuevo drama que la enfermedad configura, permanecemos encerrados en ese laberinto y en sus consecuencias, porque hemos perdido el hilo de Ariadna que vincula el drama primitivo con la enfermedad que hoy nos aqueja. Podemos decir entonces que la enfermedad del cuerpo es una historia, un

afecto, un drama en el alma, que se ha ocultado allí, en el cuerpo, y que se nos presenta, ahora, escondido en el disfraz que le otorga una cara inesperada y nueva.

Cuando estudiamos los distintos dramas como otras tantas vicisitudes de los afectos que ocultan, llegamos a descubrir que tenemos distintos recursos para cambiar la carátula de un drama. Si sentimos, por ejemplo, un temor y un odio insoportable por una determinada persona a quien también amamos, podemos dirigir los sentimientos hostiles en una dirección distinta de aquella que en realidad los motiva. Habremos de este modo solucionado un conflicto, pero pagando el precio de experimentar afectos que la realidad no justifica, como los que configuran el trastorno que denominamos fobia. Otro modo de cambiar la carátula de un drama es vivir en la

irrealidad de una creencia pensando que nos satisface más de lo que puede hacerlo la realidad penosa. Cuando nos comportamos como si los dramas no existieran, tratamos de ver la realidad “con otros ojos”, y cuando esto llega a un punto extremo, nos encontramos con otra forma conocida de la enfermedad que se llama “psicosis”, caracterizada psiquiátricamente como un trastorno del juicio de realidad. Por fin, como hemos dicho antes, también podemos por ejemplo transformar el temor en una taquicardia o en una diarrea. Entre los innumerables encubrimientos somáticos de los afectos, la diarrea es uno de los más transparentes, como lo testimonia la palabra “cagazo”, que el lenguaje popular utiliza.

Es fácil darse cuenta de que, cuando un enfermo se alivia o se cura sin recuperar el drama primitivo que la enfermedad ocultaba,

corre el riesgo de quedar expuesto a otros desenlaces equivalentes de carácter penoso y aun perjudicial: pleitos, accidentes de trabajo, quiebras comerciales, divorcios o, sencillamente, el alta, por ejemplo, en el consultorio de gastroenterología, seguida por el ingreso en el consultorio del cardiólogo. No suele haber consciencia en el paciente ni en el entorno de que el nuevo padecimiento es un precio pagado por el haber resuelto precipitadamente el anterior. Podríamos decir, entonces, que el alivio obtenido en esas condiciones es un alivio torpe, que algunas veces se parece, en un cierto sentido, a la actitud del hombre primitivo cuando, ignorante, buscaba aliviar su sufrimiento por medios que hoy consideramos absurdos y descaminados.

Debemos admitir que no reprimimos un drama sólo porque nos resulta insoportable o

difícil convivir con él; lo reprimimos, además, porque solemos ignorar las consecuencias y el precio de la “factura” que tendremos que pagar. Llegamos de este modo a una cuestión fundamental. Lo que la medicina puede hacer frente a la enfermedad tendrá siempre un límite marcado por las posibilidades del médico y por las del enfermo, pero es innegable que en esas posibilidades influirán los conceptos que han alcanzado consenso en el lugar donde ambos habitan. No forma parte de la práctica habitual, por ejemplo, que todo paciente que requiere una intervención quirúrgica sea estudiado, a los fines de conocer sus motivaciones inconscientes, con la misma regularidad con que se efectúan las pruebas “de rutina” y por las mismas razones por las cuales se las realiza, ya que el riesgo quirúrgico no sólo depende del tiempo que demora la sangre en coagular

o del estado cardíaco, sino también de las fantasías y de los deseos inconscientes con los cuales el enfermo aborda la intervención o la anestesia.

Cuando el esfuerzo médico se dirige hacia la tarea de cambiar el consenso, ingresa en el terreno de una educación sanitaria que no solamente procurará influir sobre los enfermos, sino también sobre los médicos y sobre los hombres de gobierno. Entre los motivos que nos inducen a incursionar en las costumbres, los prejuicios, las reglas o los hábitos que conforman nuestra convivencia y nuestra sociedad, ocupa un lugar destacado el hecho de que la indagación en los dramas que las enfermedades ocultan reintroduce en la enfermedad una dimensión espiritual y moral. Si aceptamos, por ejemplo, que la enfermedad no es totalmente ajena a la voluntad del

enfermo, establecemos al mismo tiempo cambios en los fundamentos actuales de las leyes y del sistema jurídico cuyas consecuencias estamos todavía muy lejos de poder apreciar.



## XVI

### La historia que se esconde en el cuerpo

Los dramas encubiertos son clásicos, y sin embargo cada uno de nosotros vive la vida de una singularísima manera, porque no hay seres humanos totalmente idénticos. Cada uno de nosotros es una combinación distinta, y sin embargo estamos formados por los mismos ladrillos. No somos sólo un conjunto de átomos o un conjunto de sustancias químicas iguales, también somos un conjunto de historias que

son tan típicas y tan universales como los átomos que nos constituyen. Los dramas que nos impregnan y nos constituyen son clásicos, son temáticas universales. Existe el drama de la culpa, el de la venganza, el de la expiación, el de la traición y muchos más. Pero estos dramas típicos y universales se combinan para formar historias que también son típicas y universales, aunque presenten variaciones en cada uno de los casos particulares. Cambian los escenarios, cambian los ropajes, cambian los personajes, cambian las épocas, pero el hilo argumental es reconocido, y precisamente por eso nos conmueve.

Si vamos al cine o al teatro, es porque algo hay de lo que allí sucede que es común con lo que nos ocurre. Los dramas universales son guiones, son estructuras dramáticas que conforman un modo típico de vivir, recordar y

narrar historias peculiares que giran alrededor de temáticas que son siempre las mismas. Es cierto que los dramas particulares que impregnan las vidas de personas diferentes son distintos entre sí. También lo son los enfermos que cada médico atiende, pero puede ejercer su labor precisamente porque las similitudes entre uno y otro caso le permiten hablar de enfermedades típicas y ayudar a un paciente usando lo que aprendió con otro. Para el médico es evidente, por ejemplo, que las cardiopatías isquémicas físicamente tienen, todas ellas, algo en común, que permite hacer el diagnóstico y decidir el tratamiento, y que es distinto de lo que tienen en común las neumopatías o las enfermedades autoinmunitarias. Podemos decir, de manera análoga, que el drama particular oculto en cualquier enfermo de una determinada enfermedad es típico

de esa enfermedad y distinto de los dramas que configuran otras.

La historia como disciplina científica estudia los hechos que una vez fueron percibidos y registrados, ordenándolos, crono-lógica-mente, en una secuencia temporal que permite concebir una relación lógica entre causas y efectos, pero la historia que se esconde en el cuerpo es, sin embargo, otra clase de historia. El producto del arte narrativo, que también denominamos historia, transmite la significancia de una experiencia que, como el “érase una vez” de los cuentos infantiles, es independiente de su ubicación en un espacio y en un tiempo determinados y reales. Este tipo de historia pertenece a un modo de pensar que, en lugar de representar la realidad como una suma algebraica de fuerzas o como la resultante geométrica de una conjunción de vectores, la representa

“lingüísticamente” con palabras que aluden ante todo al compromiso emocional de las personas, que constituye precisamente la cualidad dramática. A pesar de que el hábito intelectual de nuestra época nos conduce a considerar que las historias (en plural) son hermanas menores de la científica y “verdadera” historia, el fundamento del pensamiento histórico, el primordial de la interpretación histórica, nace precisamente de la narrativa, porque el relato, la leyenda o el mito son versiones de experiencias sempiternas o atemporales que nos permiten interpretar el significado dramático de un hecho histórico a partir de un presente en el cual ese significado continúa vivo y actúa.

Podemos decir que una historia, como relato, se forma siempre llenando de carne el esqueleto de una estructura “típica”, de una dramática, que desarrolla una intriga. Sin esa estructura

típica, es imposible la intriga. Tiempo, lugar, escenario, decorados, ropajes y actores, pero sobre todo las circunstancias, a veces insólitas, constituyen la carne que refuerza, como una caja de resonancia, el interés que despierta una particular historia. Su esqueleto, en cambio, armado con temáticas que, como la venganza o la expiación de la culpa, son atemporales, es tan universal y típico como lo son nuestras manos, nuestras orejas o las enfermedades que habitualmente sufrimos, y ese esqueleto temático es lo que constituye el último y verdadero motivo de nuestro interés en la historia.

Un relato será siempre el relato de un drama, y el interés que despierta es el producto de nuestra capacidad para “meternos” en la historia, negando en parte, intencionadamente, como lo hacemos en el cine, lo que al mismo tiempo sabemos, que se trata de una

representación, que el hecho dramático que la narración relata no está ocurriendo mientras se relata la historia. Freud señalaba que vivir es jugarse la vida, ya que la vida inevitablemente se pone entera, se apuesta en el vivir, y que cuando presenciamos una historia, oscilando entre la realidad y la ficción, entre una y otra de esas dos actitudes o “creencias” inconscientes, inmersos en una intriga que a veces alcanza a constituir el suspenso que “suspende” nuestro aliento (como si se pudiera con ello suspender la acción), apostamos confiadamente nuestra vida, identificándonos con algún personaje del relato, porque luego, cuando la historia culmina, retiraremos la casi totalidad de la apuesta “sin ganar ni perder” nada más que una “suma simbólica”. Sin embargo, la historia no sólo representa o relata un hecho dramático, ahora ficticio, que ya ha

terminado de ocurrir o que jamás ha ocurrido, sino que además la historia existe, como relato, y nos interesa, en la medida en que tiene la capacidad de representar un acontecimiento actual, inconsciente, que permanece “en curso” y cuya intriga no se ha definido todavía.

Cuando un hombre, en un momento dado, “pone” su vida en el significado de una historia que se le ha vuelto insoportable y la oculta, alejándola de su conciencia, esa historia, cuyo desenlace desea modificar, es un drama que permanece “detenido en el tiempo”, impidiéndole que retire su apuesta, como suele hacerlo algunos minutos, horas o días, después de que ha salido del cine. Las enfermedades “contienen” ocultas diferentes historias, y cada una de esas historias, tan típicas y universales como los trastornos orgánicos que el enfermo “construye” para enmascararlas,

se presenta en la consciencia del enfermo y en la del observador como un trastorno corporal distinto. En otras palabras, las distintas tramas históricas son “temas” que configuran dramas distintos, y los modos en que un hombre enferma son tan típicos como los temas que constituyen la trama particular y propia de las historias que cada una de las distintas enfermedades oculta. Si podemos comprender su sentido, es precisamente en la medida en que somos capaces de compartir afectivamente, desde nuestras propias experiencias vitales, su significado, porque todas ellas pertenecen, como es inevitable, al enorme repertorio de temáticas, recurrentes y sempiternas, que impregnan la vida de los seres humanos.

Si comprendemos que una historia no se realiza con los hechos que han “pasado”, sino precisamente con un significado afectivo que

“constituye” hechos y los enhebra como si se tratara de las cuentas de un collar, comprendemos también que el único acceso posible a un significado “pretérito” depende de que ese significado continúe perdurando en el presente, es decir, que conserve su sentido. De modo que una historia sólo puede relatar aquello que está vivo en el presente, aquello que “no ha pasado”, en el sentido de que no ha terminado de ocurrir. Cuando construimos una historia, atribuimos un tiempo, un lugar y un transcurso a una escena que, haya ocurrido o no tal como la recordamos en nuestro relato, condensa la significancia afectiva actual (que actúa en el presente) del instante en el cual se construye esa historia. Tiene, por lo tanto, muy poca importancia buscar en los datos de la memoria consciente del paciente, o en nuestra versión de “los hechos”, “lo que realmente aconteció”, porque lo que nos interesa del pasado es lo

que está vivo en la actitud y en la manera de vivir el presente. Muy por el contrario, es ese presente “vivo” el que produce la interpretación del pasado que llamamos historia, y es la realidad incontrovertible de esa producción dramática actual lo que asigna a toda historia su valor de verdad. Si renunciamos, en virtud de lo que señalamos, a la pretensión de una historia definitivamente “verdadera”, podemos comprender que cada una de las historias que nacen en nuestro campo de trabajo, cuando interpretamos el significado inconsciente de las enfermedades del cuerpo, constituye un valioso fragmento de “la verdad” buscada.

Podemos preguntarnos ahora: ¿cuál es la clase de verdad que buscamos? De cuanto llevamos dicho se nos ha hecho evidente que el intento más ambicioso, el intento que puede devolvernos mejor la capacidad y el bienestar más completos, es el que busca encontrar un camino que nos conduzca

a la primera carátula, al lugar donde “las cosas empezaron” cuando, frente a una encrucijada, elegimos la vía que desemboca en la enfermedad. Ese lugar “temporal”, metafórico y mítico, en el cual las cosas empezaron será siempre una inevitable representación de lo que ocurre actualmente cada vez que “de nuevo” elegimos lo mismo en la misma bifurcación, una representación que necesitamos usar para recorrer lo que padecemos, en la dirección inversa de la que constituye repetidamente su complicación. Aunque lo ambicionado no siempre se obtiene, el intento bien vale la pena, en especial cuando se realiza el esfuerzo sin caer en la terquedad de proponérselo “entre ceja y ceja”, ni en la ilusión de que se puede mientras tanto postergar la vida. Es cierto también que uno podrá resignarse, si no logra encontrar la punta del ovillo que se ha vuelto un embrollo, a perder una parte del hilo, eligiendo la opción de cortar

por lo sano, pero es necesario tener en cuenta que el precio que inevitablemente se paga por esa cirugía depende de la cantidad de hilo que forma el enredo.





