

# Textos de Antropología Médica

Viktor von Weizsäcker

Traducido y compilado por  
**Dorrit Busch**  
y **María Adamo**

**EDITORIAL DUNKEN**

**TEXTOS DE  
ANTROPOLOGÍA MÉDICA**

VIKTOR VON WEIZSÄCKER

TEXTOS DE  
ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Traducido y compilado por

DORRIT BUSCH - MARÍA ADAMO

**EDITORIAL DUNKEN**

Buenos Aires

2023

Weizsäcker, Viktor von  
Textos de antropología médica.  
Compilación de Dorrit Busch - María Adamo.  
1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dunken, 2023.  
368 p. 23x16 cm.

Traducción de: María Adamo - Dorrit Busch.  
ISBN 978-987-85-2764-2

1. Antropología Médica. I. Busch, Dorrit, comp. II. Adamo, María, comp.  
III. Título.  
CDD 306.461

Contenido y corrección a cargo de el/los autor/es.

Impreso por Editorial Dunken  
Ayacucho 357 (C1025AAG) - Capital Federal  
Tel/fax: 4954-7700 / 4954-7300  
E-mail: [info@dunken.com.ar](mailto:info@dunken.com.ar)  
Página web: [www.dunken.com.ar](http://www.dunken.com.ar)

Hecho el depósito que prevé la ley 11.723  
Impreso en la Argentina  
© 2023 Viktor von Weizsäcker  
ISBN 978-987-85-2764-2

## PRÓLOGO

Desde hace más de treinta años tomé contacto con el pensamiento profundo y complejo de Viktor von Weizsäcker, cuya importante obra, que consta de diez extensos volúmenes, prácticamente no fue traducida al idioma inglés y sólo algunos textos fueron traducidos al español.

Vale la pena destacar que, junto con su formación en medicina, Weizsäcker tuvo desde siempre un profundo interés por la religión y la filosofía. El estudio de la filosofía de Kant a Hegel junto a Wilhelm Windelband se convirtió para él en una “doble vida como médico y estudiante de filosofía”. Aquí tienen sus fundamentos la idea del Círculo de la Forma y la Medicina Antropológica. Según sus palabras: se pretendía unir las ciencias naturales con la filosofía. “Se trataba de un sueño que había terminado antes de que se lo hubiera podido empezar a soñar”. Durante prolongados períodos sentía la fuerte tentación de abandonar la Medicina para dedicarse de lleno a la Filosofía.

Se cree que el origen de su Antropología se vincula con la Antropología de Jacob Fries (1773-1843), un olvidado filósofo de la Naturaleza de las épocas de Goethe. Este hombre decía, por ej., que “toda posibilidad de conocer que tiene el ser humano, yace en su capacidad de autoobservación”.

Es probable que el desconocimiento de la obra de Weizsäcker, por parte de los círculos médicos y psicoanalíticos, puede deberse a las resistencias que se despiertan ante su propuesta de un replanteo profundo del mecanicismo en la biología y en la medicina y su convicción de que esto no se lograría con una pequeña modificación, sino con un cambio en la misma investigación de la naturaleza y una reformulación radical de los conceptos científicos básicos.

Se trataba de construir una teoría general del hombre enfermo, “una enseñanza acerca del ser humano”, que se aleje definitivamente

de la pretendida objetividad, del materialismo y del tecnicismo extremos de una ciencia mecanicista que se muestra indiferente a todo valor humano y moral.

La postura revolucionaria de Weizsäcker radica en el énfasis que coloca en el hecho de que no se trata de proponer neologismos o simples modificaciones en la terminología, sino de la creación de conceptos nacidos de un cambio radical en la actitud científica. Este cambio implica, a su vez, una modificación en la concepción que la ciencia médica tiene del hombre enfermo, de la enfermedad y de la terapia y debe extenderse a la medicina en su conjunto.

Dado que pertenezco a una institución en la cual existe un gran interés por sus ideas<sup>1</sup>, al punto de que en parte lleva su nombre<sup>2</sup>, y dado que sus libros están escritos en idioma alemán, hace años comencé a traducir, primero la Patosofía, que es el último tomo de su obra, y luego algunos artículos, que fui seleccionando porque me parecían interesantes para compartir con mis colegas y alumnos.

Desde que comencé con esta tarea, el constante interés que el entorno en el que me movía me demostró, me significó un valioso estímulo para continuar trabajando y para vencer las dificultades que se presentan en el camino de traducir un texto tan complejo. Es así que suele decirse que los libros de Weizsäcker son difíciles de leer y de entender. Al respecto nos dice el autor que no se puede ofrecer de forma fácil lo que por su naturaleza es difícil y que las cosas que importan son por cierto sencillas pero difíciles.

Para Weizsäcker, no basta con “agregar un poco” de psicología a la concepción que la medicina clásica tiene del hombre enfermo, sino que es necesario disponer de una nueva fisiología y de una nueva psicología. Con este afán destaca la importancia del psicoanálisis de Freud y extiende su alcance, aplicándolo a la comprensión de la enfermedad somática. Agrega que es una desgracia que al psicoanálisis

<sup>1</sup> Fundación Luis Chiozza.

<sup>2</sup> Centro Weizsäcker de Consulta Médica.

se lo haya malentendido y falsificado, cuando en realidad radica en él la potencia científica para construir una psicósomática.

Quisiera transcribir aquí las palabras de Dolf Sternberger pronunciadas en ocasión de la jornada celebrada en Heidelberg en 2007 para el cincuentenario de su fallecimiento acaecido el 9 de enero de 1957.

Viktor von Weizsäcker fue un gran erudito, un médico con empatía, un investigador original, un pensador de lo contradictorio, un médico que buscaba aliviar el sufrimiento y un poeta en cuanto a los conceptos del lenguaje, de a momentos al borde de quedarse sin palabras. Es muy de lamentar que en nuestros tiempos su imagen haya empalidecido tanto.

El presente libro representa la continuación de los dos libros anteriores (Escritos de Antropología Médica y Artículos de Antropología Médica). En el libro anterior y en esta oportunidad tuve el agrado de compartir el interés y este trabajo con mi hija María Adamo, que también comenzó a dedicarse a la traducción de sus textos. Ella comparte conmigo el entusiasmo por la obra de este autor y su valiosa colaboración significó que hayamos podido avanzar algo más en la traducción de su extensa obra.

DORRIT BUSCH  
Buenos Aires, 26 de diciembre 2022

## La influencia de Weizsäcker en la Argentina<sup>3</sup>

Luis Chiozza

*Un libro reciente del psicoanalista argentino Luis Chiozza se presenta con un curioso prefacio “Mi padre, cuando yo era un niño, me explicó una vez, mientras disfrutábamos los tres de una caja de dátiles, que tanto gustaban a mi madre, que el que siembra dátiles, a menos que sea joven, no llegara a comerlos. Esto me debe haber impresionado, porque nunca más lo olvidé. Hay ideas que son como los dátiles, tardan tanto en crecer, que el que las siembra no verá sus frutos. Pero los dátiles existen, y los sembramos mientras comemos los que otros sembraron”<sup>4</sup>. Chiozza no dice si, al formular esa similitud, tenía en mente a Víctor von Weizsäcker. No es improbable, ya que el libro aparece en una colección que se llama “Biblioteca del Centro de Consulta Médica Weizsäcker” y Chiozza no hace un misterio, en ésta como en otras publicaciones suyas de la deuda que en lo que respecta a su concepción de la enfermedad y de la práctica terapéutica tiene con von Weizsäcker. Se puede encontrar seductora la idea que alguna semilla de dátil comida en Heidelberg hace algún decenio, haya crecido y fructificado en la Argentina... La metáfora probablemente habría sido placentera para el mismo Weizsäcker. La influencia que él ha ejercido en la renovación del pensamiento y de la práctica no ha generado entusiasmo ni ha tenido una rápida difusión. No ha construido un sistema, y aún menos quiso formar una escuela. Era consciente de que la renovación que proponía no era un simple paliativo a los males de la medicina o un accesorio que podía agregarse, sino que suponía una desestructuración y una reconstrucción en profundidad. La empresa es tan ardua como para que se necesitara un genio para realizarla: “Faltaba el*

<sup>3</sup> El texto del presente capítulo formó parte del libro Viktor von Weizsäcker zum 100 Geburtstag. Hahn, P.; Jacob, W. (comps.); Springer, Berlín-Heidelberg-Nueva York, pp. 221-231, 1987, sólo se han modificado los datos que debían ser actualizados.

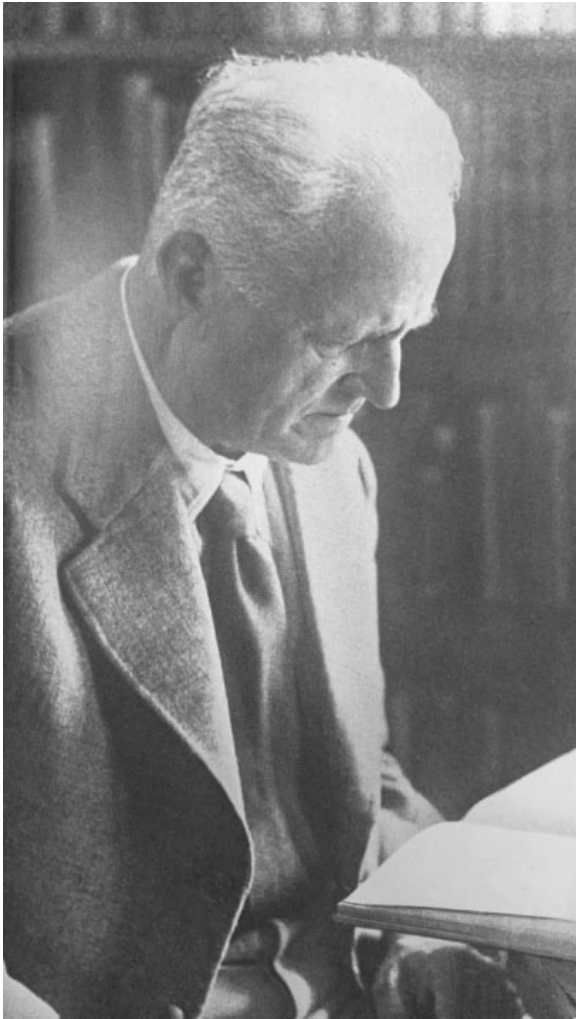
<sup>4</sup> Chiozza, Luis A., Psicoanálisis: presente y futuro, Edit. CIMP, Buenos Aires, 1983.



*Paracelso de nuestro tiempo; yo, en todo caso, no hubiera podido serlo, sea por falta de disposición, sea por debilidad de convicción”<sup>5</sup>.*

Sandro Spinsanti, *Guarire tutto l'uomo*  
Edizioni Paoline, Roma 1988.

<sup>5</sup> Von Weizsäcker, Viktor, *Natur und Geist*, Göttingen, p. 138, 1954.



VIKTOR von WEIZSÄCKER 1952

...no se puede traducir la lengua de las enfermedades al dialecto de la física y de la química. Sí, a pesar de todo, se hace, se cometen errores. Es más acertado interpretar cada historial clínico como la historia de una vida, traducir el lenguaje de la enfermedad al lenguaje de la biografía. Yo quisiera ser lo suficientemente joven para poder empezar ahora esta tarea. Mas espero confiado en que vendrán investigadores más jóvenes para llevar a cabo esa traducción.

VÍKTOR VON WEIZSÄCKER,  
*Los conceptos fundamentales de la investigación, 1951.*

El contexto constituido por la corriente cultural en la cual hunde sus raíces el pensamiento de Weizsäcker es el mismo en el cual surgieron dos hombres muy distintos, cuyas obras, sin embargo, tienen mucho de común: Sigmund Freud y Georg Groddeck.

Freud demostró que los síntomas histéricos podían *ser leídos* como signos de un lenguaje críptico similar al de los sueños. Weizsäcker y Groddeck comprendieron que *toda* enfermedad del cuerpo podría ser contemplada de una manera idéntica, es decir que podía ser interpretada como un símbolo lingüístico. Comprendieron también que ese modo de pensar iniciaba una tarea cuya magnitud superaba sus fuerzas. Ambos recurrieron a Freud, buscando ayuda frente a las dificultades de semejante empeño. Freud les otorgó repetidamente su simpatía, su interés y su estímulo para la prosecución de ese camino, pero se rehusó a acompañarlos. Tal vez no se atreviera a añadir un nuevo motivo a las resistencias que ya despertaba el psicoanálisis.

Tanto Groddeck como Weizsäcker, ingresando en los confines de una nueva ciencia con problemas que también se plantearon de una manera nueva, se manifestaron, explícitamente, igualmente reacios a trazar un sistema. Solemos decir, acerca de Groddeck, que no formuló una teoría. Tal vez sea más acertado sostener que su teoría funciona tan alejada de los parámetros habituales de la “formación de sistemas”, que no parece teoría. Weizsäcker, dotado de una formación multidisciplinaria profunda y extensa, nos enfrenta con un caso distinto. Su esfuerzo por trazar un puente entre el pensamiento habitual y lo aparentemente “impensable”, apoyado en fundamentaciones filosóficas y científicas más explícitas que las de Groddeck, se traduce en una obra que resiste con facilidad cualquier tipo de objeción.

En nuestros días ya casi nadie ignora que la ciencia física se ha encontrado obligada a incluir al “sujeto” observador en el campo de estudio de sus experiencias “objetivas”, y asistimos, en los terrenos más disímiles del conocimiento, a una total renovación de los fundamentos, que desdibuja las fronteras entre las distintas disciplinas. En estas circunstancias las ideas de Weizsäcker pueden encontrar más fácilmente lugar y compañía en el edificio de la cultura. Pero, si tenemos en cuenta la época en que Weizsäcker realizó su obra, no puede dejar de sorprendernos la grandeza de su espíritu, la segura intuición que le condujo a pre-decir un cambio que, todavía hoy, recién comienza, y su excepcional capacidad para soportar la tortura de la soledad implícita en la inevitable incompreensión de su entorno intelectual.

La influencia que ha tenido la obra de Weizsäcker sobre la medicina que habitualmente se practica, ha sido, todavía, escasa. En una época como la nuestra, en que los logros de la técnica nos conmueven cotidianamente con sus contribuciones asombrosas, no suele haber lugar ni íntima disposición para reflexiones tan profundas, aparentemente alejadas del mundo simplificado de los “hechos objetivos”. Sin embargo, la crisis nos rodea por doquier. No sólo en el ámbito de la medicina en tanto procedimiento concreto, sea diagnóstico o terapéutico, sino también en el terreno ubicuo de la ética, de la convivencia humana, de la solidaridad y de la responsabilidad. En otras palabras, en todo cuanto se refiere al establecimiento de valores y creencias.

Es cierto que los problemas políticos, económicos, sociales, alimentarios o epidemiológicos se nos presentan como urgentes e impostergables. Lo mismo ocurre con los problemas perentorios generados por la violencia y la agresión, por el desorden ecológico, por la incomunicación o por la superpoblación. Pero también es cierto que nuestros intentos de darles solución tropiezan con un círculo vicioso, porque nuestro mundo actual carece de creencias y valores *universalmente compartidos* que funcionen a la altura de nuestra actual necesidad.

El consenso médico de nuestros días, tanto en la investigación como en la docencia, en la práctica terapéutica, o en la confección de los planes sanitarios, privilegia todo cuanto contribuya a incrementar el poder de una técnica que busca operar sobre causas y efectos. Ignoro las razones por las cuáles en la Argentina, hace ya más de treinta años, algunos de nosotros comprendimos lo que hoy es evidente. Sólo una medicina como la de Weizsäcker concibe puede satisfacer realmente las necesidades de un contexto cultural como el actual, cuya demanda más perentoria surge de una carencia grave de espiritualidad y cordura.

*La importancia fundamental del descubrimiento de Freud, no reside en el haber demostrado, en sus primeros estudios sobre la histeria, la psicogénesis de un trastorno que se observa en el cuerpo, sino en el haber comprendido el carácter histórico-lingüístico de un fenómeno "físico".* La gran mayoría, entre quienes aceptaron la verdad de sus descubrimientos, optó por encerrarlos dentro del marco estrecho de un concepto que provenía de otras fuentes. Comenzó a hablarse entonces de una "etiología psíquica" de las enfermedades orgánicas, en un sentido parecido al que daría lugar a la expresión "psiquiatría dinámica". La inmensa contribución del psicoanálisis a la inteligencia de los significados inconscientes, quedó así reducida a una concepción mecanicista que facilitó su aceptación entre los médicos habituados a los razonamientos de la fisiopatología, pero disminuyó la percepción de sus verdaderos alcances.

La gran mayoría de los psicoanalistas posteriores a Freud, contribuyó a difundir y desarrollar un psicoanálisis concebido en términos de causas y efectos, en el cual el énfasis quedó puesto en un Yo que enfrenta la fuerzas en pugna, o las exigencias de la realidad, mediante "mecanismos" de defensa. Las condiciones estaban dadas para que surgiera un "contramovimiento" que revalorizara el carácter primario que posee la experiencia lingüística, experiencia que dio lugar a una amplia gama de conceptos propios, como, por ejemplo, signo, significancia, contexto, metáfora, etc. Parte del éxito que obtuvo Lacan, cuando asumió la bandera de un "retorno" a Freud, puede explicarse por obra de esa necesidad de revalorización.

Sin embargo, toda reacción comporta, en el fondo, los mismos defectos que la acción que le dio origen. Los discípulos de Lacan enfatizaron, con razón, esos aspectos “lingüísticos” del pensamiento freudiano, que, debido a la intensa resistencia que despertaban en un consenso intelectual regidos por otros modelos, habían sucumbido a la represión. Pero también pusieron el mayor empeño en señalar que el psicoanálisis no se refiere, en sus afirmaciones y conceptos, al cuerpo físico o “biológico”, sino que “trabaja” con las representaciones *verbales* del cuerpo. Y que el conjunto entero de representaciones del cuerpo investidas por las pulsiones eróticas, constituye el único cuerpo que puede ser “objeto” del psicoanálisis, el “cuerpo del deseo”.

Aunque nadie se atrevería a negar que el hombre entero, sano o enfermo, es “psicosomático”, la investigación de las relaciones existentes entre el cuerpo y el alma quedó así dificultada, dentro de la teoría psicoanalítica vigente en nuestra época, desde ambos cuadrantes. Por un lado, quienes piensan exclusivamente en términos de causas y efectos, encuentran que no todas las enfermedades “son” psicósomáticas, porque, como es natural, no están dispuestos a admitir que todas se originen en una “causa psíquica”. Por otro lado, quienes piensan que el psicoanálisis sólo encuentra su objeto en el “cuerpo del deseo”, consideran que la gran mayoría de las transformaciones del cuerpo físico son una realidad “asimbólica”, que no nace como investidura de una pulsión inconsciente. La conclusión es similar. Sostienen que existen transformaciones del cuerpo físico que no son el lenguaje “que un órgano habla”.

Podemos dividir artificialmente los problemas que hoy constituyen el punto de urgencia de la psicósomática en tres tópicos que conservan, en el fondo, una identidad de origen.

El primero es un problema que se presenta “en la práctica” como una dificultad en la colaboración entre los médicos que prescriben medicamentos o procedimientos “físicos” y aquellos otros que intentan curar mediante la palabra. Se trata de una confusión de lenguajes en la cual también solemos incurrir, por desgracia, los psicoanalistas. Además de este malentendido permanente, entre patólogos y psi-

coanalistas, existe también otra dificultad de diálogo entre quienes intentan una medicina psicosomática de orientación psicoanalítica y aquellos que se inscriben en una corriente culturalista que busca “humanizar” la medicina apoyándose fundamentalmente en una psicología de la consciencia.

El segundo problema se constituye alrededor de la cuestión de si existen enfermedades que son psicosomáticas, y otras que no los son, o si, por el contrario, todas las enfermedades son, como el hombre entero, “psicosomáticas”.

El tercero, cuyos “orígenes” pueden encontrarse en el artículo que Freud escribiera acerca de las perturbaciones psicógenas de la visión, en el cual distinguía entre trastornos neuróticos y psicógenos del órgano, adquiere en nuestros días la forma de una rotunda discrepancia entre quienes sostienen que la enfermedad somática es el producto de un defecto de “mentalización”, y quienes sostenemos que, por el contrario, es la manifestación de una actividad simbólica inconsciente.

Quienes, en la década del cincuenta, iniciamos nuestra formación psicoanalítica en la Argentina, nos encontramos con una situación privilegiada difícilmente igualable. Disponíamos de la presencia de psicoanalistas como Ángel Garma, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón Riviére, y Arminda Aberastury, que habían captado la esencia del pensamiento freudiano, y conocían su obra con una profundidad que solo las personas que unen a una inteligencia excepcional una capacidad intuitiva y afectiva poco común pueden alcanzar. Aunque Rascovsky, Pichón Riviére y Aberastury nunca se ocuparon de sistematizar en una teoría general su pensamiento en el terreno de la psicosomática, se movían en el mundo de la simbolización somática con una soltura como la que solo podemos encontrar en Freud, Groddeck o Weizsäcker. Aberastury, además, unía a esa capacidad su conocimiento de la obra de Melanie Klein. Su trabajo en el psicoanálisis de niños, fecundado por su capacidad de leer con facilidad los símbolos corporales, completó los aspectos que Klein no abordó.

Debemos añadir a esto la figura singular de Enrique Racker, quien, dotado de una cultura filosófica y humanística poco común,



y conociendo profundamente la obra de Freud y Klein, nos introdujo decididamente en la utilización técnica de la contratransferencia, lo cual implicaba percibir la importancia del lenguaje preverbal. Ras-covsky, además, enriqueció ese caldo de cultivo con un aporte que, en esa atmósfera intelectual, era un desarrollo previsible, su insistente defensa del psiquismo fetal, que engendró incomprendiones y cuestionamientos que no siempre se justificaban.

Se explica de este modo que aquellos que tuvimos la oportunidad de formarnos al abrigo de esas enseñanzas, no experimentáramos la necesidad de “retornar” a un Freud que nunca habíamos desestimado. Aunque conocíamos los desarrollos de la psicología del Yo o de la escuela kleiniana, no habíamos quedado encerrados en sus limitaciones. Se explica también el que estuviéramos preparados para retomar, en el punto que había quedado abandonado, el pensamiento “psicosomático” que Freud, Groddeck y Weizsäcker lograron iniciar.

El hecho de que entre 1946 y 1950 la editorial Pubul, de Barcelona, publicara dos libros de Weizsäcker (*Problemas Clínicos y Casos y Problemas*), me permitió entrar en contacto con sus ideas cuando aún era alumno en la Facultad de Medicina. De modo que su pensamiento impregnó desde un comienzo mi práctica profesional en la clínica médica. Cuando, pocos años después, inicié mi formación psicoanalítica, me motivaba ya la convicción de que las enfermedades que se manifiestan como trastornos en la estructura o en el funcionamiento del cuerpo, no solamente revelan una alteración del hombre entero, que incluye su alma y su espíritu, sino que *cada una de ellas corresponde a una particular y específica perturbación anímica, distinguible de todas las demás.*

La influencia que el pensamiento de Weizsäcker ha ejercido, tanto en mi trabajo junto a los pacientes como en el desarrollo de mi manera de concebir la medicina, ha sido, desde entonces, constante y duradera. Esa influencia se fue extendiendo, paulatinamente, hacia un número cada vez más grande de colegas. En 1967 fundamos el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, y en 1972 un centro asistencial que denominamos Centro de Consulta

Médica Weizsäcker, porque sentíamos la necesidad de otorgarle ese homenaje y porque compartíamos profundamente su manera de concebir la medicina.

Todos estos años dedicados a la investigación del significado inconsciente de las distintas enfermedades somáticas nos han convencido de que la teoría que nos permite concebir mejor la relación que existe entre psiquis y soma nace de lo que Freud pensaba acerca del “pretendido concomitante somático”, y nos conduce a sostener que psiquis y soma son categorías que establece la consciencia.

Freud, en 1938, en su *Compendio de Psicoanálisis*, señala que las series psíquicas *conscientes* forman cadenas de significación a las cuales les faltan algunos eslabones, y que la psicología, por este motivo, se vio forzada a crear la idea de que estas series interrumpidas se hallaban vinculadas entre sí por un concomitante somático. Sostiene que *la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis es que estos pretendidos concomitantes somáticos, expresados en términos de un significado que cierra la brecha de la cadena psíquica consciente, no son otra cosa que la psíquico inconsciente*, o, mejor dicho, lo genuinamente psíquico, porque la conciencia es un carácter accesorio que se agrega a algunos de ellos solamente. Si quisiéramos esquematizar la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, creo que deberíamos decir que *lo psíquico inconsciente equivale al significado específico de lo que la consciencia registra como cuerpo*.

Creo que podemos sostener que las categorías que denominamos “soma” y “psiquis” derivan de que nuestro conocimiento consciente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales. Una, “física”, que da origen a las ciencias naturales, y la otra, “histórica”, que sustenta las ciencias que toman por objeto al espíritu o a la cultura. Estas dos organizaciones me parecen irreductibles entre sí, en el sentido de que una no puede ser “convertida” en la otra y funcionar como única interpretación del conjunto entero de la realidad existente.

Es evidente que existen muchos sectores de la realidad acerca de los cuales tenemos un registro “doble”, es decir, uno en cada una de las dos organizaciones conceptuales. Cuando esto ocurre, a veces

podemos encontrar una correspondencia “punto por punto” entre ambos registros, de manera que aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporales, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía, es decir, como un significado específico, inherente a ese particular existente material. ¿No es entonces natural suponer que nuestra conciencia puede crecer, en conocimiento y poder, ampliando la extensión del sector de realidad que puede comprender de una manera “doble”? Este camino, en verdad, es el mismo que iniciara Freud, cuando, al contemplar los trastornos físicos de la histeria como se contempla a un jeroglífico interpretó su significado inconsciente, y consiguió, de este modo, restablecer la continuidad de sentido, interrumpida, de algunas series psíquicas conscientes.

Algunos colegas psicoterapeutas piensan, en lo que respecta a este punto, que una cosa es la histeria, o las enfermedades somáticas que radican en las zonas erógenas que alcanzaron su primacía en la infancia, involucradas en una intensa investidura libidinosa, y otra un tumor de la vesicular biliar, que transcurre en el interior de una estructura que jamás pudo ser reprimida, porque nunca formó parte de la vida erótica consciente. Aunque algo diré más adelante, no puedo presentar ahora las razones, expuestas en numerosos trabajos<sup>6</sup>, que, sin anular esa distinción entre histeria y tumor vesicular, permiten comprender que ambos tipos de trastorno puedan ser interpretados como un lenguaje inconsciente.

Una vez que comprendemos que el conocimiento científico no es propiedad unilateral de las ciencias naturales, comprendemos también la importancia del error en que incurrimos cuando pensamos con conceptos tales como el de “suelo” biológico, o nos expresamos en términos del “sustrato” físico de una realidad psíquica. Procedemos entonces como si las ciencias naturales tuvieran la última palabra acerca del grado de verdad que poseen los resultados de nuestras

<sup>6</sup> Chiozza, Luis, *Trama y figura del psicoanalizar*, Paidós, Buenos Aires, 1980; *Corpo, Affeto e Linguaggio*, Loescher Editore, Torino, 1981; *Psicoanalisi, presente y futuro*, CIMP, Buenos Aires, 1983.

investigaciones, en lugar de constituir otro campo de trabajo con sus propios aciertos y sus propios errores.

Ampliar la extensión del sector de realidad que la consciencia puede comprender de una manera “doble” no equivale solamente a interpretar el significado psíquico inconsciente de una enfermedad somática, implica también la posibilidad de contribuir desde ambos ángulos al proceso teórico. Cuando Freud, en 1895, en su *Proyecto de una psicología para neurólogos*, describió las barreras de contacto, describía, tal como se presentaba en su campo de trabajo, el mismo segmento de realidad al cual Sherrington, desde la neurología, se referiría dos años después con el nombre de sinapsis neuronal. La investigación de las fantasías inconscientes más profundas inherentes a la acción farmacológica del opio, nos llevó a escribir en 1969, seis años antes de que se descubrieran las endorfinas, que la acción de la morfina podía tal vez concebirse como una opoterapia, es decir, como una terapéutica que reemplaza sustancias que existen naturalmente en el organismo que se trata y que producen el mismo efecto.

La emoción es un tipo de proceso intermedio que participa de las características del símbolo y el signo. Por este motivo pudo decir Freud que el afecto, equivalente a un ataque histérico universal y congénito, es una reminiscencia y, al mismo tiempo, un suceso “real”, una descarga actual que afecta al Yo. La teoría psicoanalítica de los afectos nos ofrece la ventaja de un concepto dentro del cual desaparece la tradicional alternativa entre psiquis y soma.

La metapsicología psicoanalítica sostiene que la acción eficaz hace cesar la excitación que emana de la fuente pulsional. Podemos decir, desde este punto de vista, que en el camino que transcurre desde el impulso hasta la acción sobre el objeto, el afecto es una descarga vegetativa, una acción motora cuya magnitud constituye una serie complementaria con la magnitud que se descarga en la acción eficaz. La emoción se percibe entonces como un suceso físico actual que, al mismo tiempo, puede ser interpretado como un fenómeno psíquico, como un acontecimiento que encierra un significado históricamente comprensible.

Expresándonos de un modo muy esquemático diremos que en las neurosis se desplaza un afecto, a los fines de evitar el displacer, de una representación a otra, y que, en cambio, en las psicosis, lo esencial del mecanismo defensivo consiste en alterar el juicio de realidad, de modo que el desarrollo de un afecto que hubiera sido penoso, queda sustituido por la descarga de otro, acorde con una realidad que ha sido deformada para satisfacer una fantasía optativa. Tanto en una como en otra enfermedad los modos de organización de la defensa permiten que los procesos de descarga se realicen de acuerdo con las claves normales de inervación de los afectos.

Podemos sostener, en los términos de la metapsicología, que en la enfermedad somática el proceso defensivo altera el equilibrio con el cual el montante de afecto inviste los distintos elementos de la clave de inervación, determinando que la descarga se realice de un modo que torna irreconocible la cualidad de ese particular afecto, y conduce a que *la consciencia lo experimente como un fenómeno somático privado de toda significación afectiva*. Se trata de la diferencia que existe entre el llanto y la epífora.

En resumen: el desplazamiento que en las neurosis se efectiviza transcurriendo desde una representación a otra, en las enfermedades que, desde la consciencia, consideramos somáticas, ocurre dentro de la idea inconsciente que constituye una clave de inervación, mediante la sobreinvestidura de algunos de sus elementos a expensas de las investiduras de otros. Así como en todo individuo normal funcionan mecanismos neuróticos y psicóticos, funcionarán también, normalmente, estos aspectos o mecanismos que, a falta de nombre mejor, llamamos patosomáticos.

En todo paciente que recurre a un médico porque se considera físicamente enfermo, cabe distinguir dos tipos de fenómenos, los *signos físicos*, que registra el médico y el paciente, ignora y los *síntomas "somáticos"*, que el paciente recibe en la consciencia como sensaciones "físicas" privadas de un significado psíquico intrínseco o primario. A esto último el paciente se refiere diciendo que son síntomas o sensaciones de origen físico. No existe otra posibilidad, porque cuando el

paciente es capaz de comprender, de un modo que no sea meramente intelectual, el significado psicológico del fenómeno que lo aqueja, *jamás categoriza a su trastorno como síntoma de una enfermedad*, sino que lo experimenta como un afecto penoso que puede integrar, en una coherencia de sentido, con el conjunto entero de sus vicisitudes vitales.

Si, desde una óptica psicoanalítica, contemplamos a la fisiología, diremos que es aquella parte de la ciencia que se ocupa de los signos cuyo significado psicológico (sea como signo expresivo o como símbolo representante) ha quedado fuera de una consciencia que, de este modo, queda liberada para nuevas tareas. La fisiopatología, en cambio, describe signos cuyo significado psíquico permanece inconsciente como resultado de una “defensa” cuyos productos, *como psicoanalistas*, aspiramos a mejorar.

La obra de Weizsäcker inicia el dificultoso camino hacia la posibilidad de influir sobre las enfermedades somáticas mediante la “lectura” de los símbolos *específicos* que cada una de ellas constituye. Esa influencia es escasa todavía, comparada con la que se ejerce cotidianamente mediante la terapia que se dirige a las resignificaciones secundarias de esos mismos símbolos. Son las resignificaciones que corresponden a los “traumas” infantiles o al complejo de Edipo “clásico”. Pero la influencia terapéutica derivada de la interpretación de las resignificaciones secundarias no alcanzará jamás el grado de eficacia que cabe esperar de la interpretación de los significados primarios, y específicos, correspondientes a los símbolos inconscientes implícitos en la constitución de cada signo.

En los años transcurridos desde 1972 estudiamos, junto con un grupo de colegas, unas dos mil historias de otros tantos enfermos. Si el espacio del cual dispongo lo hubiera permitido, habría presentado los problemas que se plantean a la psicósomática actual, relatando, resumidamente, tres historias, entre las múltiples que tuvimos la oportunidad de contemplar. Hubiera elegido el caso de un niño de ocho años que sufría un herpes ocular recidivante, el cual, afectando el mismo ojo por tercera vez, lo colocaba en grave riesgo de perder la

visión, el de un melanoma metastásico en un hombre joven, y el de una mujer con una leucemia linfoblástica aguda<sup>7</sup>.

Los hubiera elegido precisamente porque los tres enfermos padecían enfermedades que no suelen considerarse psicosomáticas, porque enfrentaban un trastorno grave, dos de ellos una enfermedad mortal, y porque los tres recuperaron la salud. Tengo plena conciencia de que estos tres casos no son suficientes para demostrar que, con la ayuda del psicoanálisis, se pueden curar enfermos frente a los cuales la medicina tradicional posee muy poca confianza en sus propios recursos, pero me hubiera gustado presentarlos por otras razones. No sólo al comparar esas historias resulta evidente que *son tan distintas entre sí como lo son las enfermedades que sus protagonistas padecían*, sino que *nos muestran la posibilidad de comprender a los trastornos del cuerpo como los signos de un lenguaje inconsciente que completa el sentido de la biografía consciente*.

Iniciamos el camino que recorriera Weizsäcker, sumidos en la impotencia del que comienza a comprender sin poder influir, y sintiendo la necesidad de encontrar un lenguaje capaz de producir un cambio en la enfermedad del cuerpo. Pronto nos dimos cuenta de que cuando interpretamos una enfermedad somática cuyo tratamiento habitual es difícil, ya sea porque evoluciona tórpida y crónicamente, o porque su desenlace es mortal, y descubrimos su significado como crisis y punto de ruptura en la trayectoria vital de un ser humano, nos enfrentamos con una “enfermedad psicológica” igualmente grave, y con una tarea psicoterapéutica que presenta una análoga dificultad. Así nos encontramos, durante mucho tiempo, desarmados e impotentes frente a enfermedades como el cáncer, la diabetes, o la esclerosis en placas, sintiéndonos perseguidos por nuestra imposibilidad de mejorar las “cifras estadísticas” de las enfermedades que tratamos. Nos sentimos, también, obligados a refugiarnos en la convicción de

<sup>7</sup> Una versión resumida de esas historias fue publicada en *¿Por qué enfermamos?* Chiozza, Luis, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1986.

que nuestra interpretación habría de alcanzar alguna clase de eficacia, o, cuando menos, traducirse en una más adecuada profilaxis.

Los progresos que obtuvimos en la comprensión del significado inconsciente de las cardiopatías isquémicas, nos condujeron hacia nuevas exigencias en lo que respecta al contenido vivencial, la formulación verbal y la autenticidad contratransferencial durante la comunicación de nuestras interpretaciones al enfermo somático. De este modo, paulatinamente, llegamos a experimentar el sentimiento de que algunos de nuestros pacientes graves “responden” a nuestro tratamiento; su mejoría somática adquiere la apariencia de la continuación de un diálogo simbólico inconsciente similar, aunque distinto, de aquel otro que estamos acostumbrados a presenciar durante el psicoanálisis de los enfermos neuróticos. Nuestra convicción va creciendo, pero nuestro “diálogo” es todavía un balbuceo torpe, y nuestra convicción deberá esperar aún mucho tiempo para adquirir la fuerza con la cual hoy creemos en otras terapias. Eso solo podrá llegar a suceder como resultado de una labor ampliamente compartida. Entonces habremos retribuido a Weizsäcker, mediante la materialización de su sueño, una parte del legado que en nuestras manos dejó.





## Naturaleza y Espíritu<sup>8</sup> (memorias de un médico)

### I

Johannes von Kries

El recuerdo de Johannes von Kries, mi profesor de fisiología, despierta en mí un sentimiento de respeto, de agradecimiento, podría decirse de verdadero amor. No obstante, durante los años que compartimos nuestra vida, nunca logré acercarme a él tanto como en realidad hubiera deseado y una añoranza incumplida se superponía a mi relación con él. Tampoco estaba del todo conforme con sus consejos respecto de la elección definitiva de mi profesión —un tema sobre el cual, volveré más adelante. Más tarde llegué a comprender que estas actitudes tuyas y mías, tanto la primera como la segunda, eran la consecuencia necesaria de la manera de ser muy personal de nosotros dos y es así que actualmente no queda sombra alguna de aquellos conflictos internos que son propios de una relación más profunda entre maestro y discípulo. Recuerdo bien los rasgos extraordinariamente finos de su rostro y su grácil figura. Si lo encontraba casualmente por la calle mi corazón comenzaba a latir fuertemente. Cuando estaba de buen humor parecía más bien lejano. Por el contrario, cuando en el trato científico su mirada reflejaba una seriedad muy profunda, se percibía un poder y una cercanía extraordinarias.

Como sucede a veces en momentos decisivos de la vida, se combinaron la casualidad y la necesidad interna, cuando ya en el tercer semestre tomé la decisión de participar en las lecciones de Kries en Friburgo. Lo que respecta a la casualidad, se daba que él era muy

<sup>8</sup> Viktor von Weizsäcker, primeros dos cap. del libro “Natur und Geist” (1954) Gesammelte Schriften, tomo 1, Editorial Suhrkamp, 1986, Frankfurt am Main.

Traducido por Dorrit Busch.

amigo de mi tío, Gustav Rümelin. En cuanto a la necesidad, fue por su manera muy especial de combinar la fisiología con la filosofía, una manera que estaba muy emparentada con la mía y que me atraía más que la de cualquier otro fisiólogo. A pesar de todo esto, él era más mi maestro que yo su discípulo. Porque Johannes von Kries era investigador y sabio en el sentido más puro y más amplio. Yo, en cambio, tuve que moverme toda mi vida como un péndulo yendo y viniendo entre ciencia y práctica. Es así que, como discípulo, seguramente debo haber sido una desilusión para él.

Sin embargo, como alemán del sur y como estudiante que lo adoraba apasionadamente, la amabilidad serena de Kries me resultaba demasiado fría. Tampoco conocía en aquel entonces al alemán del este. Lo que echaba de menos en él era la pasión, pero al mismo tiempo admiraba mucho su extraordinaria inteligencia objetiva, que no solo me impresionaba, sino también me fascinaba. Esa objetividad se volvía especialmente característica en el terreno moral. Él decía, por ejemplo: “Nada es tan difícil como ser absolutamente decente”. Mi tía Rümelin me contó un episodio de su infancia: una vez en su patria de Alemania del Este un amigo le prometió encontrarse con él temprano a las ocho de la mañana cerca de un árbol, para entregarle un arco y flecha recién fabricados, en un lugar un poco apartado del pueblo. El amigo no apareció, pero el pequeño Johannes se quedó hasta la noche esperando al lado del árbol, porque no podía creer en la infidelidad del amigo.

La influencia decisiva que los verdaderos maestros ejercen sobre nosotros no depende de lo que nos enseñaron, sino de cómo vimos formarse el conocimiento en ellos. Más tarde, cuando yo realizaba investigaciones experimentales en su instituto y le decía: “Estas medidas no son absolutamente exactas”. Él me contestaba: “Nada es absolutamente exacto” y seguía de largo. Si después de treinta o cuarenta años todavía recordamos estas cosas, significa que en la ciencia la mitad del éxito reside en la autocrítica, y eso es algo que la juventud no comprende, pero para lo que debe ser educada.

No me propongo explicar aquí la obra científica del hombre al que considero todavía hoy el más importante fisiólogo de su generación y, además, el último gran fisiólogo de los sentidos. Esto se logra mejor estudiando su excelente autopresentación en el volumen IV de la colección Grote “La medicina del presente”, del año 1925. Después de su fallecimiento en 1929 intenté esbozar su postura intelectual y espiritual en un ensayo publicado en el “Periódico de Frankfurt” el 7 de agosto de 1929.

De este vínculo acotado con Kries también podrán resaltar otros aspectos de mi relación personal con él, que caracterizan a este hombre y el curso de la historia. Me quejaba de la poca atención que el jefe del Instituto me prestaba y el escaso esmero que mostraba, tanto después de 1907 al haber aprobado el examen de física, como también en 1910 luego de mi examen final, cuando trabajaba bajo su dirección en el Instituto. En 1907 von Kries me encargó la tarea de controlar la propagación de los bucles de corriente en el nervio aislado del sapo bajo el estímulo eléctrico, para revisar algunas opiniones de Engelmann.

El nervio era sumergido en un baño de mercurio que debía actuar como conductor para el bucle de corriente. Durante meses los resultados fueron confusos y sin esperanzas. Finalmente, al hojear el tratado de física de Müller-Pouillet (1914), me enteré del fenómeno de la electrización por contacto y creí haber encontrado aquí la causa del fracaso de mis intentos. Se lo comuniqué a v. Kries, y él sólo dijo: “Ud debe tener razón. No se me había ocurrido –pero a usted tampoco”. El semestre había sido desperdiciado y yo sentí que no sólo era poco honorable, sino también injusto, que mi jefe dividiera la culpa en partes iguales entre él y yo.

Cuando en 1910 regresé a Friburgo con el plan de estudiar la energética de las contracciones cardíacas, Kries me aconsejó estudiar primeramente lo que él consideraba que hasta entonces todavía era desconocido: el comportamiento del corazón en las contracciones isotónicas e isométricas. Después de algunos meses pude descubrir que Otto Frank (1895), un colega de Munich, muy poco estimado por mi

maestro, ya había resuelto este problema a través de una metodología muy superior.

Kries no se dedicaba mucho a la lectura y debió admitir que nuestra empresa había sido inútil. Episodios como este, probablemente lo habían inducido a la confesión en su “Autopresentación” (1925), en la cual comentaba que a lo largo de la división de su trabajo entre la filosofía y la fisiología se había alejado de esta última en diferentes campos, por lo cual le sobrevino un sentimiento de inseguridad. Sin embargo, de esta división de sus intereses había surgido alguna desventaja, pero también algún beneficio. Actualmente yo diría que predominaron los beneficios.

Porque de este modo nos hemos beneficiado con la gran obra filosófica titulada “Lógica” (1916) y yo creo que Kries visitaba cada vez menos algunos espacios de su laboratorio porque ya estaba dedicado a elaborar su “Lógica”.

Al fin y al cabo, elaboré el método por el cual pude (1911b) determinar, como primer investigador, el trabajo y el cambio de gases en el corazón del sapo. Al no recibir ninguna ayuda durante esta tarea de parte de Kries, precisamente por eso aprendí a ayudarme a mí mismo y así pude lograr el primer éxito científico de mi vida. Sin embargo, me entristeció el elogio demasiado moderado de mi jefe y me enfadó realmente su recomendación convencional de guardar muy bien el aparato, para que *otros* también lo pudieran usar más adelante en el Instituto.

Ahora me vi enfrentado a la pregunta de si seguir con la fisiología o si debía orientarme hacia la clínica. Dicho de manera más concreta: si quedarme con von Kries o si comenzar la carrera de asistente y docente con Krehl. Interiormente dudando, pero ya más inclinado hacia la clínica, decidí preguntarle directamente a Kries y a decidir mi destino de acuerdo a su respuesta. Su respuesta a mi pregunta demostraba una vez más su falta de espontaneidad cuando dijo: “Lo tengo que pensar”. Después de dos días me llamó y me explicó que la medicina clínica parecía ser más adecuada para mí, ya que no parecía que las tareas técnicas de la fisiología experimental me resultaran en

la medida en que era necesario. “Ud lo hace, pero no en la medida en que se debería hacer”. Era la verdad. Pero no me gustaba escucharlo, porque la investigación pura era más halagadora para mi orgullo espiritual que la “práctica”, aunque una obstinada voz interior desde hace tiempo ya me decía que mi destino era el hombre vivo y no sólo la teoría fisiológica.

Y así abandoné a este hombre admirado, no sin sentir una íntima discordia con él. Así es el corazón humano: *justamente* porque él había acertado por intuición lo que yo realmente quería y debía; y porque me había ayudado a superar una ambición que me hubiera desviado de mi verdadera vocación y por estas razones guardé un cierto rencor con él. Justamente proyectamos sobre otros lo que no podemos superar en nosotros y para cargarle la culpa que nosotros mismos no queremos asumir. Porque al fin y al cabo un sacrificio es algo difícil de hacer, de lo contrario no sería sacrificio. Posiblemente el joven se hubiera sentido más satisfecho si Kries le hubiera sugerido una carrera en fisiología y él hubiera tenido la oportunidad de rechazarla con orgullo.

Todavía quiero agregar cómo me enteré que también Kries hizo un sacrificio y que también él estaba lleno de dudas que no se resolvían. De esto me enteré recién en 1927 cuando él se retiró y le atormentaba el problema de quién iba a ser su sucesor. En ese entonces recibí una carta en la cual me explicaba que muchas veces se había cuestionado si hizo bien en haberme dado el consejo de dejar la fisiología, ya que le gustaría mucho verme como su sucesor en la cátedra de fisiología en la Universidad de Friburgo. En el caso de que yo estuviera dispuesto me iba a recomendar a las autoridades de la facultad.

En aquella época me desempeñaba como docente privado de medicina interna. Pero en el curso de los años, a través de mis trabajos sobre la fisiología cardíaca y muscular, había adquirido un cierto renombre dentro de la fisiología. Para comprender este proceso, también cabe decir que a Kries le hubiera gustado dejar como su sucesor a un alumno suyo, y que yo había logrado avances en el terreno de la patología de las percepciones sensoriales, lo cual probablemente,

me calificaba como una persona que comprendía los propósitos más profundos de sus investigaciones acerca de los sentidos. Volveré sobre este tema cuando me refiera a la fisiología de los sentidos (1924d).

Le respondí que tanto la responsabilidad como también el honor que significaba este ofrecimiento me conmovían profundamente. Sin embargo, ahora me sentía tan unido a la medicina y a la tarea del médico, que sólo me podía imaginar una satisfacción proveniente de la unificación de esta profesión con la fisiología. Por este motivo, adjuntaba al ofrecimiento la condición de poder ejercer en Friburgo la conducción de una pequeña sala de hospital junto con el cargo de fisiólogo, si bien dentro de un marco reducido, pero en forma académica. Había escuchado de una tal combinación de cátedra teórica con práctica médica en Holanda. Pero para el criterio y las costumbres alemanas esto hubiera significado una novedad hasta ahora desconocida. Y me preguntaba: “¿Pero por qué no?”. No sé si después de todo mi petición fue examinada en Friburgo y si contribuyó a la antipatía de la facultad en relación a mi nombramiento. En realidad, creo que la desaprobación de mi persona ya estaba decidida antes de que surgiera este inconveniente y es así que mi nombre nunca figuró en la lista de los candidatos para esa cátedra. Por lo general las facultades alemanas eran contrarias a innovaciones de esta índole, y en relación a la valoración de mi persona, considerada como un “outsider”, después de ésta y otras experiencias no quedaba ninguna duda.

Aun hoy me resulta muy significativo que este hombre tan importante quisiera dejar en mis manos semejante prenda como era su plan que, a pesar de no haber fructificado, representaba su legado. Sin embargo, lo que puede importar aquí a los que están interesados en nuestra ciencia y en nuestra universidad, es el curso que toma el planeamiento de los grandes científicos. No cabe ninguna duda que en este pequeño episodio desconocido con respecto a un problema de sucesión académica se oculta la ley de “Muere y llega a ser”<sup>9</sup>. Esta ley no se suele buscar allí donde se trata de guardar la apariencia de que la

<sup>9</sup> N. de la T.: una frase de la poesía de Goethe “Feliz anhelo”

ciencia avanza con vigor y continuamente y que una generación tras otra, suma una piedra a la otra hasta que el edificio esté terminado. Pero en realidad no es así y lo sé de boca del mismo Kries. Cuando lo visité por última vez antes de su muerte en la Goethestrasse 62, lo encontré muy ocupado en hacer el balance de su vida y representaba un cuadro de triste resignación.

El hecho de que me había elegido como su sucesor ya expresaba este estado de ánimo. Estaba enfermo y sombrío, pero muy claro. Pensaba que la fisiología estaba desapareciendo. ¿Y es que entre los más jóvenes había alguien de su categoría? “Es así, los médicos internistas arruinaron la fisiología” decía. Para la misma época también Krehl (1893) consideraba que la fisiología patológica, tal como era practicada en las clínicas, tuvo su florecimiento y se estaba acercando a su fin.

Ambas manifestaciones confirmaban que había surgido una suerte de actividad fisiológica cada vez más expansiva, que llevó a los fisiólogos a una sobreestimación de la técnica y a los clínicos a una desestimación de sus dificultades. Pero en ambos casos condujo a un vaciamiento de la búsqueda de metas verdaderamente grandes, coherentes y claras. Luego cuando se habló de la fisiología de los sentidos opinaba: “ésta también es una causa perdida”.

De su parte no era de esperar una opinión diferente, porque los fisiólogos más jóvenes ya no se interesaban en el aspecto subjetivo de los sentidos, sino que se convertían en electrofisiólogos o bioquímicos de la sustancia nerviosa, mientras que la investigación de las sensaciones y de la percepción pasaba a las manos de los psicólogos. La fisiología clásica realmente se había terminado con v. Kries. Pero ¿por qué? Porque cada manera de investigar presupone una manera de preguntar y porque ésta a su vez tiene que atravesar las etapas de la juventud, del florecimiento y de la vejez. No se trata sólo de una ley del ser humano sino del pensamiento en sí, como lo demuestra nuestra última conversación sobre la teoría de la percepción. En ella Kries mencionó el problema cuya solución lo desesperaba: el problema de la semejanza. Para explicarlo mejor habría que extenderse más, pero



sólo diré esto: la semejanza no se explica como una igualdad parcial. Kries (1919) ha defendido esta idea contra Mach (1906) y otros. Sino que semejanza es unidad de la Gestalt. Pero ¿qué es la Gestalt? Tampoco ella se pudo construir a partir del método analítico mecánico y esta convicción la tenía desde siempre. Pero ¿cómo es posible que, partiendo de estos conocimientos negativos, haya podido llegar a una fundamentación tan positiva de la biología, a un entendimiento de la legitimidad de figura, forma, “Gestalt”, y semejanza? Porque siempre tuvo como meta la de representar “nuestras experiencias realmente vividas como parte de una totalidad legítimamente ordenada” (1925). Esto no se podía lograr con aquellos métodos del análisis matemático. De este modo la resignación de su vejez sólo representa su tributo a la crisis general de la cosmovisión fisicalista que, a partir de su muerte se comenzaba a destacar cada vez más.

Es de un significado más profundo el que v. Kries considerara que tenía poca memoria para las formas, que lamentaba su incapacidad para lo morfológico y que, sin embargo, siempre estaba girando alrededor del problema de las formas. El hecho de que después de su primer ataque cerebral fuera incapaz de efectuar las operaciones matemáticas más simples, lo cual lo llevó a tomar lecciones de aritmética elemental, tenía un sentido trágico. Le fue quitado su instrumento preferido que, según sus propias palabras, sabía manejar mejor: el instrumento matemático –y con ello precisamente aquello que descarta el acceso a la realidad de la forma viva. Es que recién la muerte es lo que abre las puertas cerradas de la individualidad

Eran las cuestiones límites de la obra de su vida las que dieron lugar a ciertos acercamientos y alejamientos en nuestras relaciones posteriores. Así, por ejemplo, mis investigaciones acerca de la patología y fisiología del sentido del espacio (1919, 1924b), mi discusión (1924d) de su “Fisiología general de los Sentidos” de 1923, su recomendación para que yo escriba la introducción al tomo sobre los sentidos del Manual de Fisiología de Beth (1926f), contribuyeron a un intercambio amigable entre nosotros. Sin embargo, si bien toleró mi

giro hacia el problema de la antilógica (1923a) y hacia el psicoanálisis (1925b, 1926a), permaneció ajeno a estos temas.

Sin embargo, cuanto más profundizo en las relaciones y vinculaciones de la obra de su vida, tanto mayor es mi convencimiento de que es imposible evaluarla aplicando los criterios que podrían surgir de ámbitos suficientemente cercanos, cuando se quiere identificar a un hombre sin conocerlo, lo que también significa amarlo. Me refiero, por ejemplo, a que la vida privada de v. Kries no suscita preguntas que podrían tener una importancia general. Sin embargo, ¡qué espíritu, qué amplitud, qué agudeza, qué pasión! También pienso que la religión, en un sentido histórico o metafísico o de la historia contemporánea, no desempeñaba ningún papel en su obra y en su actuación. Casi lo mismo podría decirse de la política. Naturalmente que de aquí a la determinación de que se trataba de una personalidad como la del sabio de la época liberal-burguesa hay solamente un paso. Pero ¿es que así se gana algo para la determinación de la esencia del mundo espiritual que lo había formado y al cual él formó para otras mónadas espirituales? Nada. Por eso, si es que aquí se puede afirmar algo general, Kries representa para mí el ejemplo siempre vivo de que realmente existe una esfera espiritual y una existencia espiritual. Sólo lamento no haberle dicho, cuando fue apresado por la vejez y la tristeza, en qué medida allí dónde él finalizaba yo comenzaba y cómo sus limitaciones se convertían en mi libertad, justamente en aquellas cuestiones que quedaron en sus manos hasta el final y que consideraba como las más esenciales. Son justamente nuestras negaciones las que nos muestran la esencia de lo supraindividual.

En cualquier momento de su vida una interpretación tan dialéctica hubiera sido ajena a Kries. Y si hasta el día de hoy tengo que considerarme como su discípulo, mi legitimación para ello es un manojito de continuaciones rectilíneas en el campo de la investigación y en el de su método. Esto nos lleva sobre todo al campo de la fisiología de los sentidos, de la cual volveremos a hablar y también a las cuestiones de la filosofía de la naturaleza y de la teoría del conocimiento. Su posición con respecto al vitalismo, al cual consideraba como una

aparente solución ingenua del problema de la vida, que no es posible “resolver” de manera tan sencilla, era una posición que yo compartía. Por otro lado, su posición frente a algunos biólogos jóvenes del círculo de Goltz en Estrasburgo y del joven J.v. Uexkuell, que representaban una posición groseramente materialista, era una posición de ironía. Especialmente la enseñanza del tropismo de Jacques Loeb (1890) y sus amigos, presentada de un modo un tanto estrepitoso, fue liquidada con breves palabras: “Parece que están apuntando a los gorriones con cañones”.



*JOHANNES von KRIES (1853-1928)*

Sin embargo, mientras que Kries se basaba en una teoría del conocimiento de las ciencias naturales exactas, que estaba fundada en Kant, pero continuada por él mismo de manera independiente, mi propio desarrollo filosófico entraba cada vez más en conflicto con la postura fundamental kantiana. Para relatar este desarrollo tengo que hablar de mis años de estudio en Friburgo, porque allí fue donde se consumó esta transformación en la generación más joven que, al llegar a una edad madura, se observó una oposición total en casi todos los terrenos espirituales. Un ejemplo interesante, fuera de la filosofía, es la

noción de “causalidad adecuada”<sup>10</sup> que Kries le obsequió a la ciencia jurídica. Cuando más tarde comencé a ocuparme de asuntos de política social y de cuestiones jurídicas que se relacionaban con las compañías de seguro, también se presentó una oportunidad para actuar justamente en contra de la “causalidad adecuada” y de este modo registrar las consecuencias de las contradicciones naturales y necesarias de mi época en relación a la de mi maestro. Pero lo que me ha acompañado durante toda la vida como un legado de su enseñanza fisiológica y de su espíritu investigador, es precisamente que la filosofía no puede ser considerada como algo libremente suspendido por encima o al lado de la investigación de las ciencias naturales. Es su ligazón a la experiencia sensorial y a la comprobación experimental y, siguiendo las ideas de Kries, también podría decirse que es la ligazón moral que tiene la filosofía con las ciencias naturales.

## II

### La filosofía alemana del sudoeste<sup>11</sup>

No puedo recordar exactamente si ya había tomado contacto con el círculo de Heinrich Rickert durante mis tres semestres, 1906/07, en Friburgo. Pero recuerdo muy bien cómo transcurrió mi primer intento de acercamiento a Rickert. Deseaba participar en su seminario y, como era habitual, fui a verlo en su consultorio. Me preguntó si estaba emparentado con el histórico Julius Weizsäcker, el hermano de mi abuelo Carl Weizsäcker, el teólogo, y luego me preguntó qué había leído de filosofía. Le tuve que decir que sólo había leído mucho a Wilhelm Wundt y que últimamente me había aventurado a leer la Crítica de la

<sup>10</sup> N. de la T.: una acción es causa adecuada de un resultado, cuando este era objetivamente previsible.

<sup>11</sup> El idealismo alemán surgió a partir de la obra de Immanuel Kant en los años 1780 y 1790, vinculado estrechamente con el Romanticismo, la Ilustración y el contexto histórico de la Revolución francesa y las posteriores guerras napoleónicas. Los principales pensadores del movimiento fueron, además del propio Kant: Fichte, Schelling y Hegel. Los tres últimos reaccionaron fuertemente al libro Crítica de la razón pura de Kant. También pertenecen a la escuela filósofos de talla menor, como Jacobi, Schulze, Reinhold y Schleiermacher.

Razón Pura de Kant (1787). Fue muy amable y me respondió que los demás participantes activos del seminario ya habían estudiado las obras de él, pero que yo podía participar como oyente de estos ensayos. Me despedí y, mientras me alejaba, me fui dando cuenta que esta manera de obligar a los participantes del seminario a leer sus obras me parecía, de algún modo, poco filosófica y muy como de un maestrillo de escuela. Pensaba que, en la medida en que lo visitaba una persona dedicada a la medicina debería alegrarse y, probablemente, pensé que mi caso era un caso especial. En pocas palabras: yo estaba un poco ofendido por la palabra “oyente” y decidí mantenerme alejado. Más tarde escuché decir que había preguntado por mí, pero ninguno de los dos dio un paso para un acercamiento.

Como sabemos, los estudiantes siempre están ocupados en criticar a sus maestros y se sirven de todo lo que para ello tienen a mano. Es así que ya en esa época me enteré que el logro principal que se le atribuía a Rickert (1899), de haber hecho la clasificación en Ciencias Naturales y Ciencias Culturales, en la que se contraponía la naturaleza a la cultura y no, como se hacía antes, la naturaleza al espíritu, no había surgido de él, sino que se había aprovechado de la idea de *Windelband* quien diferenciaba entre el pensamiento nomotético<sup>12</sup> y el idiográfico<sup>13</sup>. *Windelband* había viajado de Estrasburgo a Heidelberg y ya me había sido recomendado entusiastamente por mi madre, que lo había escuchado hablar cuando era una joven estudiante y él era un docente privado en la Universidad de Leipzig. Ahora bien, cuando yo llegué a Heidelberg en 1908, en mi octavo semestre, la situación mejoró considerablemente. Yo había participado muy activamente en el seminario de *Windelband* durante tres semestres consecutivos y había hecho una disertación para la lectura de las tres críticas de Kant.

<sup>12</sup> N. de la T: Wilhelm *Windelband* denomina ciencias nomotéticas a aquellas que tienen por objeto las leyes lógicas, es decir, las ciencias de la naturaleza, que buscan estudiar procesos causales e invariables.

<sup>13</sup> N. de la T: El método idiográfico, que utilizan las ciencias que estudian los fenómenos sociales, no descubre lo general sino lo singular.

*IMMANUEL KANT (1724-1804)*

En ese seminario se encontraba un grupo de gente joven muy vivaz. El más brillante parecía ser el joven Ebbinghaus. Era muy elegante, tenía un espíritu burbujeante y era un admirador declarado de Hegel. Además, estaban Hans Ehrenberg, que también se inclinaba hacia Hegel. Venía de las Ciencias Sociales y, pasando por la filosofía, más tarde se dirigió hacia la teología. Erich Frank, nacido en Austria y filólogo clásico, que más tarde fue nombrado profesor titular de filosofía en Marburg. También allí me encontré por primera vez con la joven Baronesa Leonie Keyserling, que pertenecía a una dinastía que me era familiar a través de la biografía de Kant y de Bismarck. Windelband no tenía justamente una posición fácil con esta joven “jauría”. Aquí llegué a conocer por primera vez una situación de viva polémica de la vida espiritual universitaria, tan creativa y vital, como lo puede ser cuando este instituto se mantiene libre de la deplorable uniformidad escolar que en aquella época todavía no representaba un peligro de actualidad. Windelband se asemejaba a su predecesor Kuno Fischer, en el hecho de que su posición hacia la filosofía era la de un historiador, mientras que nosotros queríamos filosofar por cuenta propia: esto era el anhelo de nuestra belicosidad juvenil.

Windelband era de una fealdad socrática, ligeramente jorobado, con una mirada muy astuta y, a pesar de ser un “filósofo barbudo”,

tenía aspecto bien cuidado y una manera de hablar muy fina. Como no era nada vanidoso tampoco tenía miedo y su diplomacia espiritual era muy superior a la de todos nosotros. Sólo Ebbinghaus lo podía sorprender a veces, pero nunca lo podía desconcertar.

Windelband, tal vez apoyado por Hans Ehrenberg al cual respetaba mucho, se atrevió más conmigo que Rickert. Me encargó el trabajo sobre las tres categorías de relación de la Crítica que yo, sintiéndome halagado, consideraba como punto nodal de la teoría crítica. Creo que en mi trabajo expuse una idea muy original cuyo contenido no recuerdo, pero su idea era que en la relación entre sustancialidad, causalidad e interacción se refleja un principio sistemático de la filosofía crítica en su totalidad. Windelband se sintió estimulado y se mostraba interesado y yo hice un buen papel. Sin embargo, no fue este éxito el que me hizo sentir vivo agradecimiento hacia él. Es más bien el simple hecho de que aquí, sobre la base de un objeto respetable y de los textos de los grandes filósofos, en realidad fuimos introducidos en la metodología del filosofar. En medio de la barbarie de la habladería subjetiva, popular o consensual, la primera condición para lograr un orden en nuestras cabezas era la sumisión incondicional al texto de un maestro.

La disolución de la filosofía según Hegel, el efecto de Schopenhauer y Nietzsche, el desmembramiento total del mundo espiritual en ciencias naturales, teología, investigación histórica, psicología; el comienzo del enorme desamparo de los espíritus y la carencia de una conducción –esto y muchas otras cosas provocó que cada uno comenzara a construir su cosmovisión (*Weltanschauung*), su filosofía o inclusive su sistema. Nadie tomaba consciencia de que, fuera del contacto con la gran filosofía y sus fuentes decisivas, se tropezaba siempre de nuevo con los mismos problemas y que sus formas básicas se conocían desde hace tiempo, así como sus dificultades y sus posibilidades de resolución, que ya habían sido aclaradas desde hace tiempo por Platón y Aristóteles

Sin tener consciencia y a raíz de la falta de cultura se cometían los mismos errores que desde hacía tiempo ya se habían vuelto típicos. Por estas razones desde entonces defendí la idea de que en la univer-

sidad lo más imprescindible de la enseñanza filosófica debe ser el estudio minucioso de los clásicos y que debe repudiarse una disertación del profesor según su propio sistema o el tratamiento de cuestiones personales o las dudas y ansias de los alumnos durante los ejercicios.

También he sostenido siempre que la filosofía es una ciencia que debe ser estudiada, y que la historia de la filosofía es la historia de los descubrimientos de conceptos realizados en bien determinados lugares por muy determinados hombres y que después se convirtió en un bien espiritual de índole general. El hecho de que pude adquirir semejante enseñanza justo a través de la filosofía de Kant, fue una situación que tenía un significado casi demasiado importante. Porque el hombre alrededor de los veinte años posee su más alta plasticidad y una forma impregnada en esta época queda con él para toda la vida y tiene una fuerza de la cual ya no se puede desprender tan fácilmente.

Mi educación filosófica fue de una profundidad relativa, ya que el tiempo no me alcanzó como para haber leído la filosofía griega en su lenguaje original, lo que hubiera sido lo más importante. Ya que Kant es un gigante unilateral que en cierto modo prohibió la Metafísica, fue y es muy difícil superar la actitud básica crítica y llegar a través del concepto previo al concepto fundante (*Urbegriff*) de la filosofía y de allí avanzar hacia la teoría de la esencia.

Solo a través de la filosofía de Kant no es posible comprender las grandes relaciones de la filosofía con las religiones, con las esferas del derecho, del estado, del arte y del mito. También la pobreza de su tan elogiada ética no representa un sustituto para lo que él parecía haber destruido. La consigna de Kant del dogmatismo ha provocado un daño que duró más de un siglo: la creencia de que de una vez y para siempre estaremos eximidos de hacer el esfuerzo para avanzar desde el empirismo crítico a los asuntos más importantes de la filosofía. Así, todas las ciencias naturales podían imaginarse que habían logrado una conciencia tranquila y que eso era suficiente. De este modo, lamentablemente, Kant resultó ser la causa de la falta de filosofía en los investigadores de la naturaleza. No puedo juzgar si esto también fue el caso para las otras ciencias.



Expertos más competentes deben relatar con qué éxito la filosofía alemana del sudoeste se ha separado sucesivamente del así llamado neokantismo. Aquí se escuchaba poco de Dilthey y de Brentano, pero desde principios del siglo se observaban signos de un neo-romanticismo. Era algo novedoso el hecho de que en el oeste había surgido nuevamente un elevado concepto de la filosofía. Windelband (1912) pasó de la Historia de la Filosofía de Kuno Fischer (1878) a la Historia de los Conceptos filosóficos. Y sus discípulos (Kroner 1977<sup>14</sup>) creían hacer un buen trabajo pasando de Kant a Hegel, cuyo representante en Alemania sólo se seguía considerando al viejo Lasson (1908). Antes de su muerte, en su disertación, Windelband (1910) había expresado su reconocimiento a este movimiento que se autonombraba el neohegelianismo. Fichte fue retomado nuevamente en la escuela de Rickert. Comenzamos a leer a Schelling y el idealismo postkantiano alemán se transformó en un eslogan.

Pero me estoy adelantando a mi relato. Para mí y los demás jóvenes todo esto significaba un desprendimiento del historicismo<sup>15</sup>, del positivismo, del criticismo; un avance que nos alejaba de la iluminación indirecta, derivada, poco comprometida, de la filosofía realizada desde afuera y nos introducía en el interior de la cosa sagrada en sí misma.

Muy significativo para esta situación es una de las pequeñas observaciones descaradas que Ebbinghaus solía hacer en el seminario sobre Kant. Windelband hablaba, utilizando una expresión de Kant, de los proyectos demasiado elevados en que se movía la razón. A esto Ebbinghaus lo interrumpió con las palabras: “el Honorable Consejero Privado seguramente se refiere con esto a los proyectos demasiado bajos”. Esto nos pareció magnífico. Y en relación a este episodio pertenece lo que he de relatar de mí mismo, a saber, la tentación de abandonar la medicina y “hacerme” filósofo.

<sup>14</sup> N. de la T.: esta fecha figura así en el original alemán, pero debe ser un error porque Richard Kroner falleció en 1974.

<sup>15</sup> N. de la T.: El historicismo considera toda la realidad como el producto de un devenir histórico. Concibe al ser esencialmente como un devenir, un proceso temporal, que no puede ser captado por la razón.

Después de tantos años es difícil evaluar hasta qué punto se deben considerar seriamente semejantes crisis. Yo sabía que al menos Windelband tomaba en serio mi talento filosófico, y seguramente hubiera estimulado mis futuros empeños. Pero no los influenció en forma directa. De todos modos, tuve que atravesar una dura lucha conmigo mismo, en la cual finalmente llegué a la conclusión de que la filosofía no era una profesión, sino una vocación, un talento. Pero que también el hombre tiene que tener una profesión. Sin embargo, creo que en estos casos para los jóvenes es una cuestión de orgullo no querer reconocer que motivos externos, tales como las necesidades de la vida cotidiana, la carrera, etc. tienen prioridad y, debido a motivos ideales, los reprime. Sin embargo, éstos continúan ejerciendo su efecto y lo que realmente nos indujo no se encuentra en el plano de los motivos determinables. Las cosas no suceden porque así tenían que suceder, sino que, porque sucedieron, nos parece que necesariamente tuvieron que ocurrir de este modo. Por lo tanto, después del examen final, decidí quedarme con la medicina e irme al Instituto Fisiológico de Friburgo. La decisión de abandonar un estudio de medicina que me llevó cinco años hubiera sido mucho más difícil.

Al menos ahora llevaba conmigo la consciencia de una cierta seguridad de que no atravesaba la ciencia como un aficionado de la filosofía. A Kant lo domino hasta hoy en día de tal manera que en cualquier momento podría hacer una razonable introducción o una ponencia sobre él, y así lo hice también durante la guerra en el invierno de 1939 en el círculo de mis hijos y de mis amigos.

*WILHELM WINDELBAND (1848-1915)*

También el tratado de Windelband (1912) sobre la Doctrina de la Filosofía permanecía estable en valor. Se ve con claridad que, desde el punto de vista biográfico, sentíamos mayor agradecimiento justamente en relación a aquello contra lo que habíamos luchado —en este caso el historicismo en la filosofía. La frase “amar al enemigo” parece expresar aquí una ley espiritual que desde luego tuvo que ser descubierta. El hecho de que más tarde en repetidas ocasiones me tomé la libertad de pronunciar ponencias y disertaciones sobre asuntos filosóficos, probablemente se base en la confianza que uno se tiene y que no se adquiere fácilmente al menos que desde un comienzo se le haya dedicado a ese tema mucho interés.

La expresión geográfica de “Filosofía alemana del Sudoeste” no quiso significar que la Provincia de Baden fuera la cuna del espíritu filosófico alemán. En este sentido hubiera sido más correcto decir que mi lugar de nacimiento, la Suabia, era el lugar de su renacimiento. Max Weber llegó a decir: “En Baden hasta los judíos son tontos”. Pero la manera de cómo se practicaba filosofía tiene algo que ver con el Odenwald, la Selva Negra, la Cordillera de los Vosgos, el Neckar y el Rin. El romanticismo tiene algo que ver con los bosques, las montañas y con la disposición a reunir las corrientes de los vientos con los ríos de nuestras caminatas y con nuestras fiestas. Aquí no se

disponía de una formación escolar obstinadamente limitada, pero mucho era lo que circulaba y fluía alrededor nuestro. Cuando en 1910 volví a Friburgo y todavía pensaba dedicar mi vida más a la ciencia que a la medicina, estaba convencido de que las tareas más importantes consistían en hacer diagnósticos entre los distintos campos y no en el hecho de completar los espacios que se encontraban entre estos campos. El trazar líneas de conexión entre historia y naturaleza o entre “ser hombre” o “ser investigador” —este hecho posiblemente ya representa en sí un emprendimiento filosófico. Pero ya éramos conscientes de que la reina de las ciencias ya no era tal. Encontré un grupo en el cual realmente todo parecía moverse en círculo: la juventud que se había agrupado alrededor de Friedrich Meinecke: Kachler, Rosenweig, Meyer, Erdmann, Aubin, Marcks y probablemente el más brillante, Sohmn estaban presentes. Lina Kuhlenkampff y la señorita Zierolt representaban la juventud académica femenina, que en aquel momento comenzaban a “emprender vuelo”. De los alumnos de Rickert estaban Kroner, Mehli, Stephan y, en el lugar del mismo Rickert, yo había elegido esta vez a Jonas Cohn y Kroner, en cuyo seminario sobre Fichte participaba asiduamente para disertar sobre el problema del comienzo.

Este ambiente políglota, no impidió que bajo Johannes v. Kries pudiera resolver por primera vez seriamente un problema fisiológico-experimental que me exigía un verdadero esfuerzo. Pero me ayudó a seguir desarrollando lo que había surgido en los años de Heidelberg: la vida doble de médico y estudiante de filosofía se transformó en un estado natural, habitual para mí, como tener más de un hierro en el fuego. Así fue también más tarde y hoy estoy tentado de averiguar cuál es la posición y la importancia que ocupó la filosofía en mi vida, ya que ahora cuando escribo estas líneas, parece haber empezado una suerte de decaimiento de la filosofía académica.

Visto desde la superficie, el giro hacia un idealismo especulativo postkantiano fue solo un episodio. Una situación similar se había dado en Holanda e Inglaterra. Lo importante fue el desprendimiento de la dictadura del pensamiento científico natural y crítico y, bajo la

conducción de Hegel y de Schelling, ocurrió la entrega al inmenso universalismo, al apasionante poder de la ontología, la metafísica, el arte, la religión, la historia, que estaban vivos en esos grandes espíritus. También el objetivo de Rickert era determinar los *límites* de la formación de los conceptos científico naturales y si bien comparado con Windelband, representaba una fuente de conocimientos más pobre, estaba tan compenetrado de un fanatismo por obtener la verdad, que era suficientemente inquietante y hacía olvidar su forma de ser de maestrillo de escuela.

Pero no alcanzó con la mera imitación secular del paso que dio Kant hacia el idealismo, de aquellos que lo superaron, y hubiera sido otra vez una forma de historicismo. Muy pronto surgieron las dificultades. Un primer ejemplo fue la fundación de la *Sociedad de Baden-Baden*. El proyecto para esta fundación surgió de Hans Ehrenberg. El propósito era el de encontrarse cada seis semanas para un simposio en Baden-Baden, ya que ese lugar era fácilmente accesible desde Friburgo, Heidelberg y Estrasburgo. Así llegaron la mayoría de los jóvenes ya mencionados (creo que esto fue en el verano 1911 ó 1912). También esperábamos a Albert Schweitzer proveniente de Estrasburgo, cuya obra de investigación sobre la vida de Jesús (“Desde Reimarus a Wrede”) justo se había hecho famosa. Pero él nunca apareció por allí. Sin embargo, pude encontrarme por primera vez con otras dos personas provenientes de Estrasburgo: Ernst Robert Curtius y Werner Picht. La primera reunión aportó una disertación de Richard Kroner sobre la obra anticriticista<sup>16</sup> de Henri Bergson. También se habló mucho de Kurt Breysig. Durante una reunión que yo presidía y en la que Franz Rosenzweig tuvo la palabra, comenzó la crisis, la catástrofe. Hasta donde puedo recordar fue que Rosenzweig desarrolló una construcción histórica del presente en la cual el siglo diecisiete, dieciocho y diecinueve eran prácticamente violentados a través de un método hegeliano-dialéctico en forma de tesis, antítesis

<sup>16</sup> N. de la T.: El criticismo es la doctrina sistemáticamente epistemológica desarrollada por el filósofo Immanuel Kant, que pretende establecer los límites del conocimiento a través de una investigación sistemática de las condiciones de posibilidad del pensamiento.

y síntesis. En la misma noche se produjeron divisiones en la concurrencia. Una parte de los alumnos de Meinecke consideraron esta clase de abstracción enemiga de lo histórico y como algo completamente insoportable y decidieron separarse de tal empresa.

Recién más tarde me di cuenta de este tono antisemita amenazante que estaba dirigido a Ehrenberg y Rosenzweig. Fue la primera experiencia que me hizo ver con claridad la seriedad de este problema. Sin que se justifique, fui considerado miembro del grupo aparentemente judío, pero yo no tenía consciencia de la existencia de un grupo, ya que recién por la acción de los que provenían de Friburgo surgió su formación. El acontecimiento me resultaba oscuro y no tenía una idea clara de las fuerzas y contrafuerzas que actuaban en el seno de los científicos de las ciencias espirituales. De todos modos, lo que se demostró fue que el neo-hegelianismo era incapaz de llegar a ser fundamento y conducción en los problemas que se planteaban en aquel tiempo a las ciencias particulares. La crisis de la ciencia era demasiado abarcativa y la descentralización de las ciencias demasiado avanzada, como para poder ser removida por este intento de reanimación por parte de nuestra filosofía clásica. El “ocaso de occidente” había comenzado de verdad.

Si considero las cosas del punto de vista del terreno en el cual podía ser considerado un experto, o sea desde el punto de vista de las ciencias naturales, se veía con claridad que este corto renacimiento de la época hegeliana estaba condenado al fracaso. Porque ni Hegel ni Schelling pudieron concretar una fusión entre la ciencia natural moderna y su filosofía. Igual que Goethe, lucharon contra el espíritu de Galilei y Newton sin haberlo entendido o conquistado. Así se produjo la grieta irreparable, el abismo, entre la filosofía y las ciencias naturales, como también se produjo luego en la época del materialismo y del neokantismo el triunfo de Kant sobre ellas. De esta manera, si la ciencia en las universidades quería permanecer *universitas*, entonces tenía que mantenerse tolerante, pluralista, especializada y heterogénea. El sueño de una nueva unidad espiritual había llegado a

su fin antes de haber empezado, quiere decir, antes de que nosotros, los del sudoeste de entonces, hubiéramos dado los primeros pasos.

Pero con esto no se dio por terminada la historia de la filosofía del sudoeste alemán. En su periferia surgieron nuevos astros que, aunque pertenecían a otra constelación estelar, desde un punto de vista por decir así geográfico, correspondían sin embargo a ésta. El espíritu de la verdadera manera de filosofar se había despertado y lo radical, lo que contiene auténtica filosofía, la incondicionalidad del pensamiento, ya no podía ser nuevamente relativizado —una verdadera revolución siempre quiere llegar hasta el final. Si del simple tratamiento de un tema surge la más alta pretensión, o sea la realización en el sentido más personal, entonces en primer lugar la filosofía debía concentrarse ante todo sobre sí misma. La situación crítica en la que ya se encontraba la ciencia en la vida de nuestra nación, sólo podía tener como consecuencia el que uno no se nutriera de filosofías pasadas, sino que el filósofo en sí mismo filosofaba por decir así a vida y muerte.

El resultado fue la filosofía existencialista y como líderes surgieron Karl Jaspers (1932) y Martin Heidegger (1927). Por lo tanto, en esta transformación no se trataba de reconquistar para la filosofía el liderazgo imperial dentro de las ciencias, sino de confiarle la lucha del hombre por la existencia, y que el resto de las ciencias continúen ocupándose de sus asuntos como les fuera posible. Como estos dos hombres son coetáneos, este capítulo ya no pertenece a mis “años de formación”. Si hablo de ellos, es al mismo tiempo una descripción de fuerzas que me influenciaron, pero ya no se puede decir que contribuyeron a mi formación. Por lo tanto, no constituyen componentes de mi sustancia, pero son medios para determinarla por comparación. Así se puede entender el hecho de que ya desde el principio mi posición en relación a la idea de la filosofía existencial fue escéptica. Si bien no era porque la consideraba claramente como un error de la filosofía. Es que mi decisión personal tomaba otra dirección. Porque yo pensaba que la existencia no era filosófica, lo que para mí significaba que no se podía realizar *pensando*. Con ello también queda expresado

lo que me hizo permanecer como médico clínico y demuestra, al mismo tiempo, el rol que la filosofía siguió ocupando en mi vida. Por esta razón, este resultado es también un resultado de la filosofía del sudoeste alemán en sí misma: en mi opinión su éxito reside en haber planteado justamente la cuestión de la existencia y con ella se ha destacado la finalización de esta época tan significativa de nuestra vida espiritual

Sin embargo, las cosas no deberían quedar demasiado simplificadas y por ende falseadas a través de fórmulas abreviadas. Las expresiones “existencia filosófica”, “existencia teológica”, de ninguna manera significaban lo que antes era llamado “vida espiritual”, sino justo lo contrario. La noción de existencia tenía sus raíces más bien en la ontología, que se retrotraía a Parménides y Platón: no es que la vida también incluye eventualmente a la vida espiritual, sino que el acto espiritual también fundamenta, condiciona, crea la vida. Y para mí, hubiera significado un simple despido de la filosofía, si se hubiera tratado de optar entre teoría y práctica, y si la decisión hubiera sido por la práctica. Tal vez no sabía de manera explícita que no existe y nunca podrá existir algo semejante, pero la mirada retrospectiva me dice que nunca creí que se puede poseer una existencia sin filosofía.

Rosenzweig (1920) dijo una vez: el corte entre Hegel y Schopenhauer y todo lo demás significa: *exit philosophia, intrat philosophus*. Se trataba de que entendiéramos que no podía existir ninguna investigación, ni sabiduría, ni proceder, ni actuación, que pudiera eludir al espíritu, que no fuera espiritualmente generado y justificado desde lo espiritual. Y si con este conocimiento uno se acercaba a la investigación empírica como, por ejemplo, a la fisiología o a un actuar médico, resultaba que precisamente aquí, el investigador o el médico tenía que ser, “malgré lui”<sup>17</sup>, un filósofo, fuera este malo o bueno. Este punto lo ampliaré cuando hable de nuestros empeños en relación a la filosofía de la naturaleza. En primer lugar, se quería demostrar que la filosofía debía ser comprendida como una presencia universal.

<sup>17</sup> N. de la T.: A pesar de él.



Lo que significaba la descripción de mi escepticismo en relación a los filósofos existenciales como tales, recién se podrá comprender cuando me refiera a otros acontecimientos.

Creo que fue en otoño de 1923 cuando, al abrir la puerta de mi casa en la calle Plöck 68 en Heidelberg, me encontré con un hombre de baja estatura, sin afeitado, con un aspecto algo salvaje, que llevaba poco equipaje y un sombrero tirolés. Este hombre era Max Scheler. Permanecía en Heidelberg unos días y se hospedaba en mi casa. Pocos años atrás se publicaron sus obras: “Sobre la subversión de los valores” (1916), “Sobre lo eterno en el hombre” (1921) y “El formalismo en la ética” (1921), que ahora ya se encontraban en una segunda edición. Scheler era una figura muy discutida. Se decía de él que llevaba una vida licenciosa. Sus conflictos con las autoridades de la Universidad de Munich, donde había sido habilitado fueron, a pesar de la guerra, una sensación. Su traspaso a la religión católica no sólo hizo de él un converso, sino que lo transformó en una persona con un magnetismo que incitaba a otras personas a convertirse.

La Universidad de Colonia, fundada por la República, lo había designado y rehabilitado. Sin ser un pacifista parecía estar bastante bien ubicado en la alianza entre la política socialista y la del centro. Pero Scheler no era un hombre de la coyuntura y tampoco era un ser espiritual efímero, inmerso en una época convulsionada, sino que era un verdadero trabajador, alguien que sabe y un filósofo en el cual, si se puede decir, no sólo filosofaba el cerebro sino también el corazón; en otras palabras, también el vientre y toda su carne. “Porque Eros es un filósofo” dice en el Simposio (Platón 1957) y de eso se trataba aquí, no se filosofaba sobre la existencia, sino que una existencia practicaba filosofía. No quiero discutir acerca de la justificación de esta antítesis, bastaba que este hombre fuera así.

Scheler no presionaba a que uno tomase una posición determinada, sino que en el acto despertaba simpatía y antipatía y ambas cosas podían cambiar con una rapidez, tal como su rostro podía pasar de la noble expresión de un combatiente a la de un capellán, de un alegre guasón de Bavaria, de un seductor de mujeres o de una persona que

recién sale de una oscura taberna de mala reputación. Durante el congreso habló de manera tan apasionada como si se encontrara en una reunión privada. Durante nuestra primera conversación expresé mi esperanza de que continuara el primer tomo de su “Sobre lo eterno en el hombre” y le manifesté mis deseos sobre su eventual contenido. Pero con respecto a obras y mujeres, Scheler nunca estaba allí donde uno lo había visto la última vez. Sus relaciones con la Iglesia ya se habían relajado mucho y sus respuestas eran más que esquivas. Todo esto también se debía a sus relaciones matrimoniales siempre cambiantes. La Iglesia se transformó en una “clínica psiquiátrica masiva”.

Cuando en 1927 me invitó a una conferencia (sobre Medicina Antropológica) en su Asociación Kant de Colonia y me alojé en su casa, se había casado con María Scheler, pero ahora su vida se encontraba bajo el signo de una enfermedad mortal. Después de la conferencia cenamos en la “Bastei”. Además de las damas también estaban presentes Plessner y Kurt Schneider. En el curso de media hora él había ingerido vino espumante, café negro, coñac, cerveza, huevos y una cantidad de otras cosas más y su conversación no era tumultuosa, pero de un tironeo casi físico llena de idas y vueltas. Estaba hablando de alguien en forma despreciativa y de pronto miró a mi mujer, se calló y después dijo: “Ah, ¡ahora me puse colorado!”. Quien conozca su trabajo sobre la vergüenza (Scheler 1915), una de sus disertaciones más bellas, puede entender cómo la filosofía nacía dentro de él. La “unidad-cuerpo-alma” no era su problema sino su estado problemático. Él no necesitaba hacer experimentos en relación a este tema —él mismo era un experimento y no tenía la elección de hacerlo o de no hacerlo— él mismo era un verdadero *experimentum crucis*. Se había hecho tarde y tuvimos que correr para alcanzar el último tranvía y en casa, a pesar de todas las insistencias de María, tuvimos que abrir nuevas botellas de cerveza, porque ahora quería filosofar conmigo hasta la madrugada. El resultado fue un fuerte ataque de angina pectoris y la cancelación de su disertación. Pero a la tarde se reunió con un grupo de invitados para tomar el té, en cuyo círculo habló de su enfermedad, de sus experiencias y de sus síntomas.

Me refiero a la naturaleza de Scheler sólo porque a través de estos relatos surge algo integrador en relación a la subsiguiente evolución que tuvo lugar en Alemania.

Pocos, quizás ninguno, representan una expresión tan esclarecedora del proceso espiritual que ocurrió en el primer tiempo de post guerra. Ahora se cumplía la añoranza de lo “diagonal”. En Scheler, como también en muchos otros, realmente se cruzaban todas las fuerzas, y posiblemente él no era “una luz encendida” sino un “incendio”, ocasionado precisamente aquí por un sinnúmero de lentes cuyos rayos estaban dirigidos sobre *un solo* punto. No existía un solo campo de las ciencias naturales y espirituales, de la política y de la religión, que Scheler no incitara y reavivara con nuevas preguntas y relaciones. Tales puntos de entrecruzamiento surgían y desaparecían, pero Scheler podía hablar con todos y todos podían reconocer e identificarse con sus dolores. Si tengo que señalar los principales puntos en los cuales se producía una resonancia de simpatía con él, tendría que hablar exclusivamente de mí mismo y esto es precisamente lo que caracteriza la esencia demoníaca de Scheler.

Scheler era una mónada y descubría y encontraba mónadas. La naturaleza psicofísica de su espiritualidad, era justamente lo que percibían todos aquellos para los que la experiencia vivida durante la guerra mundial significaba el derrumbe de una vida espiritual libre, independiente. La lucha material de la guerra de trincheras, la muerte de los amigos y las catástrofes de la derrota y del Tratado de Paz de Versailles, nos habían mostrado la fuerza primordial de poderes y de posibilidades, que no se podían dominar, ni comprender por medio de la consciencia, que había sido educada a través de los métodos normales y tradicionales. La destrucción de la seguridad burguesa y lo aventurero de los destinos, la dependencia brutal de las cuestiones del estómago y del bolsillo, destruyeron el transcurso de la continuidad espiritual y crearon la libertad para mezclar y ordenar nuevamente, de acuerdo a experiencias y vivencias personales, la razón y el sentimiento, lo consciente y lo inconsciente, alma y cuerpo. Pero una sumatoria realizada según un análisis metódico,

una síntesis para establecer una fórmula, haría desaparecer el carácter vital de aquella época, de aquel estado. La *logique du coeur*, su manera de ser, los sentimientos de simpatía, fueron la hazaña magistral de Scheler (1921). Después del reinado de la muerte debía triunfar la vida, pero Eros era un filósofo. Ciertamente que, si Scheler sólo hubiera reflejado una condición y no hubiera sido un verdadero pensador, no se hubiera transformado en un hito de la historia espiritual a la luz de nexos más abarcativos. Y esto es lo que fue. También las líneas fundamentales de su filosofía, su formación, se habían gestado antes de la guerra. Y para los tiempos que nos esperan, durante o después de la segunda guerra mundial que es todavía peor, resulta útil decir: en aquel entonces nadie supo qué hacer con la “nada” y crear todo nuevamente y nadie lo podrá hacer en el futuro.

Porque los que vienen después siempre comenzarán allí donde dejaron aquellos que se fueron. Hasta donde puedo observar, Scheler vino de una familia espiritual claramente definida que él continuó. Su comienzo fue la escuela de fenomenología, que a su vez provenía de Husserl, de Husserl a Brentano y de Brentano, sin embargo, a una rama del aristotelismo católico. Es la realidad de las formas, en contraposición a la causalidad de las funciones, la que a través de esta genealogía fue introducida nuevamente en la filosofía.

La ley de la *esencia* de las cosas no es sustancia y función, como había enseñado Cassirer (1923) en años anteriores, sino potencia y acto, como enseñaron los fenomenólogos (Husserl 1920). Esta línea fundamental también conducía de Scheler a Heidegger. Es necesario saber esto para comprender cómo esta corriente independiente del sudoeste alemán embocaba allí y se emparentaba con lo que más adelante surgió en la medicina, la biología, la psicología y en la fisiología y de lo cual yo mismo participé.

*MAX SCHELER (1874-1928)*

Era natural que una persona como Scheler, por tratarse de una nómada psicofísica, estaba lleno de contradicciones. Un ejemplo era su opinión acerca de una cuestión médica. Sostuve una vez que cuando un médico trata los dolores de un paciente con morfina y con psicoterapia hacía cosas muy diferentes. Scheler lo negaba tercamente y era imposible lograr que cambie de opinión. De un fenomenólogo tan sutil en cuanto a los sentimientos de simpatía (1913) realmente se hubiera esperado que reconociera de inmediato la total diferencia de los procesos que transcurren en el enfermo en el caso de que se le administrara morfina o en el que experimentara una situación anímica distinta, como resultado de la sugestión o del análisis. Pero en este caso parecía que sólo le importaba lograr el éxito deseado, es decir, la eliminación del dolor. Hoy pienso que esta actitud se explica por el hecho de que Scheler se encontraba, por decir así, inerte frente a su propia corporeidad y que, si bien era instruido por sus exigencias, él no instruía a éstas —para utilizar la conocida frase de Goethe en sus cartas a W.v. Humboldt. En ellas Goethe aludía a la diferencia entre el animal y el hombre; y en este punto Scheler era más animal que hombre, lo que también generaba la impresión que era una persona ruda, dentro de la cual había sido ubicado un enorme contrapeso del espíritu; sin embargo, para él el espíritu era debilidad. Scheler fue el animal más espiritual que he visto en mi vida.

## La antilógica<sup>18</sup>

*Contra Deum nemo nisi Deus ipse*<sup>19</sup>

En esta oportunidad quiero escribir algunas observaciones que el lector probablemente estará inclinado a calificar de filosóficas. Yo preferiría considerarlas como físicas, aunque estoy seguro de que un físico verdadero más bien diría que se trata de psicología. Confieso que con los años me he vuelto insensible respecto de los celos con los que los sabios representantes de las materias cuidan su ámbito; demasiado me recuerdan a los alumnos que, cubriéndose con el papel secante, solían protegerse cuando un vecino menos dotado intentaba copiarse. Lo acertado deberá seguir siendo cierto también allí donde ha perdido el ropaje que otorga la facultad y aparece en estado de inocencia. Si el hombre capta el verdadero ser a través de diferentes ciencias, sólo se trata de rodeos inevitables que finalmente vuelven a coincidir.

Por lo tanto, no sé si lo que expondré aquí es filosofía, física, psicología o tal vez también fisiología. Lo que sé con seguridad es que forma parte de las malas costumbres de la pedantería académica, cuando alguien combate una afirmación remitiéndola a otra asignatura, para la cual él mismo dice ser incompetente. Esta modestia sólo es un truco que quiero poner al descubierto desde el comienzo.

Sin embargo, con ello ya estamos próximos a nuestro tema. Como lo han hecho muchos, yo también hice la experiencia de que a veces un conocimiento valioso y muy bien fundamentado, es considerado un disparate por personas meritorias y sagaces. Estas personas simple-

<sup>18</sup> Viktor von Weizsäcker, 1950, *Gesammelte Werke*, tomo 7, Editorial Suhrkamp, 1987, Frankfurt am Main.

Traducido por Dorrit Busch

<sup>19</sup> N. de la T.: La expresión "*Nemo contra deum nisi deus ipse*" –"Nada contra Dios excepto Dios mismo" –parece ser la clave de las ideas de Goethe relacionadas con la concepción del Urfaust.

mente no pueden ver la verdad de claridad meridiana y pronto se descubre: no la quieren ver. Yo mismo he pasado por tales experiencias en relación a conocimientos que otros habían hecho y que yo ahora defendía, como también con aquellos en los cuales había tenido éxito. No voy a mencionar estos ejemplos expresamente, porque aquellos que comparten mis ideas saben a qué me refiero; los enemigos, por el contrario, ya se encuentran con el ánimo de decir: y si, fueron y son por cierto errores terribles. No soy partidario de una paz sospechosa, en la que se acuerda y sostiene que la verdad sólo sale a la luz a través de la pelea. Lo que en esas ocasiones sale a la luz es la insuficiencia y no la verdad.

¿Pero dónde se encuentra la dificultad? Según mi opinión se encuentra en la impotencia de la lógica. Shakespeare dice:

*A man, convinced against his will, is of the same opinion still.*

*(Un hombre convencido en contra de su voluntad es de la misma opinión todavía).*

¿Pero dónde yace la impotencia de la lógica? Mi respuesta es: en la lógica. La lógica se encuentra con una traba, una fuerza antagonista mayor y tenemos que averiguar si el gran Spinoza (1677) tenía razón cuando acusó de ello a las pasiones. Con la ayuda de importantes testigos llegaré a otra conclusión. Si bien tengo muchas ganas de advertirle a Spinoza sobre una contradicción, dado que precisamente reconoce al *amor intellectualis Dei* como fuerza mayor, o sea que ingresa en la contradicción de ubicar al amor, que de seguro también es una pasión, como lo superior del intelecto. Pero tengo que resistir la tentación de operar en contra de él con el teorema de la contradicción<sup>20</sup>. Porque este teorema es el teorema fundamental de la lógica y no es de esperar que se pueda superar la debilidad de la lógica con la lógica. Además, la comprobación lógica de la lógica se mueve en círculos, como se percibe con facilidad en el teorema  $A = A$ . También

<sup>20</sup> N. de la T.: El *principio* de no *contradicción*, o a veces llamado *principio* de *contradicción*, es un *principio* clásico de la lógica y la filosofía, según el cual una proposición y su negación no pueden ser ambas verdaderas al mismo tiempo y en el mismo sentido. El *principio* también tiene una versión ontológica: nada puede ser y no ser...

habría que tener en cuenta que este movimiento circular justamente podría ser la ventaja de la lógica y que su debilidad podría ser su única fuerza, y que combatir esta debilidad podría ocasionar una pérdida irreparable.

En su lugar quiero contribuir algo para el elogio de la antilógica. Llamo antilógica a la libertad gozosa de la vida de utilizar la razón, sólo hasta donde es razonable y de tirar el resto por la ventana. Llamo antilógica al agradable don de llegar más rápido a la meta a través de un rodeo atractivo, que a través de la ruta militar ultraderecha de la lógica. Por lo tanto, de ninguna manera lo antilógico es la contradicción. Porque la contradicción es precisamente lo lógico y la pelea proviene de la lógica, lo cual llevó a los lógicos inteligentes a considerar al teorema de la contradicción como teorema principal de la lógica. Y la experiencia confirma que justamente aquellos que más se apoyan en la lógica, se vuelven más mordaces y excitados cuando alguien les contradice. El abogado de la lógica se enfada mucho cuando su alegato es simplemente ignorado con tenacidad pueblerina. Pero lo que más lo irrita, y es lamentable, es cuando alguien, que también dice ser una persona lógica, demuestra lo contrario.

Por lo tanto, tenemos que investigar seriamente cómo puede ser posible que alguien sea lógico y al mismo tiempo esté equivocado. Porque, como el crédulo fácilmente admitirá, no puede ser que ambos tengan razón; aquel que afirma algo y aquel que afirma lo contrario. Pero si admitimos esto ya caímos en la trampa: cuando decimos que sólo uno de ellos puede tener razón, ya nos hemos sometido al teorema de la contradicción. En ese momento ya echamos por tierra la esperanza de salir del dilema y la pelea se eterniza, para alegría indescriptible de aquellos que afirman que la pelea es el padre de todas las cosas, lo cual ni siquiera Heráclito había pensado *de este modo*.

Una vez escuché a un juez decir algo que me gustó tanto que lo repito, porque tiene la insinuación de una salida. Decía lo siguiente: en mi opinión, la lógica es una manera de darle expresión a mis emociones. Justamente en este caso peliagudo no quiero colocar a los jueces por encima de los abogados; si es el juez el que encuentra una



salida, entonces hay que decir que su situación le permite con más facilidad opinar con tanta liviandad. Sin embargo, la alegría de su espíritu se basa en que deriva la lógica de los sentimientos. Seguramente ya comprendió que la lógica genera tanta excitación y fervor porque ella misma proviene de los sentimientos.

Por lo tanto, hemos encontrado algo que es muy auspicioso. Porque de pronto uno comprende que, junto a una afirmación y su contraria, puede existir un tercer aspecto que ambos litigantes simplemente no vieron. Mientras que los partidos se encontraban ubicados de ambos lados de un muro, ya existía un tercero que se encontraba sentado a horcajadas arriba y que veía un paisaje por completo diferente.

Pero este lugar no sólo es confortable. Porque ahora va muy en serio el que una afirmación puede ser cierta y también lo contrario. Por supuesto que una discusión sólo tiene sentido concreto, si ambas afirmaciones se refieren a algo verdadero y no sólo se afirma que se afirma algo. Lo último sería por completo falto de interés y de importancia. Porque sólo resulta interesante cuando el que dice: este camino se dirige hacia arriba, tiene razón, como también aquel que sostiene: este camino se dirige hacia abajo, aunque ambos se refieran al mismo camino. En realidad, es ridículo pensar que esto es interesante, porque sostener que en estos casos sólo depende del punto de vista de cada uno de ellos, es una verdad de Perogrullo. Lo interesante es que sería ilógico (*unlogisch*) si ambos, el que sube y el que baja, no afirmaran algo contradictorio, sino que dijeran lo mismo. Para seguir siendo lógicos tienen que afirmar algo contradictorio.

Aristóteles nunca hubiera admitido esto. Dice que el que sube y el que baja de ninguna manera hacen lo mismo, porque se dirigen a metas diferentes. Una declaración sobre el camino en sí mismo no tiene ningún sentido, porque sólo lo tienen las declaraciones acerca de algo realmente existente en el camino, algo ocurrido o propuesto. Como es sabido, esta idea de Aristóteles ha tenido grandes consecuencias históricas. Él afirma que no existe un camino en sí mismo, sin una cosa que se mueve hacia una meta. Pero él niega el espacio

vacío; el espacio sin materia y esto impidió descubrir las ecuaciones de la mecánica. Recién la suposición de un espacio existente de por sí, permitió considerar al camino ascendente y al descendente con independencia de la cosa que se mueve. Del mismo modo, se iguala la fuerza efectiva durante el ascenso a la del descenso con independencia del camino. La conservación de la fuerza sólo se comprende, si se puede equiparar cosas tan disímiles como la energía cinética y la potencial. Aquí una ecuación que considera cosas desiguales como iguales, también satisface a la lógica; así como ocurrió anteriormente, sólo la declaración contradictoria de los puntos de vista pudo conformar a la lógica.

Si bien es lógico que desde diferentes puntos de vista la misma cosa tenga un aspecto diferente y que diferentes magnitudes, si se unifican, resulten en la misma magnitud; si bien, finalmente, la lógica se conforma sólo con la contradicción en relación a lo contradictorio (lo cual entonces se denomina conocimiento sintético), queda algo inconcebible y esto es, la existencia de diferentes puntos de vista y la igualación de diferentes magnitudes a partir de un mismo punto de vista. Igualaciones (ecuaciones) <sup>21</sup>, esto es, mediciones que satisfacen a la lógica, sólo son posibles desde un único punto de vista. Pero un punto de vista sólo es posible siempre y cuando se ignoren otros puntos de vista posibles, es decir, que son excluidos por la negación, según el teorema de la contradicción. También aquí la lógica se siente satisfecha, pero le resulta inconcebible que sean posibles y que, como muestra la experiencia, inclusive existan numerosos puntos de vista, de los cuales cada uno sólo es lógico, en tanto y en cuanto se excluyan los demás. Y este estado de las cosas es el antilógico.

He notado que esto entristece a los físicos; al menos a los modernos. Porque Leibniz (1714) se siente alegre y piadoso por la grandiosa diversidad de los puntos de vista. Y era sin duda un gran físico. No voy a indagar acerca de las causas de esta diferencia, porque aquí causa y efecto en realidad son lo mismo. Porque ser alegre y dejar vivir

<sup>21</sup> Paréntesis de la traductora.

a otros es lo mismo, como así también, ser tenebroso es lo mismo que no dejar vivir a otros. Inclusive se puede comprobar algo más. Dar golpes con el martillo de la lógica nos vuelve crueles y malos, mientras que la jovialidad del “soltar”<sup>22</sup> de la antilógica pertenece a la bondad, a la simpatía y a la misericordia.

Sin embargo, todavía no queda del todo claro qué es en realidad la antilógica. Si de veras la antilógica contiene una recomendación tan impresionante de ser un amigo de lo bueno, de lo jovial y de la misericordia, entonces tiene que demostrar que es lo suficientemente poderosa como para que podamos ver un éxito. Aquí nos referimos a un éxito en relación a su enemigo personal más poderoso que es la lógica, de la cual toma su nombre, como el Anticristo lo hace de Cristo. Sin embargo, esta comparación resulta ser muy embarazosa porque, en la medida en que defiende la antilógica, no quiero colocarme del lado del Anticristo. Por el contrario, he visto que este opera de modo muy llamativo con la lógica y, apoyándose en ella, se lanza contra el cristiano y contra Cristo. De ahí casi se desprende la sospecha de que la persona lógica es un aliado del Anticristo y la antilógica un amigo inconsciente de Cristo. Aunque la investigación nunca pudo aclarar si la frase *creo quia absurdum* proviene de Agustín, o de Tertuliano o de alguna otra persona, siempre me tranquilizó que Lutero le haya dado importancia.

Ahora bien, la lucha entre la lógica y Cristo se desarrolló de manera muy cambiante. De seguro que Galileo era un lógico sagaz y los gobernadores de Cristo hubieran estado en su derecho al amonestarlo, siempre y cuando la lógica de verdad fuese el enemigo de Cristo. Sin embargo, creo notar que ya 300 años después de Galileo, hay físicos que son combatidos por el Anticristo. Si se presta atención a este caso, se descubre que estos físicos más nuevos no son lo suficientemente lógicos para el Anticristo. Por cierto, que esto sólo se percibe a través de una mirada muy perspicaz, de algún modo con el ojo que está preparado para percibir las diferencias más sutiles

<sup>22</sup> Comillas de la traductora.

de la lógica. Volveré sobre este punto. Por lo demás, ya se ha dicho siempre que el Anticristo se parece extraordinariamente al cristiano. En todo caso, a lo largo del tiempo el poder está a veces del lado de los lógicos y a veces del lado de los antilógicos (Antilogiker). Ahora bien, no sabemos si el antilógico siempre es un cristiano. Después de todo nunca tuve el verdadero coraje de afirmar que alguien es un cristiano, excepto de Cristo.

Pero, como señal de que la antilógica también tiene el poder de darle una vez un golpe en la cabeza a la lógica, quería traer ejemplos de sus éxitos. Para demostrarlo, es fácil encontrar afirmaciones que tienen el mismo poder de convicción, a pesar de que ambas se contradicen claramente. Si alguien dice, por ejemplo: nada se repite, todo es nuevo, le creemos de inmediato. Pero si otro dice: todo vuelve, nada es nuevo, nos volvemos pensativos y también le tenemos que dar la razón a él. O si alguien dice: *natura non facit saltus*, entonces tiene a los matemáticos y a los físicos más famosos desde Leibniz de su lado. Pero si nuevamente alguien dice: *natura facit saltus*, entonces tiene a todos los atomistas desde Leucipo hasta Max Planck de su lado. Desde algún tiempo estoy coleccionando tales máximas y sabidurías y creo que esta colección será más grande que los teoremas de la física o inclusive que el mísero inventario de la lógica en sí misma que, sin contentarse con el teorema de la identidad y de la contradicción, quiere reconducir ambos a uno sólo.

Por lo demás y ya que soy médico, prefiero conversar con personas sencillas más que con representantes o camaradas profesionales. Y así encuentro una y otra vez los ejemplos de la antilógica que me hacen feliz. Una vez, al asumir una nueva cátedra, me di cuenta que la diferencia con mi muy renombrado antecesor, era que él siempre se alegraba cuando algo se ajustaba a una teoría que era clara como el agua, mientras que yo lamentablemente siempre me alegro cuando algo no se ajusta. Y los hechos han contribuido incansablemente a esa alegría. Como neurólogo muchas veces me veo obligado a dar, según la situación, consejos muy diferentes y, como se ve más tarde, opuestos. Si luego los unifico, se observa que son todas ellas afirma-

ciones contradictorias. Voy a dar aquí unos ejemplos, porque tengo la esperanza de que en cada uno de ustedes triunfará el sentimiento correcto. Porque eso significaría que existe algo así como una alianza entre lo correcto y el sentimiento. Para tratar a algunos enfermos debo decirles que su seguridad sólo surge de la inseguridad. Pero a otros pacientes hay que decirles que a su inseguridad subjetiva sólo le subyace una seguridad objetiva. En otros casos tengo que hablar con el enfermo de los sueños. Con ello se observa que su sueño en realidad, expresa el verdadero y buen sentido de su vida de vigilia. Pero también existen enfermos cuyos sueños son tan faltos de sentido<sup>23</sup>, que de ellos se puede deducir el verdadero sinsentido de su vida de vigilia. A los primeros hay que animarlos a defender su vida, a los segundos aconsejarles que la modifiquen, dado que no ganarán su carrera. Unos piensan demasiado en la muerte, pero otros demasiado poco. Y también este contraste contiene antilógica.

Si en algún momento uno está de buen humor y contempla esto con toda naturalidad, entonces también encuentra la alegría que le quita el espanto a los fantasmas de la lógica. Me refiero a las alarman-tes afirmaciones de Parménides, como la que sostiene que no existen la multiplicidad, el movimiento y el espacio. Estas verdades onto-lógicas eran tan terribles, que a Zenón no le quedó otra alternativa que convertirlas en osados torneos de juegos intelectuales. Merece ser llamado un gran médico, porque por muchos años les ha regalado a los hombres pensantes, la posibilidad de distraerse de un asunto para ellos prácticamente insoluble. Porque la comprensión de su maestro desembocaba en la idea de que en nuestro mundo no es posible alcanzar la verdad, al menos que muriésemos por ella<sup>24</sup>. Pero con ello, si se tratara de la verdad en el mundo, también se terminaría con la creación y la revelación divina. Y de seguro que Parménides no pen-saba así. Porque: *contra Deum nemo nisi Deus ipse*. Más bien quiso decir:

<sup>23</sup> N. de la T.: aquí el autor utiliza un giro lingüístico en alemán acerca de que los sueños son como una espuma y que significa que no se refieren a nada importante.

<sup>24</sup> N. de la T.: Una expresión del Evangelio que habla del hombre que muere por sus pecados y se sumerge definitivamente en su equivocación.

dado que no existe la nada, tampoco el mundo es una apariencia, sino el ser que aparece. Pero mientras vivimos sólo podemos soportar la vida por su contradicción, en la medida en que por ello sabemos que la nada tampoco es.

Nota de la traductora:

A continuación, intentaré resumir algunas de las aclaraciones que me envió el Dr. Hartwig Wiedebach (Profesor en Filosofía en Zurich y vinculado a la Sociedad Viktor von Weizsäcker en Alemania), cuando le consulté pidiéndole que me aclare la última frase del artículo “Lo Antilógico”. Escribió que:

—el lector se tiene que acostumbrar a que en filosofía se puede hacer una diferencia entre la nada (o lo inexistente) y el ser de esta “nada”. En otras palabras, entiendo que se puede pensar en algo inexistente y la existencia de eso inexistente.

O sea que: lo que “no es” también “es”, también existe. Esto lo vincula con la idea de Viktor von Weizsäcker de que la “vida no vivida” es lo que nos impulsa hacia adelante. A lo largo de toda nuestra vida, “la vida no vivida” es lo que tiene efecto sobre nosotros.

Por otro lado, paradójicamente lo que *no es*, prácticamente *es* nuestro ser. Estamos siendo hacia algo que no es, somos permanente transformación que va en una dirección, y esa dirección *existe* precisamente en *la no existencia* de eso que nos falta. O sea: Mientras vivimos sólo podemos soportar la vida a través de esta contradicción de que la nada *no es*. Esto recién termina con la muerte porque cuando morimos ya no nos hace falta nada.

Allí encontraríamos lo antilógico.



## Educar y ayudar<sup>25</sup> (Hipócrates y Paracelso)

Cuando un médico se dirige hacia un entorno más amplio, trascendiendo el ámbito estrecho y limitado de su profesión, no puede hablar como lo hace con el enfermo, ni tampoco como lo hace con el colega. Debe someterse a otra regla de sociabilidad e ingresar en la esfera de lo espiritual. Y, sin embargo, debe hablar desde su origen, desde su materia. Así surge, enseguida, una tensión. Porque un enfermo es también alguien que sufre y ese sufrimiento propio e intrínseco del alma, nada sabe sobre lo infinito y universal del espíritu, nada sabe sobre la tragedia de este espíritu. Por eso la tarea del médico es la más limitada y privada de todas las tareas; su acción es personal, íntima, incluso pequeño-burguesa y se sustrae a las miradas, detrás de cuatro paredes. Desde ya, encontramos al médico por doquier, también junto a los reyes, pero sólo en el séquito. Como sea, él está; su profesión es perpetua, acaso eterna. La acción médica tiene una historia, pero además participa en el desarrollo de la historia, ya que el enfermar y necesitar ayuda, es un destino eterno. La medicina no surge y desaparece como lo hace un pueblo, una cultura, ella perdura más, su arte es largo, como lo dice el mismo Hipócrates, y por eso participa de todo lo que es más largo que una historia: por eso participa, al igual que la filosofía, de lo eterno e infinito del espíritu. Pero hay algo que es claro: su origen no está en el espíritu, sino en la vida, en aquella célula de existencia terrenal con sus dolores y padecimientos; el origen está en el cautiverio del alma dentro de un cuerpo, en la relación de contenido y continente que llamamos enfermedad. El

<sup>25</sup> Viktor von Weizsäcker (1926), "Bilden und Helfen (Hippokrates und Paracelsus)", en *Gesammelte Schriften*, Tomo 5, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1987.

Traducido por María Adamo.



origen es casuístico, eventual, fatal, no es matemático ni necesario, ni sigue una ley. Pero este origen no lo es todo. La cosa no queda en el origen, y el hombre enfermo, el alma que sufre en su carcasa dañada, busca ayuda en aquel que puede y que sabe lo que ella no puede y no sabe, en el portador del conocimiento y del medicamento, en el médico y, con ello, en el mundo del saber y del poder —el mundo del espíritu. Y así también el hombre enfermo está atado y atrapado en este mundo.

Como enfermos, buscamos en la persona del médico el saber y el poder, estas dos formas básicas y piedras angulares del espíritu, para que nos ayuden. Y así ya nos encontramos frente a sus dos mejores representantes: Hipócrates y Paracelso. Hipócrates, como el médico que sabe, Paracelso, como el médico mago.

Debemos hablar de ellos como médicos, no como historiadores. Y, como médicos, tenemos hacia ellos una relación de descendientes, de hijos. Quiero decir que tenemos un vínculo más cercano que el que tiene el historiador, pero, no obstante, me retiro con humildad frente al historiador. Sólo podemos hablar desde esta relación de parentesco, no como observadores objetivos. Para la objetividad nos falta la distancia, la perspectiva de pájaro. Iremos desde el hombre alemán al griego, desde el hogar suabo a la isla de Cos en el Mar Egeo; iremos desde el hombre contemporáneo de Lutero al contemporáneo de Sócrates. Y así habremos de dirigir nuestra mirada a dos épocas revolucionarias, siendo nosotros mismos espectadores pertenecientes a una época de derrumbe y liberación.

Paracelso fue un médico enorme. Es un gigante en cuanto a sus fuerzas, su celeridad vital, su ritmo de vida; un hombre fogoso, apasionado, sarcástico, intrépido y, sobre todo, un hombre creyente. Hoy vuelve a ser comprendido y amado, incluso por los mejores médicos. Paracelso es un hombre tan inteligente, tan creativo, rico, imaginativo, inmediatamente seguro; es un hombre para admirar, para apasionarse, sumamente individual y extraordinario. Está tan lleno de fantasías alemanas, de confusión, de una profundidad insondable, también de rudeza; es tímido, salvaje y bello. Toda su vida anduvo de

un lugar al otro, errando; participó en campañas militares por toda Europa. Pero cuando se topaba con lugares de cultura, con bastiones del humanismo, de civilización urbana, allí surgía conflicto tras conflicto, volaban las plumas de los despachos y el polvo se arremolinaba sobre las actas. Porque él amonesta, insulta, se burla, rompe con todo y a la vez conquista los corazones. Luego desaparece por tiempo indeterminado, años, en la incertidumbre. Se dice que va de turgurio en turgurio, predicando, reuniendo, practicando la medicina; proliferan los rumores más oscuros sobre él. Sólo cuarenta años después de su muerte comienza a sentirse su poder.

Y, no obstante, durante dos años Paracelso fue catedrático de medicina en la Universidad de Basilea. Una cura en lo de uno de los primeros humanistas de la universidad, Frobenius, la amistad de su rector Amerbach y del intendente Oekolampadius e incluso la bien ponderada atención de Erasmo, lo sostuvieron por un tiempo. Pero la cultura civilizada y las explosiones de este hijo de médico y criatura de la naturaleza no congeniaron por mucho tiempo. Paracelso descende del linaje noble y empobrecido de los Bombaste von Hohenheim; se crio en el pequeño pueblo Einsiedeln, en Suiza. Se llama Theophrast von Hohenheim y el nombre humanista Paracelso, que le fue impuesto, terminó siendo una ironía; él nunca fue un humanista, sobre todo en un sentido espiritual. Fue el primer profesor en Basilea que dio clases en alemán. Y fue quien consideró que todo el mal de la medicina corrupta provenía de su tradición antigua; fue quien arrojó esos escritos públicamente al fuego, siguiendo la costumbre de la época.

Y aquí es donde su esfera se cruza con la de Hipócrates y donde tenemos que referirnos brevemente a los sistemas médicos. Porque aquí, en Basilea, se produce el nacimiento histórico de una revolución; aquí ocurre lo que para la medicina es el equivalente de lo que significó Copérnico para la astronomía o Galileo para la física. Aquí también se encuentra el germen de aquella maravillosa sátira que tanto nos gusta, de aquel humor por el que —150 años después— Molière (1673) logró la ovación y el eco de su auditorio. Son los versos

según los cuales debe ejercer su práctica el médico de “El enfermo imaginario”:

*Clysterum donare*  
*Postea Seignare*  
*Ensuita Purgare*  
*Reseignare, repurgare, et reclysterizare*

Aquí se resume, en dos palabras, la medicina del galeno, la evocación de la escuela médica de la antigüedad, tal como fue erigida por Hipócrates, codificada por el romano Galeno y enseñada a los discípulos de la ciencia por el tradicionalismo de la escolástica... hasta Paracelso. Si lo analizamos mejor, es la medicina que deduce las intervenciones médicas necesarias de manera consecuente, a partir de una teoría del organismo humano, de una fisiología muy precisa del hombre, bajo la cual subyace también una idea muy precisa del ser humano. Es la teoría de Hipócrates, según la cual el hombre sano se encuentra sano gracias a un equilibrio dinámico de sus cuatro humores cardinales: la sangre, la flema, la bilis negra y la linfa. El verano hace prevalecer la sangre, el otoño, la bilis, el invierno, la flema. Pero el ritmo de las oscilaciones no hace más que confirmar la ley suprema de la armonía, el orden eterno de la proporción. Y la enfermedad no es otra cosa que la alteración de dicha armonía; ya sea que haya demasiada sangre o demasiada linfa, que haya entonces que realizar una sangría –*seignare*– o bien suministrar lo que falta –*Clysterum donare*–. Y así también hay que concebir a las individualidades espirituales y corporales: el sanguíneo, demasiado lleno de sangre, el melancólico bilioso, el colérico linfático y el flemático viscoso. De este modo, la doctrina de Hipócrates es, a la vez, una doctrina de la armonía de la salud, una doctrina de los tipos de temperamento y una patología de las enfermedades.

Pero es mucho más que eso. Y aquí llegamos a una pregunta más profunda: ¿de dónde proviene este sistema y este modo de pensar? Porque esta idea de la enfermedad se apoya sobre una idea del ser hu-

mano, y esta idea del ser humano se apoya a su vez sobre una idea de la vida, de la naturaleza, del cosmos. Si la entendemos, entendemos cuál es el camino hacia la curación, pero también qué tipo de hombre es en verdad el médico —el médico hipocrático e Hipócrates mismo—.

¿Qué puede hacer el médico? ¿Qué debe ser? Debe ser un restablecedor de aquella armonía de los humores. Hay que averiguar qué es lo que los está alterando. Hipócrates no considera, como los antiguos médicos de la filosofía de la naturaleza, que el ser humano y su enfermedad pueden comprenderse a partir de un único principio, porque él mismo no es una unidad, sino que proviene de la unión de dos seres diferentes y complementarios, el hombre y la mujer. Por eso es múltiple y contradictorio, y tras la armonía y la eucrasia siempre acechan la disarmonía y la discrasia. Debemos considerar dos motivos para la alteración: un estilo de vida equivocado, hábitos erróneos y dañinos, sobre todo en lo que respecta a la comida y a la bebida, a la organización del día, y, después, la respiración, el neuma. Los primeros errores son individuales, pero allí donde está contaminado el neuma, el aire, allí se originan las pestes, las epidemias. El médico es llamado entonces para ordenar el modo de vivir, regular la dieta, restituir el equilibrio de los humores mediante sangrías o ventosas; él es pues un higienista, un guía de vida, y sus curas deben ser curas dietéticas, purgas y lavativas, y curas climáticas: cambios de residencia y viajes al mar era lo que los médicos recomendaban a los griegos. Oímos hablar de medicamentos, pero su único fin es lograr un desplazamiento de la armonía de los humores. Lo que ellos no pueden curar, tiene que curarlo el cuchillo, y lo que el cuchillo no cura, tiene que curarlo el fuego.

Hipócrates fue un gran fisiólogo sistemático, un enorme investigador, maestro y médico, fue el máximo resultado de la cultura civil griega. Sólo de manera rudimentaria podemos reconocer que su profesión se originó en la casta sacerdotal, en las santas corporaciones de los asclepios y los pitagóricos, aunque también en estos casos el arte médico surgió de las manos sacerdotales.

Entonces, en relación con el hombre enfermo, esta medicina hipocrática tiene el rol de un maquinista que regula con cautela, de un timonel que conduce con cuidado, que no domina los vientos ni las fuerzas, que sólo puede conducirlos y desplazarlos ligeramente. La *τεχνη* (*tejné*)<sup>26</sup> hipocrática consiste en este juego suavemente regulador, en esta armonización hábil que se adecúa a cada caso de manera individual, siguiendo una reflexión y un examen estrictamente racionales. En esa palabra no hay rastro de arte en el sentido alemán del término, ningún elogio de la intuición, sólo un aferrarse a la razón, al intelecto, a la estricta observación, a la experiencia. Hay un racionalismo bien griego y una ausencia total de la mirada genial, de la intuición aguda, de la fantasía creadora en el repertorio del médico ideal. Es la medicina sobria, pura y conservadora *par excellence*. Hay que esperar y observar qué sucede; intervenir en el momento justo; hay que ser modesto y aceptar lo que envían los dioses; no todo es curable; hay que apartarse del enfermo incurable, de lo contrario, se adquiriría una mala fama, lo considerarían a uno un embustero. Porque de una cosa están seguros los griegos —así como no dudan de la existencia de la razón—: la ciencia médica, la *τεχνη* (*tejné*), existe, no es una ilusión. Esto es así y punto. Los que están locos son los que sostienen que las enfermedades que curan los médicos, se curarían por sí solas, pero que las que no se curan por sí solas, tampoco pueden ser curadas por los médicos.

Porque el médico es una persona profundamente formada, alguien que sabe, que no se queda pegado a las particularidades, sino que considera y conoce el conjunto completo. Y, en tanto reconoce este conjunto de particularidades (esta *ολον* *jolón*]<sup>27</sup>), es, para los griegos del siglo quinto, bajo toda circunstancia alguien superior. La totalidad y globalidad de su formación, la totalidad de su concepción del mundo, es lo que lo eleva por encima de la masa; gracias a ello obtiene su lugar entre los primeros de la *πολις* (*polis*)<sup>28</sup>: También

<sup>26</sup> N. de la T.: El término griego *τεχνη* (*tejné*) significa “técnica, práctica”.

<sup>27</sup> N. de la T.: el término griego *ολον* (*jolón*) significa “totalidad”.

<sup>28</sup> N. de la T.: el término griego *πολις* (*polis*) significa “ciudad” o “ciudad estado”.

se le paga como se paga a un embajador, a un diplomático; es una persona distinguida, es decir, alguien a quien le corresponden los atributos del filósofo. Su aristocracia consiste en que él realmente realiza y es aquello que sostiene y piensa. Comparte con el filósofo del nuevo estilo, moderno en aquel entonces, el hecho de que no filosofa teóricamente sobre algo, sino que representa y realiza en la vida la verdad que ha reconocido. Este es entonces el nuevo concepto del hombre griego, que ha marchado junto a Sócrates por las profundidades del escepticismo, ha dudado profundamente de la realidad y se ha desesperado, pero que ahora, en cambio, absorbe una fuerza totalmente nueva, sublime e ideal con la vida activa, con la existencia concreta, una fuerza a partir de la cual pronto se desarrollará la más espléndida elevación hacia la idea platónica, hacia el cénit de la vida espiritual griega. Así como Sócrates volvió a filosofar en el mercado, el gran médico se encuentra frente a la conmovedora realidad de la cama del enfermo y vuelve a reflexionar sobre la esencia de su conocimiento y de su capacidad, de su auténtica verdad. Parece que, en efecto, Hipócrates fue la figura que, junto con Sócrates, influyó más profundamente sobre Platón y lo preparó. No es difícil reconocer los elementos de Hipócrates en la armonía de sus esferas, en el profundo ennoblecimiento de su idea de un conjunto que es a la vez lo absoluto y lo perfecto, y en la definición de su filosofía y del filósofo como una persona activa, de la persona activa como un filósofo. Así, la imagen del hombre armónico y por eso completo, sano y por eso perfecto, bueno y bello, se despliega como la plenitud de la idea platónica del mundo. En esta analogía se cumplen también las palabras de Hipócrates, que no fueron dichas en un sentido para nada intelectual, sino ético: (iatrós filosofós isózeos), el médico que es filósofo se asemeja a un dios. Aquí también radica, quizás, el sentido que ha percibido Schelling en la palabra σοφος (sófos)<sup>29</sup>, según el cual el (filósofos) es un amante de la salud o de la totalidad: en el fondo, pues, un médico.

<sup>29</sup> N. de la T.: El término griego σοφος (sófos) significa sabiduría.

Es evidente que, para una biología y una fisiología como estas, el médico talentoso será aquel que aprecie la armonía, lo bello, lo completo y lo perfecto; mientras mayor sea su anhelo por lo bello y lo completo, mientras su amor por el enfermo surja precisamente de su amor por lo sano, tanto más precisamente podrá percibir qué es lo que se necesita, qué es lo que falta. Este es el sentimiento de base que lo atraviesa, y le resulta completamente ajena cualquier tipo de compasión o simpatía por el enfermo en sí que sufre de manera desagradable: Ya vimos que se aleja enteramente de aquél que no puede ser curado.

Esta prescripción reiterada por Hipócrates ilumina como un relámpago el abismo que se abre aquí respecto de la idea cristiana del médico, de la sensibilidad cristiana. Más información nos brindan los escritos platónicos donde se analiza el problema de la disposición a ayudar del médico. Allí escuchamos que en el estado platónico ideal se tolera a quienes padecen una enfermedad transitoria, a quienes pueden ser curados. Pero el médico no debe perder su tiempo con aquellos que nacen débiles por naturaleza, los que tienen una constitución delicada y nerviosa: nosotros diríamos los psicópatas, los *dégénérés*, los fracasados, los neuróticos. A ellos hay que dejarlos librados a su deterioro e impedirles la procreación. A decir verdad, surgió un nuevo tipo de médico, los modernos y “finos” asclepios, que van tras esos neuróticos; pero lo que ellos hacen es sólo la profundización del mal. Estos neurólogos y “psicoanalistas” son en el fondo los verdaderos educadores para la enfermedad, los cultivadores de la enfermedad: Platón rechaza por completo a este tipo de médico moderno, porque en su estado sólo tolera lo sano y lo bello, ya que eso es también lo verdadero, lo que dios quiere. Pero el otro médico, el que cura por completo a los enfermos, ese ocupa un lugar destacado en el estado, junto al gimnasta, con quien comparte la preocupación por la vida corporal, reparando lo negativo, así como el gimnasta modela lo positivo en el cuerpo. También debe conducir el alma, debe conocer la totalidad del ser humano, mostrarle el camino; porque el médico,

en su mejor versión, habla con el enfermo y trata con él casi como lo hace un filósofo, lo persuade a seguir su propio camino.

Sólo puede lograrlo si él mismo participa en aquella *kalokagathia*<sup>30</sup>, en aquella formación espiritual y corporal hacia la perfección, donde confluyen el valor moral y la belleza, en el ideal de la pedagogía griega. También Hipócrates conoce estas exigencias de las primeras etapas del platonismo: En él poseen un matiz más burgués, acaso social: un buen aspecto, una actitud digna, un hablar mesurado mediante máximas, vestimenta discreta, completa calma en situaciones excitantes, conocimiento del mundo y de la vida. Es decir que esta primera etapa de la *kalokagathia* es una *respectability*; él ha de ser un *gentleman*.

Aquí no hemos descripto nada que no pueda ser comprobado a través de la mejor tradición antigua. Y con ello hemos descripto casi todo lo que le falta al hombre alemán tal como ingresa, dos mil años después, en la escena de la confusa y efervescente Alemania de a comienzos del siglo XVI. También él ha visto el mundo, se ha sentido un viajero del mundo, y dijo en una ocasión: *“El arte no debe estar encerrado en una patria / sino que debe repartirse por todo el mundo”*. *“Las cosas no vienen a uno, por eso debes ir allí donde ellas se encuentran”*. *“También la reina (Saba) vino desde el fin de los mares hasta donde estaba Salomón, sólo para escuchar su sabiduría”*. *“La sabiduría es un don de Dios: hay que ir a buscarla en aquel a quien se la ha otorgado”*. *“Si el amante recorre un largo camino cuando ve una bella mujer, cuánto más habremos de ir tras un bello arte. No sólo en el caso de los doctores, sino también de los trasquiladores, los barberos, las mujeres, los tipógrafos, los alquimistas, los monjes, los nobles y los innobles, los listos y los ingenuos. Los humores (los fluidos enfermos) ingleses no son iguales a los húngaros, ni los napolitanos a los prusianos. Y mientras más los vayas a buscar y más aprendas sobre ellos, mayor se volverá tu entendimiento en tu país natal. Veamos un ejemplo. Si quisiéramos llegar a Dios, deberíamos ir hacia él, ya que él dice: venid a mí.*

<sup>30</sup> N. de la T.: El término *kalokagathia* equivale a la cualidad de “belleza y bondad” (deriva de *Kalos Kagathos*, una expresión compuesta por dos adjetivos, *kalos*, ‘bello’ y *agathós*, ‘bueno’). Podría traducirse también por “honra” y “honor”.



*Un médico también ha de ser astrónomo, cosmógrafo y filósofo*<sup>31</sup>. Así dijo Paracelso (1537/38).

Pero Paracelso no llevó una vida espléndida, sino que vivió en una pobreza penosa más que en posesión de bienes. Solía portar una espada, y en sus viajes tenía de compañeros a los vagabundos y maleantes de las tabernas oscuras y las calles inciertas tanto como a los humanistas de Basilea o a los artistas de Núremberg. Fue acusado de embustero, borracho, charlatán y castrado; por mucho tiempo se dijo que había hecho un pacto con el diablo y que después el diablo se lo llevó. Sobre su tumba en el cementerio de Salzburgo rezó la gente hasta el siglo pasado. Tan distinta es la contracara del griego, tan distinto el gran revolucionario que quebró frente a todos el poder de la medicina griega. Aquí no hay rastro de la existencia del griego que cultiva con rigor la cultura y la moral, pero tampoco de la protección y el cuidado que esa cultura y esa moral brindan. Paracelso aparece frente a nosotros utilizando el derecho del más fuerte como ciencia, la ciencia como el derecho del más fuerte, luchando fervientemente, luego consumiéndose y extinguiéndose joven, es una irrupción volcánica, una llama viva deslumbrante en el entramado de su época: no está rodeado de alumnos, formándolos cuidadosamente, sino en soledad y arreglándoselas solo, inestable, objeto de burlas y a la vez de amor apasionado. Ningún puente conduce desde Paracelso, el así llamado Lutero de la medicina, hasta el Lutero histórico. Al contrario, Paracelso habla de *“la falsedad de Lutero y de Zwinglio, de los que se ocultan tras el manto del Evangelio: son todos iguales. Son los falsos profetas que quieren expulsar al Papa y se presentan como si fueran una cálida brisa, pero cuando se retiran, dejan nieve nueva junto a la antigua. Los últimos son peores que los anteriores, todo es un solo invierno”*.

En ningún lado escuchamos que se hayan aliado con él las fuerzas transformadoras, las mentes reformadoras y las grandes personas de la época. Era siempre su propio ardor el que tenía que llenar el cráter que había ocasionado a su alrededor, y que luego de su muerte

<sup>31</sup> N. de la T.: Todas las citas de Paracelso están en alemán antiguo en el original.

no tardó en enfriarse. Mucho tiempo después el mundo comprendió la majestuosidad de la obra que habían creado sus fuerzas.

Y es una obra colosal. A decir verdad, casi me desanimo ante la tarea de intentar presentar esta obra en pocos trazos. No sólo porque las noticias sobre Paracelso son escasas, porque la mayor parte de sus escritos no fueron impresos y los manuscritos se encuentran dispersos por toda Europa o porque mucho sobre él permanece oscuro. Tampoco sólo —y este es un problema mucho más serio— porque el lector de Paracelso descubre conmovido en qué medida nosotros, los alemanes, nos hemos distanciado, después de cuatro siglos, del suelo materno de nuestra antigua lengua a través del ennoblecedor, pero también enajenante, injerto de la formación cultural científica y humanística. Qué desesperanzadoramente ajena se nos ha vuelto ya la palabra de Lutero, pero aún más la de Paracelso, la de Jakob Böhme; esa palabra que aún resuena en Goethe, pero que también se extingue con él. Hay además algo aún más significativo desde un punto de vista histórico y metafísico, y es que esta figura no puede ser captada en ninguna imagen, porque por su esencia es tanto figura como no-figura, tanto forma como no-forma, tanto ley como no-ley, mera sustancia viviente y no una existencia. Por eso no tolera ninguna abreviatura, ninguna fórmula, ninguna construcción, ninguna derivación histórico-causal ni ninguna explicación. Me refiero a que Hipócrates tal vez podría llamarse de otro modo, pero Paracelso es uno de esos hombres en los que la sustancia subjetiva de los rasgos puramente personales es predominantemente decisiva. Aquí no hay modelos, no hay una influencia previa, sólo se gira en torno al mismo centro, no pueden trazarse líneas conectoras. Por eso los griegos —y siempre de nuevo los griegos— pudieron construir un mundo y formarlo según como ellos eran, porque allí hay algo transmisible. Paracelso no es transmisible en este sentido; él revolucionó más de lo que educó. Y en este punto radica a la vez su cercanía con dios. Porque este centro es su fe. Esta fe que es posible en el cristianismo, una fe que no crea lo visible, que no articula, forma, sujeta, manda y ordena, para finalmente dominar a través de la creación de una forma; no, es una fe que sólo absorbe, que

puede arrastrar hacia sí, fuera de las cosas, fuera del mundo, fuera de la vida, hacia su fin último junto a dios, un fin que es sólo espiritual, trascendente, sobrenatural.

Quien cree en dios no quiere explicar el mundo, sino comprenderlo, reconocerlo como obra de dios. El mundo es para él obra de la creación; el ser humano, una criatura; la naturaleza, criatura. Y por eso su doctrina no puede ser una obra tan armónica: sus condiciones no residen en ella misma, sino que las ha recibido del creador, ¿cómo podría poseer esa armonía? Al contrario, el diablo está en la naturaleza, existe en carne y hueso: ¿y cómo podría aquél que cree en dios ignorar que el diablo existe sólo porque dios se lo ha permitido? Aquí comprendemos la principal condición de Paracelso, el médico. Pues, ¿qué es un médico? Es evidente que la esencia específica del médico no es el hecho de querer ayudar; eso también lo quiere el sacerdote, en realidad, cualquiera a quien le importe el prójimo, incluso un hombre de estado o un artista. Lo específico de su ayuda se encuentra en la palabra “naturaleza”: desea ayudar a la naturaleza y a través de la naturaleza; por eso debe ser un conocedor de la misma, alguien que está aliado con ella y que tiene poder dentro de ella. La naturaleza de Paracelso es la naturaleza como criatura. Aquí se encuentran el Paracelso creyente con el Paracelso médico, el teólogo con el naturalista. La fuente de sus concepciones yace en el recurso de la primera persona de la trinidad, en el dios creador, en el dios del Antiguo Testamento. *“Al igual que el diablo, todas las enfermedades provienen también del Dios padre creador y es a través de su creación que debemos volver a sanar”*. Para el médico, las obras más importantes no son las del hijo, sino las del padre. Tan lejos llega en la teología de Paracelso este primado del padre, que comprende a partir de allí la frase “amad a vuestros enemigos”: Se permite la existencia del enemigo, igual que la del diablo, y por eso, en definitiva, ambos existen para nuestro beneficio; tener fe es comprender y aceptar esto. Debo renunciar aquí a seguir este principio básico de su teología teística, en el cual sin dudas el momento cristológico no es fuerte y la ética del amor como teología no es decisiva.

Pero así, como las enfermedades fueron originadas con la creación, también lo fueron los remedios para paliarlas: ¡existen los medicamentos! Comprendemos entonces lo más importante: junto a cada enfermedad, la naturaleza crea también el remedio. La voluntad divina ha creado un antídoto para cada veneno; sólo búsqenlo y lo encontrarán: existe. Y así llegamos al Paracelso revolucionario y reformador; aquí aparece frente a nosotros vagando entre las mujeres que recogen raíces, arrastrándose dentro de las minas, en las fundiciones y las farmacias, en los laboratorios y las cocinas de los alquimistas, practicando la botánica, cocinando como químico. Aparece como un hombre de gran instinto para identificar aquello que se atrae y que se repele, aquello que en la naturaleza va unido o se detesta; aparece Paracelso, el mago. Aquí se choca duramente contra la casa del galenista y del hipocrático: ay de sus teorías grises y de sus sistemas rígidos; ay, sobre todo, del doctrinarismo y de lo libresco; ay de la escuela y sus irrealidades. *“En relación con la naturaleza quiero afirmar: quien quiera explorarla, debe pisotear los libros. Los Evangelios se exploran a través de sus letras, pero la naturaleza se explora yendo de país en país, como si cada país fuera una página. Es decir que hay que dar vuelta las páginas del Codex Naturae”* (1537/38).

Ay del sistema de pensamientos precisos y armónicos, ay de la teoría fisiológica que sostiene que puede reconocer la verdad detrás de lo manifiesto y tangible, ay si esto manifiesto y tangible luego se rebela contra ello. Ay del pensador que se permitía considerar lo manifiesto y tangible como una mera apariencia, que no quería degradar lo verdaderamente real, cuando los hechos se sublevan y lo fulminen. Aquí es donde nos atrapa esa fuerza renovadora que se ha llamado *Renaissance*, que se ha llamado investigación moderna de la naturaleza: aquí es donde nos encontramos frente a uno de aquellos hombres que nos han enseñado que hay que dirigirse allí donde están las cosas, que hay que volver a utilizar los ojos que tenemos en nuestras cabezas; porque si nosotros no vamos hacia la realidad, ella no viene sola hacia nosotros. Aquí es donde encontramos esa fuerza que también ha creado el experimento moderno, aquel fenómeno ca-

racterístico y tan típico de este nuevo mundo como lo son las famosas leyes de la naturaleza.

Porque de esto se trata: las apariencias son algo sumamente real. Y esta luz ilumina también al hombre, tal como yace frente al médico. Este hombre no es un sistema de fuerzas armónicas y disarmónicas, ay no: es un hombre que tiene un principio y un fin, que nace y muere y mientras tanto recorre su camino en la tierra. Paracelso no amaba ni comprendía a los hombres como personas poderosas y ricas, “*esos acomodados romanos, esos asesinos como Herodes*”, sino en tanto “*gente pobre, miserable, carente, con dolencias y necesidades*”. Estos son los hombres de los que Paracelso se ocupa, a los que había visto en la tierra. A ellos los consideraba hermanos. No sólo quiso curarlos, sino que en sus últimos años intentó reunirlos en una hermandad de hijos de dios: habrían de formar un reino de dios sobre la tierra, bajo el signo de la amistad y la unión divinas.

Esto es lo inaudito: aquí se encuentran unidas la mayor ingenuidad y fuerza del realismo sensorial con la máxima cercanía y veracidad de la acción divina en la naturaleza y en el ser humano. La fuerza de la fe y la fuerza vital son una y la misma; son las que ponen a nuestro alcance tanto aquello que podemos ver con los ojos, como aquello que podemos intuir con el espíritu, tanto el mundo sensorial como el extrasensorial. Qué magro es el sensualismo filosófico de los ingleses —que surge poco tiempo después— comparado con esta sensorialidad; qué abstracto el idealismo kantiano, comparado con esta visión espiritual; qué inquebrantable la fuerza existencial de la humildad, comparada con las artimañas de quienes piensan desde el orgullo de la razón. Una vida basada en la religión es verdadera, frente al pensamiento de una vida basada en la filosofía. El remedio que otorga esta mano es curativo, comparado con la dieta prescrita en una receta médica. Aquí vemos al fin la diferencia esencial entre Hipócrates y Paracelso en tanto médicos. Es el contraste entre mera dieta y verdadera medicina. Uno señala con el dedo, mientras que el otro da la mano y levanta con fuerza. Uno regula y purga, mientras que el otro ve al enemigo, lo agarra y lo elimina. Porque las enfer-

medades son seres vivos, cosas reales; y nuestras bacterias son la realización de aquella intuición. Por lo tanto, la técnica curativa de las dietas es el gesto más expresivo del camino griego hacia la perfección, de la misma manera que el medicamento auténtico es un reflejo de la fuerza curativa divina, de la liberación del mal.

Pero ambos hombres son suficientemente grandes como para saber siempre cuán pequeños son frente a la ley de la naturaleza y de la muerte. Y, en la medida en que tenemos presente la limitación y la modestia de ambos, su contraste se vuelve mucho más característico que cuando observamos sus rasgos positivos y su potencia. Porque aquel médico hipocrático higienista que guía y regula, que educa y potencia incluso la vida sana, se encuentra a la vez atravesado por la más profunda renuncia, por la más noble resignación; al fin y al cabo, es el compañero del hombre trágico. La tragedia griega pronunció su última verdad también para él. ¿Cómo podría ignorar Hipócrates que este arte nunca logra lo que, en definitiva, debería lograr? Puede salvar a muchas personas, pero a muchas otras no, y a nadie salvó del poder último de la muerte. Tampoco pudo hacerlo el filósofo avanzado en la embriaguez mística. Paracelso parece no haber conocido nunca este ánimo de resignación, porque él no conoce ningún camino de curación que llegue gradualmente hacia la perfección, para él la vida está siempre igual de lejos e igual de cerca de dios. No son el método ni la técnica los que conducen al tratamiento médico hacia la meta, sino la fuerza del medicamento, el poder del acto; y no puede ser de otro modo, ya que dios es siempre igual de poderoso y el hombre se encuentra siempre igual de lejos de la auténtica posibilidad de ayudar y curar. Paracelso combate de manera independiente la arrogancia de creer que es el médico quien cura y no los medicamentos creados por dios que se ocultan en las plantas y los minerales. Sólo en ellos se encuentra el poder que el médico en sí no posee, ya que él mismo no es más que una parte de la naturaleza, una pieza de la creación que opera a través de él, pero que no se origina en él mismo. De manera que él es tan sólo un microcosmos de la naturaleza: ésta se refleja y se repite en su conocimiento y en su capacidad como una imagen en miniatura,

eso es todo. Así, dios está en Paracelso y, así, su humildad es al mismo tiempo su confianza en sí mismo, porque este “sí mismo” ni siquiera es él. La renuncia y la modestia están muy lejos de él; esta humildad creyente es enemiga del desánimo, porque semejante resignación y abstención serían incredulidad, impugnación, en definitiva, pecado. Y un médico no puede ser un *déserteur du monde*; ser médico significa ser un patriota del mundo. Debe ser alguien que esté en pro de la vida, o no ha de ser en absoluto. Por eso el arte de la prognosis, que representa el florecimiento del racionalismo hipocrático, no cumple un rol importante para Paracelso. Establecer un cierto pronóstico es tan poco relevante para el médico como lo es la misma curación. Cuando Paracelso habla del futuro, se eleva más allá de la prognosis hacia la misma profecía, hacia el don visionario, que no pretende decir qué es lo que ocurrirá debido a motivos teóricos, a exigencias racionales de una ley natural, sino que interviene como una profecía en el transcurso de la historia del mundo —ella misma una fuerza de creación histórica—. Exceptuando su actividad profética, Paracelso se caracteriza por ser un hombre del presente y del momento; no del momento vacío, fugaz y casual, sino del momento que, como un centro metafísico y una realidad máxima, vincula y unifica pasado y presente en la medida en que decide el destino. La consagración al presente, es lo que destaca a este luchador y hombre de acción, de otra serie de hombres espirituales y lo desliga de cualquier ley de desarrollo cronológico. Es un hombre espiritual, no un hombre intelectual, no reconoce progresos en la sustancia de su propio ser, pero tampoco decadencia ni ruina. Es un luchador permanente; no es un hombre con objetivos, sino un hombre que vive el momento; no es un asceta y menos aún es un hombre que depende de sus apetitos; es un hombre tan alejado de la obstinación como de la siempre fluctuante motivación de la voluntad; su voluntad es un incesante “ser-quebrado” y “volver-a-ser-ligado”. La dinámica de esta voluntad, es la dinámica del amor. De este modo, la opinión de Hipócrates abarca el universo, el todo, la idea del hombre; la de Paracelso, en cambio, se dirige a su destino natural, el principio y el final, el nacimiento y la muerte, la risa y el llanto. Mientras aquel quiere indicar el camino hacia la perfección,

este se acerca corriendo cuando escucha un suspiro o una queja, coloca una venda y calma, para desaparecer luego, una vez prestado el servicio. Extingue el fuego allí donde hay un incendio, pero no pregunta si lo que se quemó es un palacio o una choza. Un camino es incompatible con el otro; Paracelso sabe bien que no podemos relacionar y dominar todo desde el espíritu, porque hay que tomar tantas decisiones como momentos tiene la vida y, en una decisión, no podemos ir hacia la derecha y hacia la izquierda. Tenemos que ir o hacia la derecha o hacia la izquierda. Así su camino fue como el de cualquier cristiano, porque sólo en el pensamiento o en la actitud psicológica podemos decir “y”, pero no en la vida. Como médicos, en la vida, luchamos con la muerte en la cabecera o a los pies de la cama del enfermo, pero no en ambos lugares a la vez. Sólo un “y”, un “todos”, conocía Paracelso, era el de “todos” los que fueron objeto de su ayuda médica; porque el mensaje del médico divino, el mensaje de Cristo, se dirige a todos y, a través de ellos, a un todo, a las personas sobre la tierra. De este modo, el poder de Paracelso sirvió a los hombres a través del espíritu, no al espíritu a través de los hombres.

Paracelso es de hecho alguien que pudo conjurar la pasión espiritual, que combatió con fuerza la superstición y que rebatió con éxito y alegría el primer gran mal de la tardía Edad Media: su adoración, y fetichismo, del espíritu. Está muy lejos de pertenecer a la serie clásica de los hombres inteligentes modernos, de las inauditas fórmulas intelectuales de los Galileo, los Newton, los Kant y los Helmholtz. Es, más bien, uno de los que descubren por instinto, por intuición. En él, actúan la conexión con la naturaleza y la vivencia del milagro que son propias de un pueblo, del pueblo alemán. No conoce la ley causal, no conoce el comportamiento por el cual un átomo A choca con el átomo B, sólo conoce las relaciones de simpatía y unión a través de la magia de la vida. Donde hay una enfermedad, hay un enemigo, y donde este se encuentra, también está el antídoto, que se ve atraído por la enfermedad, así como el imán atrae al hierro, el sol al mendigo, la mujer al hombre. Pues cuando un hombre ama, la fuerza no reside en él sino en la mujer, y cuando un animal come



una planta, la fuerza de la atracción y de la alimentación reside en la planta: así es el mundo mágico, tan poco sabe sobre el subjetivismo de la importancia del yo, sobre la agudización activista y causalista del mundo intelectual moderno, tan hermosamente rompe la brutalidad del yo intelectual moderno de un Kant y de un Fichte, aun antes de que ellos hubieran nacido, tan libremente se aparta del ateísmo de la síntesis de los filósofos.

Si pensamos en el obrar básico de la naturaleza mágica, de la fuerza mágica –que habita el organismo como un *Archeus*<sup>32</sup>, que es específica de cada caso, individual para cada cosa–, y si comparamos este pensamiento con la fuerza de atracción newtoniana –la gravitación, que permanece siempre igual–, entonces resulta evidente que la naturaleza del filósofo del renacimiento, no tiene nada en común con la naturaleza de la física moderna. Porque la atracción mágica sólo existe allí donde una naturaleza visible se relaciona con una invisible; ella es esta misma relación, en ambas direcciones. Explorar la relación entre estos mundos, percibirla siempre y por doquier, en el movimiento de una mano, en la fuerza curativa de una pequeña planta, en la influencia de las estrellas y del clima sobre nuestro ojo y nuestra alma, en cada contacto psicofísico entre el afuera y el adentro, entre materia y espíritu: allí se encuentra la verdadera y decisiva realidad de la vida propiamente dicha, y Paracelso la experimenta a la vez como un milagro y como la inagotable expresión de la creación. Esta vida, esta naturaleza viva, es más real que cualquier abstracción de la ciencia, que, es evidente, no tiene ninguna prioridad en este nivel de conocimientos.

La fe ha creado así al hombre; el hombre ha creado una filosofía, una filosofía natural teológica, una teología de la naturaleza. Para el médico Hipócrates ser filósofo significa sobre todo tener un *ethos*, ser ético; para el médico Paracelso, en cambio, significa poseer y conocer a

<sup>32</sup> N. de la T.: El término “Archeus” designa al “alquimista interno” que, según Paracelso, es el encargado de mantener la armonía entre el azufre, el mercurio y la sal (los tres principios de los alquimistas). Sostenía que, si no lo lograba, se producían depósitos semicristalinos –el tártaro– que ocasionaban enfermedades como la gota, la litiasis o la artritis.

la naturaleza más allá de los sentidos. Para ambos, ser filósofo significa actuar en nombre de un médico espiritual; pero mientras que para el griego lo espiritual es un principio formativo impersonal, para el alemán del renacimiento existen espíritus, personas fantasmales, realidades personales, hombres, demonios, basiliscos, brujas, diablos y ángeles. Como hijo del siglo XVI, se encuentra ya inmerso en una lucha intensa contra el disparate de la superstición, contra el mal uso de las reliquias, los amuletos, la astrología y la hechicería. Porque una fe grande y pura conoce su eterna contracara, la superstición; sabe que los falsos fetiches son el peor de los males, no importa cuáles sean sus nombres.

Paracelso se diferencia orgulloso en su independencia, completamente fuerte. Con absoluta originalidad reúne dentro de sí, la fuerza estilística de los pueblos del mediterráneo, que ha incorporado en sus años de estudiante en Italia, con el misterio nórdico; el mundo pagano y mágico con el mundo de la fe cristiana. Semejante unión de fuerzas enemigas origina fuertes tensiones dentro del gran Hohenheim, y el resultado no puede designarse con el término griego “armonía”; sólo sirven los términos alemanes “fuerza” y “amor”. Es así como el alma alemana encuentra una y otra vez el camino hacia Paracelso; con él se formaron Helmont y Böhme, y quién otro que Paracelso —el médico creyente y el médico poderoso— pudo haber sido el modelo para el personaje del doctor Fausto.

El efecto ejemplar de Paracelso parece poder definirse sólo por la negativa. Porque, en un sentido estricto, no puede tomarse a la fe como ejemplo; ella no es *τεχνή* (tejné), sino don, no es obra, sino gracia. Por eso Paracelso es un ejemplo por la negativa: me refiero a su arte y a su voluntad de detenerse, de no andar vagando hacia el infinito, sino de luchar de pie. De no vivir en el “y, y, y”, sino en el “o esto, o lo otro”; la fuerza de permanecer allí donde avanzar conduciría a la perdición. Esta capacidad de detenerse no significa conservadurismo, no es un detenerse ante el futuro, ante el hecho, no es un demorarse en el pasado: es un detenerse ante la creación, ante el mismo creador. Y su actitud frente a la muerte es uno de los mejores ejemplos de esta capacidad de detenerse. ¿Cómo piensa el

médico Paracelso sobre la muerte? Le parece que es una superstición ridícula considerar que uno podría leer en las estrellas la hora de la propia muerte, como lo pretenden los astrólogos, equivocándose siempre. Porque en el mismo ser humano, en su estructura, está dada la ley de su transcurso. El médico es impotente frente a la muerte: él puede luchar a favor de la vida, pero no contra la muerte, cuya hora fue determinada por dios, al igual que la del nacimiento. Todos los hombres viven lo mismo; el anciano no vive más que el que muere siendo aún lactante, porque cada vida es un todo, algo completo. Este es un ejemplo muy curioso de la profunda sensibilidad de este hombre para captar el límite entre aquello que es del hombre y aquello que pertenece a dios y a su inescrutable decisión. No necesita ninguna dialéctica ni ningún cálculo racional para volver aceptable la gran paradoja según la cual nosotros, como médicos, debemos luchar con todas nuestras fuerzas a favor de la vida a pesar de que la hora de la muerte ya se encuentre implacablemente fijada de antemano.

A esto llamamos su capacidad de detenerse ante lo insondable; es la disposición de su alma a experimentar el milagro incesantemente, a pesar de poseer una razón sobria y despierta, son su parcialidad y su capacidad de decisión masculinas: es todo esto lo que conforma el secreto de su candidez y de su naturalidad sin límites. Es la llave que le abre la puerta sobre la cual figura escrito: "Para que no os volváis como niños". Él se atreve a detenerse, se atreve a comportarse con naturalidad, se atreve a regresar a su infancia.

En un movimiento circular volvemos, así, a la pregunta sobre la infinitud del espíritu y las limitaciones del ser humano vivo. Esta alternativa está resuelta en el caso de Paracelso. Hipócrates, el eterno modelo, se encuentra más lejos de nosotros; Paracelso, el poderoso amigo, más cerca. Aquel sigue actuando sobre nuestra educación, pero este actúa ayudando en la hora de la carencia. Aquel es más majestuoso, este más amistoso. En el ritmo dinámico de la historia, a la educación le sigue el quiebre y, con el quebranto, llega la hora de la necesidad. Me parece que ésta, la eternamente última hora, necesita sobre todo del amigo paternal.

## El enfermo y el médico<sup>33</sup>

Al ser convocado como médico ante al foro de la filosofía, siento tanto la disposición hacia una subordinación humilde, como la inclinación hacia una confrontación independiente y crítica. El hecho de que la verdad ocupe un lugar más elevado que la salud en el orden de valores parece ser casi un *a priori* de la filosofía. Y, no obstante, un médico no puede olvidar cuántas veces la verdad le salió al encuentro en un momento de oscuridad, de absurdo, cuando su vehículo, el hombre con sus órganos, se hallaba física, anímica o espiritualmente extraviado, desmedrado o quebrado. ¿Qué significa epistemológica y metafísicamente esta dependencia, esta fragilidad de la verdad? Si hay alguien que debe plantear esta pregunta, es el médico: si es que esta cuestión, queda de veras suficientemente resuelta con que el filósofo se limite al aspecto valorativo del conocimiento y deje abandonada a sí misma a toda la confusión del ser. O si no surge más bien el siguiente problema del ser: ¿puede la enfermedad alcanzar a la misma verdad? No a su instrumento, no: a ella misma; ¿puede *ella* enfermar? Y luego, la otra pregunta: ¿qué es la verdad sin su instrumento, sin su recipiente?

Si el pensamiento filosófico quiere apoderarse del ámbito concreto de lo enfermo y de lo médico, deberá recorrer esta clase de ideas. El filósofo no podrá pasar por alto su propia dependencia, ni la dependencia terrenal del pensar respecto de un ser. Si bien el filósofo trascendental plantea: “¿cómo es posible el conocimiento?”, nos debe

<sup>33</sup> Viktor von Weizsäcker (1934), *Kranker und Arzt*, en *Gesammelte Schriften*, Tomo 5, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1987. Weizsäcker expuso el contenido de este artículo en un congreso de la „Sociedad alemana de filosofía“ en octubre de 1928, en Leipzig.

Traducido por María Adamo.

aún la explicación acerca de cómo es posible el error. Y podría ser que la solución de la *quaestio juris* dependa justamente de la *quaestio facti*.

Aunque es posible filosofar acerca del médico y el enfermo, y aunque en la esfera empírica y concreta puedan traslucirse todavía los rasgos de un orden sempiterno, una vez que hemos tocado la gran pregunta primordial –que cristaliza en los términos *logos* y *pathos*,<sup>34</sup> como los grandes adversarios de un drama espiritual universal–, debemos alejarnos con la misma convicción de estos últimos símbolos de la palabra y el concepto, para perdernos por completo en los últimos vástagos de las escenas mismas que representan dicho drama, ya sea la ambulancia del campo de batalla, el quirófano, la sala de espera de los consultorios del seguro médico, la oficina del Instituto de Previsión, la cooperadora de los enfermos y de los incurables o la soledad de los enfermos mentales. Porque sólo allí puede verse lo siguiente: ¿qué sabe el que piensa, el que observa de aquello sobre lo que habla, del estar enfermo, del mismo enfermo? ¿Acaso no es cierto que precisamente no sabe nada de lo que transforma a aquel en lo que es, a saber, en alguien distinto del que era, apartado en un mundo extraño? ¿Es siquiera posible adentrarse hasta allí? ¿Qué quiere decir revisar a alguien, comprenderlo, explicar su estado, hacerle un diagnóstico, tratarlo? Al médico y al enfermo, ¿los rodea un espacio común del saber, del sentir, de la existencia, o su relación no es más bien apenas una correspondencia, un canje, una partida de ajedrez que sólo tiene sentido y valor en la medida en que persistan una división, una separación y una insuperada desigualdad? Sólo estando muy cerca de la escena biográfica del enfermo y del médico puede darse la experiencia, que es lo único capaz de validar la solución que ha sido pensada. Y sólo en esa tensión entre el más íntimo y pequeño fragmento del estar enfermo y del actuar médico, por un lado, y una mirada fija sobre lo permanente y sempiterno de tales situaciones, por el otro, puede resolverse el problema que plantea mi tema; no aquí, en una corta hora, que es, ella misma, sólo un fragmento.

<sup>34</sup> Cursivas de la traductora.

Creo que en un vínculo no puede permitirse ninguna particularidad ni especialización. Si aquí se antepone la cuestión de la comunidad de enfermo y médico, tiene que significar más que la resolución de una pregunta específica de la medicina que, al igual que la cuestión de la cirugía, de la psicoterapia y de las enfermedades infecciosas, exigiría su especialista. Antes bien, me parece que al plantear, como filósofos, la cuestión de la comunidad, han querido decir que la comunidad es un problema científico universal y que tal vez no exista *nada* en las ciencias, *nada* en nuestros actos científicamente determinados, que permanezca intacto e independiente del orden de la comunidad; que tal vez *nada* vale, sin valer para alguien, que, por consiguiente, la teoría de la validez universal objetiva del conocimiento deba ser sometida a una revisión y procesada ante el foro de la teoría de la comunidad. Junto a la pregunta acerca de si una proposición es *en sí* válida siempre, en todas partes y necesariamente, surge la pregunta acerca de si esta proposición es válida para mí, para ti, para algunos o para todos. Podría ser que lo que es objetivamente universal y necesario no sea válido para la comunidad ni la pueda crear y que, al revés, en la comunidad sólo pueda subsistir la verdad. Si aplico esto directamente a la materia de mi tema, debo decir que, a partir del estudio de la comunidad, no vamos a tratar sólo los fenómenos habituales —como, por ejemplo, el tema de la confianza médica o la relación económica o los tipos sociales, etc.—, sino que criticaremos desde allí a la ciencia médica y a los conocimientos médicos. Nos preguntaremos si su validez, su valor, es compatible con las leyes y órdenes de la comunidad, si puede ser determinado a partir de ellos. En lo que sigue, entonces, abordaré primero la situación actual de la medicina y luego le daré un vistazo a sus recursos espirituales; a eso le seguirá una crítica de dichos recursos a partir del principio de la constitución de una comunidad y ésta conducirá a la descripción de una imagen de la relación entre el enfermo y el médico.

Si le damos una mirada a la situación que existe hoy en Alemania, nos encontramos con un cuadro muy complejo. El acto profesional simple y primordial que es la ayuda ante la necesidad, la aplica-

ción de todas las fuerzas para lograr la curación o el alivio —un acto que tiene un derecho obvio y natural a una remuneración voluntaria y también, a la gratitud del paciente—, este proceso básico de hombre a hombre se ve perturbado e interferido en las más variadas formas. Lo más importante es, por lejos, cómo se entremezcla la relación privada entre médico y enfermo con la *institución pública*. Más de dos tercios de los médicos alemanes son médicos del seguro; otra gran parte trabaja para el estado, el municipio o las fábricas. La atención médica privada está siendo desplazada de manera irrefrenable, no sólo por su llamada proletarización, sino más bien por la nueva *relación jurídica* con el enfermo. Tanto el paciente del seguro público como el del seguro privado se presenta no sólo con un pedido de ayuda, sino al mismo tiempo, y cada vez de manera más preponderante, reclamando su derecho al tratamiento, a la curación o a la asistencia. De esta manera, el libre acuerdo se transforma en el cumplimiento de una ley o de un contrato. El médico no es todavía un empleado público, pero las cosas se vuelven bastante evidentes cuando escuchamos que la estatización de todos los servicios médicos no sólo es reclamada por el socialismo de estado o al menos por sus tácticas, sino, desde el lado contrario, por la opinión liberal burguesa. ¿Cómo es posible? Porque aquí se considera muy funesto el efecto de la legislación social con su carácter parcialmente privado: se considera que el seguro médico generaría castración y molicie, socavación de la libre responsabilidad por la propia persona; que la relación humana de médico y paciente se volvería burocrática y mecánica, que los débiles serían protegidos e incluso aumentarían, y que el médico se volvería ya sea un policía o una víctima de su necesidad de competir, un esclavo de los holgazanes; que el estado, por fin, se arruinaría, despilfarrando una asistencia absurda en el lugar equivocado, que la sociedad se destruiría y que la nación, en lugar de educarse y fortalecerse, sólo se debilitaría. Dado que la legislación del seguro ya no sería derogable, la *ultima ratio* sería la abolición completa de la libre elección del médico y la introducción del médico del estado que, por tener un sueldo fijo, sería independiente. A pesar de los errores contenidos en estas

tesis, no puede negarse que Bismarck se encontraba bajo la influencia del proceso de racionalización cuando, para no tener que ponerse al servicio del socialismo, tomó sus propias armas e introdujo las leyes sociales. Pero lo que en aquel entonces fue una pequeña fracción y, por así decir, un obsequio de la clase médica a la clase trabajadora, se ha vuelto hoy en día casi la norma. Esta evolución es hoy tan central que tuve que abordarla más en detalle, ya que en estas circunstancias es imposible hablar solamente de una desviación lamentable del ideal de la relación ética pura entre médico y paciente. Lo que ocurre, más bien, es que en este campo no se está dirimiendo otra cosa que un aspecto central de la cuestión social: la lucha por la igualdad de los hombres y por el amor social. Que la determinación de la *capacidad* de trabajo (que a su vez es expresada en porcentajes) se haya vuelto un objeto central de las gestiones y opiniones médicas, constituye un fenómeno paralelo a las luchas por el salario y por la duración de la jornada laboral. Porque, como médico del trabajador individual, aquel debe ser su amigo. Y precisamente aquí se evidencia con una nitidez grotesca cómo el programa social, con su gran valoración de la solidaridad, finalmente se vuelve contra el mismo individuo, traicionando así su origen y su meta primaria, que consistía en ayudarlo. Porque, como médico de la sociedad y de sus medios de producción, este debe ser al mismo tiempo el ayudante de una sociedad que se concibe a sí misma en términos de energía, es decir, como productora de mercancías. Y entonces el médico aparece demasiado a menudo como enemigo del individuo. La asistencia individual y la pública se encuentran en conflicto permanentemente. Este conflicto llega siempre hasta la conciencia moral del médico respecto de su deber y también; embrolla continuamente la conciencia moral del paciente respecto de su enfermedad. Embrolla incluso la estima social que se tienen mutuamente las dos partes así enfrentadas. Cuán frecuente es que el trabajador no vea en su estricto médico sino a un representante de las clases más acomodadas, cuando en realidad este no es sino un ejecutor de las leyes conseguidas por el socialismo, que protegen al conjunto, a su caja y a su economía. Esta tragedia no ocurre sólo



con el médico del seguro, sino también en el hospital y en la clínica privada. Además, todos estos son organismos económicos que tienen vida propia; deben prosperar y ser rentables y absorben dentro de sus leyes propias los procesos del enfermar y del sanar. Así el seguro médico, pero, con él, también el *estar enfermo*, devienen algo de lo cual deben obtenerse rendimientos económicos.

No obstante, nadie conoce una solución diferente, mejor y factible. El seguro social y la asistencia pública son tal vez aquel “mínimo de la Teodicea”, que parece pequeño visto desde el Bien máximo, pero grande visto desde el Bien mínimo. Una mejora sólo me parece posible si se acompaña de una disminución del desempleo. La asistencia a quienes tienen una capacidad insuficiente de generar ingresos debería realizarse mediante el *suministro* de una *oportunidad de trabajo* acorde con su limitada capacidad, en lugar de con *dinero*. Esta es la única salida de nuestra situación que puedo vislumbrar. Por lo demás, la excesiva objetivación de la relación jurídica entre médico y paciente tiene su correlato en una objetivación que ha desempeñado su rol en todas las épocas también en la relación privada entre médico y paciente, a saber, el pago de la prestación de ayuda. Este aspecto práctico y su tendencia económica se presentan, tal vez de manera menos evidente y mejor disfrazada en la relación privada, pero no por ello es menos real que en la relación jurídica objetiva del asegurado.

Junto a esta importante transformación de la medicina, debemos nombrar otras dos, igual de significativas. Una es la concepción de la medicina como una ciencia natural aplicada y la otra es el desarrollo del tratamiento anímico como un terreno psicológico propio de la medicina racional. Estos dos desarrollos deben ser señalados como formas nuevas frente al médico burgués apolítico. El desarrollo de la primera idea va en paralelo con el desarrollo de la escuela superior técnica y le es completamente ajeno a la clínica antigua. A la clínica antigua no se le ocurre tratar a *la medicina como una ciencia natural aplicada*. Se siente ligada a la naturaleza, pero no conoce el principio de la técnica, no procura deducir la intervención terapéutica de la aplicación de alguna ley natural universal como lo hacemos nosotros

cuando partimos del experimento y de la “terapia experimental”. La clínica antigua es vitalista, sabe de una fuerza vital que hay que liberar y conducir, a la que nunca se logra controlar como controlamos la reacción del ácido clorhídrico con el bicarbonato de sodio en el estómago. La irrupción de la fisiología en la clínica es así una precursora de otros aspectos de la técnica, a saber, la racionalización del proceso material individual y el intento de dominarlo mecánicamente. Y con ella se introduce en la clínica, de modo furtivo, el modelo de la organización técnico-empresarial; en el territorio estadounidense sin ningún reparo, pero también en el alemán, con tanto menores resistencias en la medida en que la máquina y la racionalización del trabajo difunden la concepción del hombre como un animal de trabajo. El hombre, que no se percibe entonces a sí mismo como enfermo, sino más bien como limitado para el trabajo, y que no percibe a su enfermedad como un destino, sino como una pérdida económica, se inclina también a esperar su curación de un factor energético y no de un suceso natural, vivo y personal. Desde luego que esta es una interpretación psicológica. Pero el proceso también tiene una raíz histórica en el concepto de la física moderna atea, autónoma, y en su dominio sobre la cultura. Y no tiene sólo un significado anímico subjetivo, sino también objetivo y político: precisamente, la selección de las enfermedades del paciente según su valor productivo y energético, ignorando un ámbito mucho más amplio de la enfermedad que también podría ser tratado, pero no lo es porque no cuenta en la suma de los valores laborales productivos. En la clínica se realizan pruebas de rendimiento y se evalúa al enfermo a partir de estas. Así, lo que se trata no es tanto el padecimiento, sino la insuficiencia.

No es posible juzgar esta decisión desde un punto de vista ético humanitario e individual, porque surge de una *ananké* de la historia que debemos aceptar; es evidente que en el proceso económico-social existen motivos más profundos por los cuales la idea de la enfermedad y la delimitación de aquello que debe ser tratado no sólo se encuentran bajo el dominio teórico de los conceptos de las ciencias naturales exactas, sino, significativamente, bajo formulaciones utili-

taristas y manchesterianas de la biología: el darwinismo, la idea de la lucha por la existencia, es decir, todas las ideas biológicas para las cuales la vida es un fin en sí misma, el sentido de la vida es igual a la conservación de la vida, la salud es igual a la eficiencia sin sufrimiento (capacidad de trabajo y de goce), una vida larga es un valor indiscutido, impedir la muerte es una tarea de la medicina, la salud es considerada lo normal y la enfermedad una anormalidad. Así como los obreros pelean por su salario o por la extensión de su jornada laboral, la clase media pelea por su fortalecimiento físico: los valores mecánico-energéticos y vital-biológicos dependen por igual del concepto moderno de la vida como trabajo, del concepto del “trabajo de la vida”.

A esta concepción no se le ocurre que el sentido de la vida pueda no ser la vida, sino acaso la ofrenda, la alegoría, la salvación; no se le ocurre que la así llamada pulsión de vida tenga junto a sí a su hermana, la pulsión de muerte; no se le ocurre que el valor de la vida sea una cualidad, no una cantidad, que la normalidad no sea un signo de vitalidad, sino de rigidez; no se le ocurre que la anormalidad y la enfermedad puedan ser algo no solo negativo, sino también positivo en la constitución de la historia del hombre y de la vida. Suficiente: el sepultamiento de una herencia milenaria de conocimientos vitales está trágicamente vinculado al avance radiante de los grandes descubrimientos e inventos, que contribuyen tan poderosamente a la eliminación de sufrimientos y dolores que hay dos generaciones que viven en la creencia de que recién ahora *comienza* la medicina.

Una curiosa equivocación considera que aquí correspondería sentirnos decepcionados y desilusionados, que el programa científico-natural de la medicina está en crisis e incluso siendo destruido. En la medicina, la ciencia natural es tan sólo un medio para entrar en contacto con aquello que está realmente ahí. ¿Cómo puede el médico dirigirse a la realidad del enfermo sin haberlo percibido con sus sentidos, con los ojos, con la punta de sus dedos? ¿Cómo puede llegar hasta esa realidad sin haber criticado lógicamente dicha percepción, sin haberla analizado en profundidad? También la fisiología y la

patología no son sino *un sistema crítico de tal contacto*. Pero si bien este sistema garantiza la experiencia del contacto, del *roce*, no por ello brinda una *imagen* acertada de la realidad. Todo su ethos radica en el proceso de producción, en el método del conocimiento y no en su contenido. La medicina estrictamente científica, si la medimos en relación a la realidad del hombre enfermo, es sólo un *método de compromisos* no una imagen de aquello que *es*. Su valor es entonces un valor crítico, pero no óntico; no hay una crisis del conocimiento crítico como método: hay una crisis del valor descriptivo, del valor representativo de la medicina científico natural. Ahora nos damos cuenta de que los datos científicos pueden ser correctos, es decir que pueden haber sido obtenidos en el contacto con la realidad, y que no obstante la imagen científica del hombre es equivocada. Nos damos cuenta de que la idea de que el hombre sería una organización de elementos químicos, que su vida sería una cadena de reacciones químicas, una combinación de reflejos, que todos estos criterios no sólo son aproximaciones transitorias, construcciones auxiliares hipotéticas, sino que están todos equivocados. El hombre, la vida, la enfermedad, no son así; la enfermedad es en verdad otra cosa. Debemos tener claro que podemos darnos cuenta de todo esto y, no obstante, quedar sometidos a la compulsión de la escala de valores que nos conduce, por costumbre y sin querer, una y otra vez, a tomar las afirmaciones de las ciencias naturales de manera literal, como un retrato de la realidad. Una compulsión así es tanto más obstinada en cuanto estas representaciones son las únicas disponibles, porque no existen otras que les hagan competencia.

En esta forma de la ciencia natural, como en toda tecnificación, veo, ante todo, al igual que Max Scheler, un instrumento de dominio, pero, más allá de eso, el mandato de un contacto vinculante con la dureza de la realidad frente a la indefinición de la mera representación. Y precisamente por eso sucede que este instrumento, elevado a una representación, a un valor figurativo, brinda puras imágenes falsas del ser humano. En su último discurso, siguiendo al idealismo, Scheler (1928) volvió a colocar la singularidad del ser humano y su

salvación en el espíritu —a saber, el camino del hombre hacia sí mismo es una “espiritualización”— y, con ello, preservó el acento idealista para el yo, para la libertad y para la persona, a pesar de toda su *inclusión* de la pulsión de vida, de lo orgánico y de toda la dependencia del cuerpo en relación al concepto del hombre. Me parece que él pasó por alto la dependencia que ese concepto de espíritu tiene de las categorías de la razón, que sólo han sido “suspendidas”, no eliminadas. La consecuencia es, en definitiva, que aquí también se forma sólo un movimiento hacia las alturas, no una imagen del hombre que está parado en la tierra. La condición previa para lograr esta imagen sería demostrar que los conceptos idealistas de la razón *no son válidos* para el ser humano; lo cual también incluiría la invalidez de las categorías de la razón. El camino hacia una teoría de la realidad del hombre (no del espíritu) recién se despeja cuando se “subvierte” el orden de valores de naturaleza y espíritu, que también subsiste en Scheler. Por oposición a la primera época de Scheler, en la segunda existe un movimiento regresivo hacia un enfoque que tiende hacia esta subversión.

Hasta ahora vimos: aquello que se considera el objetivo de la medicina depende mucho de la forma de una sociedad. Por otra parte, la imagen energética, económica y técnica de la sociedad es a la vez la imagen del mundo que la ciencia construye. Tratamos médicamente aquella parte del hombre y de su enfermedad que este punto de vista pone de manifiesto y no la que no revela. Aquí aparece entonces una primera relación entre la construcción social y la científica, entre la creación científica y la médica. Pero es una formación, una conformación que, cuándo y porqué forma, deforma otro aspecto de la realidad<sup>35</sup>.

Junto a la institucionalización y a la tecnificación de la medicina surge, como tercer desarrollo racional, el *tratamiento* de enfermeda-

<sup>35</sup> En el nuevo desarrollo del concepto de forma se ha pasado por alto que al dar una forma no sólo se realiza una separación material —la de figura y fondo—, sino que, esencialmente, se realiza al mismo tiempo una deformación ontológica u ontoestética. Su especificación actúa como una falsificación de la verdadera *plenitud* del ser, en la medida en que la limita. Esta comprensión corrige un desarrollo equivocado del concepto de totalidad: también él es tan sólo un modo de dar forma.

des anímicas —y luego también corporales— *con medios psicológicos*. A decir verdad, en muchos sentidos, la expresión “racional” constituye aquí un nuevo problema. La voluntad terapéutica de la psicoterapia también se extiende a menudo sobre un síntoma corporal y, a partir de esta complicación, sospechamos que existe una corriente opuesta a todo lo que discutimos hasta ahora, una reacción, una oposición. Tampoco cabe duda de que es precisamente este movimiento el que ha reintroducido el tema de la comunidad en la medicina. Para los psicoterapeutas la enfermedad más esencial es la neurosis. Y no exageramos si definimos a la neurosis como una alteración del desarrollo de las relaciones de un ser humano con otro ser humano. Todas las psiconeurosis son ya entonces fenómenos sociales en el más amplio sentido. Y el hecho de que se vuelvan objeto de la medicina es expresión de que hemos comprendido al tratamiento y a la curación del neurótico como un deber médico y como una necesidad social. Nada socava tanto como la neurosis a la familia, al matrimonio, a la infancia, a la comunidad profesional. El hombre carente de guía, el alma dividida, su padecimiento de la soledad, el enajenamiento, la auto-desvalorización y la auto-sobrevaloración, su lucha por el derecho, por el poder y por el amor mediante la formación de síntomas, las catástrofes del crimen y de las luchas y las guerras, las perversiones sexuales, las compulsiones, las adicciones, pero también los endurecimientos del carácter, el oscurecimiento del ánimo, la imagen asocial del tirano, del melancólico, del querellante y del fanático: atribuir todos estos fenómenos a alteraciones anímicas típicas y casi regulares, a la vez evitables y en principio curables, este es el gran tema de la psicoterapia. Se desliza desde la medicina hacia el programa de ayuda humanitaria general y a veces demasiado solícito en su intención reformadora del mundo.

Pero lo más importante aquí no es el objeto ni las particulares teorías explicativas. Precisamente las teorías, sobre todo las del psicoanálisis, han sido construidas siguiendo tanto el modelo de la ciencia objetiva, e incluso exacta, que a primera vista no se deduce de ellas nada muy nuevo desde el punto de vista metodológico. Pero

detrás de esta superficie históricamente fácil de penetrar ocurre algo revolucionario. Nunca podremos comprender esta psicología si permanecemos al margen del gran alejamiento de la postura objetiva, categorial, idealista y *de principio*<sup>36</sup> de la consciencia que se ha abierto camino, a mi parecer, primero en la novela europea, tal vez ya en Shakespeare, pero seguro en los sufrimientos de Werther y luego en las obras de Nietzsche y Freud; y que, junto a estos testigos de la cultura elevada, también comienza a imponerse en toda la extensión de la consciencia popular. Nunca podremos comprender estos acontecimientos si nos cerramos al hecho histórico, si cerramos nuestra propia consciencia frente al hecho de que la humanidad se ha encaminado no sólo hacia la crítica de la razón, sino, precisamente gracias a ella, hacia el descubrimiento de nuevas extensiones de la consciencia. El hecho de que este viaje de descubrimiento comience primero como una crítica de la razón, luego como una crítica de la voluntad, del sentimiento y del alma, es sólo el inicio de un enriquecimiento que se extiende cada vez más, hacia lo ancho y en profundidad, multidimensionalmente. La postura crítica de Kant, el desenmascaramiento de la consciencia en Nietzsche o Freud, pero también en Kierkegaard, no pueden ser considerados sólo como estrechamientos del ámbito del conocimiento y de sus límites, como purismo, por así decir; porque este purismo y este trazado de límites son a la vez telescopios y microscopios de una exploración de la extensión de la consciencia, del mundo interno. El principio de inmanencia de la consciencia se ve horadado cuando llegamos a comprender que un hombre expresa más sentido y otra finalidad en sus pensamientos, sentimientos y percepciones de lo que le está dado en estos contenidos, cuando se comprueba que el contenido de la consciencia es siempre *partícipe* de una extensión *mayor*, de una realidad plena de sentido, cognoscible y determinada por el espíritu. Pero no quiero subrayar la insostenibilidad filosófica de la inmanencia de la consciencia. Y seguro hay que tomar aquí partido en contra de las psicologías médicas, cuando

<sup>36</sup> Comparar con Herrigel, H. (1928).

éstas caracterizan sólo de manera biológica al “más que” del que forman parte los contenidos de la consciencia. Pues que este “más que” fueran sobre todo las pulsiones, que estas pulsiones fueran funciones biológicas como el hambre y la sexualidad, que fueran conservadoras o destructivas, que estuvieran dirigidas al poder o al placer: todas estas son teorías que sólo podrían tener una importancia limitada, en tanto habrían sido extraídas de la observación de grupos fenomenológicos de “histéricos”, “neuróticos obsesivos” o de cualquier otro tipo circunscripto dentro de la especialidad. Pero debemos decir que estos submundos anímico-corporales tienen un alcance mucho mayor en nuestra supuesta autonomía de la consciencia y que nuestras verdades expresan demasiado seguido nuestros intereses meramente biológicos o nuestras inhibiciones patológicas. Aquella biología o psicología ha devenido una antropología. Darse cuenta de esto es un paso esencial, insoslayable, en la historia de la consciencia, un paso que no tiene nada que ver con el así llamado materialismo. Es también un elemento fundamental del espíritu médico, que no debe dirigir, educar y querer, sino que primero debe comprender; que no debe aspirar ante todo a la pureza, sino a la verdad. De manera que la crítica más dura ha sido dirigida al ser humano y a su condición. No olvidemos que esta crítica fue forzada por un sufrimiento inmenso, por incomprendibles deformaciones del alma, pero que también fue posible sólo gracias a un amor muy extendido, a la comprensión amorosa de que fueron las deformaciones de la vida en común las que condujeron a los enormes autoengaños de la consciencia.

Recién comprendemos esto cuando, en actos de una evidencia primordial, logramos experimentar que el contenido de nuestra consciencia siempre es partícipe de una esfera del ser más grande, diferente, que no está dada *en* dicho contenido y que, no obstante, está dada *con* él, pero que no tiene por qué ser inalcanzable ni “irracional”; es decir, cuando nuestra consciencia ya no puede ser considerada simple ni puede ya ser considerada como el límite de sí misma. Sostenemos



que esto “otro”<sup>37</sup> puede hallarse también en otro *ser humano*, con el cual estamos ligados en dicha participación. Lo que sucede en uno está entonces esencialmente ligado a lo que sucede en el otro. Comprender al otro, convivir con él y, en especial, tratarlo médicamente, no significa otra cosa que otorgarle a aquella unión primordial e insoluble (que no es aún una comunidad en el verdadero sentido) cada vez una forma determinada.

Ahora deberíamos revisar qué dimensiones del verdadero ser humano se abren aquí para el acto curativo. Sea como fuere, aquella crítica del alma abre una dimensión de autenticidad que también tiene algo que ver, tanto con la verdad personal, como con los estados corporales. Así como para cualquier lego es evidente que en la histeria y en la neurosis la verdad sólo se realiza allí donde también existe la salud, de la misma manera es evidente que para toda persona sana y para todo enfermo existe una posición media y un equilibrio esencial de cuerpo y alma, fuera del cual no sólo el neurótico, sino cualquiera de nosotros se ve permanentemente en riesgo de resbalar; fuera del cual incluso resbalamos durante largas épocas de nuestra vida, durante una parte considerable del curso de los años, de los meses y de los días. Una vez que hemos reconocido esta existencia “en suspensión”, nadie está completamente sano ni completamente enfermo. La medicina pretende apoderarse precisamente de esta zona biológica media.

Para explicar esta idea me limitaré casi por completo a la terapia y describiré, por de pronto, una experiencia. Un médico seguro de su conocimiento y conocedor de los límites de la medicina, que trata cada caso en base a experiencias claras y objetivas y a principios científicos, tendrá y transmitirá gran calma y seguridad. Allí donde sus medidas impliquen dureza, serán aceptadas; allí donde no pueda ayudar, nadie lo culpará, tampoco él lo hará. El enfermo está conforme con él y él mismo también lo está. Pero este médico, que podemos llamar el médico objetivo, representa sólo una mitad de la realidad,

<sup>37</sup> Comillas de la traductora.

la cara no luchadora de la medicina. Dejemos ahora que surja una alteración, un caso difícil, sobre el cual uno no puede formarse un juicio; una duda respecto del tratamiento aplicado hasta el momento, un ateneo con diferencias de opinión, sobre todo una resistencia del paciente: entonces tendremos la otra cara, la del conflicto. El acto médico se topa con una resistencia. En ambos casos existe una relación entre médico y enfermo, pero una se lleva a cabo bajo *asistencia*, la otra bajo *resistencia* de los vínculos. Esto es bastante trivial y, sin embargo, esta diferencia no puede reducirse a condiciones externas, porque es una parte esencial del proceso. Vemos que la falta de lucha del médico objetivo dura mientras, entre médico y paciente, subsista una relación que se da por supuesta naturalmente, que es invisible en tanto no se ve amenazada. Esta relación puede consistir en la autoridad y la confianza, como en el caso del médico privado; en una posición de poder, como en el caso del oficial de sanidad militar (un término inquietante); y en el poder judicial, como en el caso del médico consultor de un seguro o el del perito. El médico no logra su efecto gracias a una actitud objetiva y racional, sino que preexiste, como condición, una ligazón aceptada de facto. Si ella desaparece, la objetividad se vuelve dudosa y no sirve para nada. ¿Quién tiene entonces razón?

El médico tiene ahora dos caminos. Uno es renunciar frente a estas resistencias inefables y disolver la relación; que el enfermo se cure a sí mismo o que busque otro médico. O bien, el médico puede tratar también a la resistencia, es decir, intentar alcanzar la meta incluyendo una tramitación de las resistencias. Su concepción del tratamiento curativo incluye ahora, además del efecto objetivo, también las condiciones de su posibilidad. En una palabra, el médico no sólo indica la medicación, sino que también se ocupa de que el enfermo la tome. Y a menudo sucede que el enfermo no puede tomarla o no puede querer tomarla. Más allá de la libre determinación del enfermo, el médico trata ahora también esta voluntad, como si estuviera enferma. No deja al paciente abandonado a sí mismo. Un médico así ya no es objetivo con el enfermo, porque no toma a su enfermedad

como objeto, sino a su yo, es decir a aquello que ontológicamente no es ni puede devenir un objeto, sino que es precisamente un sujeto. Podemos formular mejor este tipo de relación si nos damos cuenta de que un acto médico ampliado de esta forma implica la renuncia del médico a una porción de voluntad propia, de autonomía y de razón directiva, razón que está contenida en el concepto de objetividad (este es justamente el descubrimiento de Kant acerca de la esencia de la objetividad). Si un enfermo grave de tifus carece de apetito y ya no puede querer comer, si un histérico con parálisis ya no puede querer mover la pierna, y si el arte terapéutico logra abarcar y quebrar esta resistencia, entonces esta victoria no es análoga a la fuerza objetiva que actúa causalmente, sino que es análoga al amor, que se arremolina y envuelve, dejándose vencer al mismo tiempo<sup>38</sup>.

Siempre me pareció que en este punto existe en realidad una línea divisoria en médicos y pacientes, que en la actualidad es tal vez más precisa e inevitable, pero que fue propia de todas las épocas de la medicina que conocemos. La diferencia entre una terapia objetiva y una terapia abarcadora atraviesa a los médicos que se inclinan hacia la psicoterapia y a los que no, a la expectativa de los pacientes, a cada uno de nosotros. Es sumamente difícil describir esta diferencia sin experiencia y sin ejemplos. Lo más importante me parece siempre que en una terapia abarcadora el médico mismo se deja modificar por el paciente; deja que actúen sobre él todas las movilizaciones que provienen del enfermo; no se restringe al sistema del diagnóstico y a la enfermedad como unidad sistemática; no sólo capta con el sentido más objetivo de la vista, sino con el sentido del oído, que fusiona más fácilmente al yo y al tú; capta pasivamente con todos los órganos anímicos, no sólo de manera receptiva y luego reactiva, sino a través de una verdadera fusión de la propia persona, a través de la vivencia consciente —y la posterior devolución— a partir de las prime-

<sup>38</sup> No podemos llamar “subjetivo” ni “objetivo” a este comportamiento de la voluntad y del conocimiento. Prefiero el término “transjectivo”, dado que la acción de uno no vence ni se somete a la del otro, sino que la voluntad de uno deviene recíprocamente la del otro (comparar con von Weizsäcker, V., 1926*a*) (comillas de la traductora).

ras reacciones naturales —presentes en toda consulta desde el primer momento— en relación a la raza, al género, a la postura política y social, en una palabra, a todas aquellas simpatías y antipatías, desde las del olfato hasta los matices de las afinidades electivas anímicas. Sólo en este dominio de la consciencia sobre el devenir anímico de una *relación*, en esta larga cadena de sacrificios y nuevos esfuerzos de la personalidad que, según el caso, vuelven a consumarse, puede surgir en el médico aquello que lo capacita para poder abarcar también las resistencias y para lanzar el tiro mucho más allá de los límites de la medicina objetiva.

Es un error creer que el acercamiento consciente a esta multiplicidad de realidades es igual al esfuerzo por ser complaciente, servicial, amable y abnegado. Estas cualidades tienen poco que ver con el mundo de realidades que se abre cuando *sabemos* más y más, de manera positivista, sobre los hechos de la vida anímica y sobre las relaciones de la historia vital y del corte transversal de la vida al momento del tratamiento. La historia clínica en el sentido científico recién es comprendida como un fenómeno expresivo de la historia vital interna una vez que ésta ha sido revelada. Este proceso de conocimiento se realiza de manera metódicamente opuesta al conocimiento científico y, precisamente por eso, de manera paralela. Requiere una formación y un desarrollo personal particulares. Presupone que el médico comprende y experimenta en sí mismo esta relación entre la historia vital externa y la interna. De lo contrario, sólo comprenderá que las enfermedades corporales dependen también de “cuestiones psíquicas”. Se equivocará casi siempre cuando inicie una búsqueda al respecto y tantea con manos torpes algún complejo usual y esquemático. Considerará con demasiada facilidad estas relaciones psíquicas como influencias, por así decir, causales. Sin una consciencia clara y científica de ese mundo tan no-causal, sin aquella actitud de la consciencia más pasiva que activa (tal como la promovió primero el psicoanálisis como regla fundamental), no revelará los motivos psíquicos esenciales, sino que los forzará. El resultado: serán reacciones de los estratos anímicos aún desconocidos del paciente y, así, el médico se vuelve un juguete de

la historia clínica interna, en lugar de dominarla. Y también aquí se trata, en definitiva, de lograr el dominio del arte que abarca y abraza a los dos miembros de la relación.

Antes dije que este arte es *análogo al amor*. Consideremos esto más detenidamente. Ustedes saben que el psicoanálisis ha brindado la descripción más completa que tenemos de los fenómenos del amor en la terapia, y que ha mostrado que en la terapia de las neurosis surge una forma del amor que ha denominado *amor de transferencia*. Primero se creyó que este amor de transferencia era la forma de amor específica de los neuróticos, pero ahora pensamos que también el neurótico busca amor genuino. A través de la formación de su síntoma reclama este excedente de amor, pero no lo consigue. Pensamos además que el amor de transferencia tiene una importancia mayor, porque también se presenta en el tratamiento de otras enfermedades. El concepto busca señalar que, en la relación médica, la capacidad de amor del enfermo suele dirigirse en gran medida hacia el médico, a veces también con su signo contrario: el odio. En un caso de exaltación, puede ocurrir que la paciente le eche al médico los brazos al cuello o que, en lugar de eso, lo compare con el mismo salvador. “En lugar de eso” significa que las cualidades sensuales y espirituales de este amor son intercambiables y que ninguna de ellas está en verdad dirigida a la *persona*, que ambas son producto de la *situación*. Por eso Freud no habla de amor, sino de libido y de su transferencia. De hecho, el analista rechaza el ofrecimiento que existe en todo impulso amoroso, en la medida en que rehúsa tanto el abrazo como la apoteosis y remite la situación a la cuestión médica; en verdad ya lo hace al crear el concepto de transferencia y al objetivar así el suceso. No responde de la misma manera ya que utiliza la transferencia para llegar a otra meta, la meta médica. Este proceso de objetivación de la relación implica entonces una pérdida cualitativa de amor. Con esta técnica, las formas sensuales y espirituales del amor se ven objetivadas, des-sensualizadas, des-espiritualizadas, cosificadas. La pregunta que debemos plantear es entonces hasta qué punto la objetivación del tratamiento supone tal pérdida de amor, no sólo en este caso,

sino también en otros. Esta característica —la pérdida de amor en la objetivación— se presentará con la misma frecuencia si la estudiamos en cada caso y en los innumerables acontecimientos que suelen pasar inadvertidos en el trabajo cotidiano del médico. Encontramos ejemplos particularmente ricos para este mismo principio dentro de un campo de observación al que no estamos habituados, en los informes de médicos europeos que llevaron nuestra medicina a los habitantes primitivos, como Lévy-Bruhl (1921) y Albert Schweitzer. Tomemos un caso representativo: Schweitzer (1929) relata cómo operó a un hombre negro bajo anestesia. Luego escuchó a escondidas cómo este le decía al paciente de la cama de al lado que el médico le había dado veneno por la nariz para matarlo, pero que el veneno se había acabado y por eso se había salvado. Dado que la acción objetiva también ha sido realizada de forma objetiva, en lugar de llevar el carácter mágico de la lucha personal contra los demonios, despierta la sensación de ser una acción carente de amor, incluso hostil.

El psicoanálisis no ha resaltado esta pérdida de amor, porque se malentende objetivamente a sí mismo cuando confunde la realidad humana con la naturaleza o cuando cree al menos en la posibilidad de una abstracción de los órdenes de valor, como si cada análisis no incluyera una serie de cambios de valor. Sólo conoce un concepto cuantitativo de libido y las diferencias de su objeto; no conoce las diferencias cualitativas del acto de amor como tal, excepto aquellas de la ambivalencia general. Tampoco ha subrayado demasiado la contratransferencia, es decir, el suceso psíquico en el médico, y ha creído que ésta sería, por así decir, eliminada a través del análisis didáctico obligatorio, aunque en el psicoanálisis han tenido cabida tratamientos ulteriores de los médicos sobrecargados por su contratransferencia. No se tiene suficientemente en cuenta que todos estos procesos de transferencia y contratransferencia ocurren también allí donde no se analiza, *verbis expressis*, donde no se realiza psicoterapia alguna. Me refiero a la transferencia cuando alguien tan sólo indica una dieta, prescribe una medicación o solicita una cirugía. Entonces aprovecha la ligazón sin tener consciencia de que todo acto de mandar y or-

denar, así como todo acto de acatar y cumplir, establece una forma de relación que subyace al mismo orden de evolución que tienen las relaciones familiares, políticas, eróticas o amistosas: con su misma tendencia a modificarse, a madurar y envejecer, a florecer, procrear y secarse, y en las que, que detrás de todo, hay una eternidad simbólica. Este proceso no es unilateral, sino bilateral. No puede ocurrir de un lado lo que no tenga su contracara del otro lado<sup>39</sup>. Después del golpe, la bola de billar es la misma que antes. El ser humano que ama es modificado por el amado, tanto si es correspondido como si es rechazado. Del mismo modo, no puedo permanecer igual que antes cuando soy amado, sin importar si correspondo el amor o si lo rechazo.

El hecho de que estas “reglas del juego” de la comunidad humana, comprimidas en una forma esquemática, recordaran a la estructura formal de las leyes naturales cuantitativas, fue algo que despertó dudas. La imperfección de la formulación científica puede ser admitida y, al mismo tiempo, existe la expectativa de que uno sea convencido a través de la experiencia de la existencia de fenómenos correlacionados y su dinámica. No es posible ver la Loreley mientras uno le dé la espalda y mire la orilla izquierda del Rin. Aquí no se trata de que deberían valer las leyes que pueden capturarse en las categorías lógicas formales, sino de que el contravalor de *cada* acto en la comunidad *realmente* existe en el otro y debe ser *buscado* allí donde no es visible. A quien sólo *se conforme* con el hallazgo de hechos podrá bastarle considerar esto como un principio heurístico.

El pensamiento causal, categorial, de principios, en una palabra, el pensamiento racional y la objetividad, significan aislamiento, restricción, abstracción, una configuración que deforma la realidad y con ello, una pérdida de amor, el peligro inmediato de la falsificación de la imagen y de la neurosis. Hemos llegado muy cerca de la zona en la que la crítica médica se aproxima a las actividades y a las formas de la sociedad excesivamente espirituales; la crítica del pensador, del

<sup>39</sup> Comparar con von Weizsäcker, V. (1927,1928b).

profesor, del institucionalismo, de todas las manías impulsivas de los investigadores, coleccionistas, jugadores y organizadores.

Si bien hemos constatado una pérdida de amor y con ello una pérdida de realidad en la forma de pensar objetiva y en la terapia objetiva, no hemos explicado aún la eficacia terapéutica de la objetividad. Por supuesto que la objetividad es un inmenso factor de curación. Hay enfermos que parecen curarse cuando el médico por fin les encuentra “algo verdadero”. Así, se ven liberados de la duda acerca de si tienen derecho a sentirse enfermos. O, en el caso del temor infundado, si tienen derecho a sentirse sanos. Pero, precisamente aquí vemos cómo la objetividad, en tanto mera *actitud*, puede volverse también un medio para reprimir lo desagradable. La objetividad es un medio tanto para reprimir la verdad antilógica del corazón, como para aclarar su confusión. En ambos casos es sólo un medio y en ambos casos hace falta más que objetividad; hace falta el conocimiento “del mal y del bien”, dicho en forma más abstracta, un conocimiento que no vale de manera universal y necesaria en el tiempo, el espacio y la lógica, sino que vale para alguien y desde alguien. A decir verdad, la primera pregunta del enfermo no se suele dirigirse al amor ni al conocimiento; él solo quiere ser ayudado. Pero podemos decir que la enfermedad es una oportunidad para aprender todavía aún algo del amor y de aquella segunda forma del conocimiento y que nada de esto puede obtenerse a través del tratamiento puramente objetivo. A estas concepciones prefiero no llamarlas filosóficas, psicológicas ni biológicas, sino *antropológicas*. Sólo desde la antropología podemos determinar el verdadero valor del efecto de un método científico, la efectividad de una terapia. Porque ahora sucede, además, aquello que nos parece trivial —una medicación que el paciente no está convencido de tomar no surte efecto— y esto también vale allí donde por lo normal solo realizamos juicios objetivos y donde no pensamos que nos encontraremos con la esencia de lo que abarcamos: en el fenómeno fisiológico, en el *fenómeno orgánico mismo*.

Al comienzo dije que íbamos a tener que hacer una crítica de los conocimientos científicos objetivos mismos desde una teoría de la



comunidad. El caso de la falta de apetito puede enseñarnos que un tratamiento habilidoso es capaz de conducir desde el estado del “no poder querer comer” al de “poder comer” y que uno torpe puede conducir al vómito. El acto de vomitar, que la fisiología considera un acto reflejo, concierne órganos que están fuera del alcance de la así llamada voluntad, pero que, como ahora sabemos con seguridad, también están determinados psíquicamente en su función, en el mismo sentido que un músculo supuestamente voluntario. Las funciones fisiológicas del así llamado sistema nervioso autónomo no son, entonces, autónomas —es decir, independientes de lo psíquico—, como antes se suponía; no son reflejos, sino que son movimientos expresivos en el sentido más amplio de la palabra. Por eso *también* están sujetas a lo que hemos discutido antes sobre las leyes de la *relación* y sometidas a las condiciones recíprocas de la comunidad. Alguien no sólo vomita cuando se encuentra frente a una persona odiada: a partir de la *posibilidad* de estos acontecimientos puede inferirse que sólo está en condiciones de comer cuando su orden en la comunidad no se ve neuróticamente alterado. Se ha comprobado innumerables veces que el vómito puede ser consecuencia de las alteraciones neuróticas de dicha comunidad. Si las amas de casa tienen razón cuando afirman que el amor pasa por el estómago (“feed the beast”), también es correcto decir que el estómago sano pasa por el amor. Dicho de otro modo, también el estómago expresa más que lo que contienen sus reflejos, sus movimientos, sus secreciones, o sea, todas sus funciones materiales; también él es *partícipe* de una realidad que no está contenida en sus funciones, pero que no obstante existe con ellas; no de manera paralela junto a ellas, sino unido existencialmente a ellas. Lo que dije acerca de la consciencia es válido también para el órgano. Si trato al estómago como si fuera una suma de reflejos y secreciones, y no el “pequeño hombre” que se comporta como un hombre grande —es decir, si lo trato de manera puramente objetiva y científica—, entonces ocurre aquella pérdida de amor de la que hablábamos antes. En realidad, no es posible tratarlo así, sino que ocurre algo más, una modificación en la relación entre el médico y el enfermo. El pensamiento causal y la terapia causal, como intentos inútiles de lograr una ausencia de comu-

nidad, producen una transformación de la comunidad que conlleva una pérdida de amor. Sé muy bien que innumerables asistencias médicas se llevan a cabo con éxito sin que nada de esto se haga evidente. Pero es sólo porque en ese momento no se producen consecuencias perturbadoras. Y aquí nos preguntamos por las condiciones del sistema científico-comunitario bajo las cuales ocurre todo esto y éstas las podemos averiguar, en principio, a través del análisis de la alteración. El hecho de que la consciencia del suceso surge cuando aparece una alteración, es una observación que sigue siendo válida. De la misma manera, la necesidad de una conducción anímica consciente también surge cuando se perturba una terapia inconsciente.

Desde aquí se reconoce entonces, la importancia de la psicoterapia que no parte de la enfermedad anímica ni está orientada hacia ella, sino que parte de una concepción general de la enfermedad, según la cual en cada enfermedad habría un elemento central que se constituiría, entre otros, también a partir de los planos anímicos del ser. No hablaremos aquí de éxitos terapéuticos, que podrían ser un gran apoyo para estos supuestos. En realidad, sólo queremos aludir a la esfera de la realidad en la cual; es posible pensar en este tipo de acceso a una capacidad fundamental de acción. Estos son los grandes fenómenos de la experiencia humana, que expresan los acontecimientos más centrales de cada enfermedad: la vergüenza, la angustia, la cólera, la desesperación, pero también los dolores, la debilidad, el vértigo, el sentimiento de aniquilación; no son meras consecuencias secundarias, sino que son expresión del mismo hecho que la anatomía patológica y la fisiología pueden señalar y revelar.

Otra reflexión sobre estos fenómenos revela que el hecho de que el ser humano distribuya las manifestaciones de su dolor en facultades; sólo sería una consecuencia de su diferenciación cultural: la penuria del enfermo es llevada a la facultad de medicina; la del culpable y la del moribundo, a la facultad de teología; la del injuriado, a la facultad de derecho; y la del escéptico, a la facultad de filosofía. Seguro que estas formas primordiales de la penuria pueden separarse, pero también se encuentran unidas en las esferas más in-

ternas de la criatura humana, y si el chamán es en todos estos casos ayudante, guía y conjurador, este primitivismo es también indicio de una identidad primordial. Aunque los procesos enfermos puedan describirse en el discurso con independencia de los acontecimientos originarios del corazón humano, se encuentran primordialmente contenidos en ellos.

Cada penuria es entonces, evidentemente, un estado referido al yo: el hombre que camina en el equilibrio de su centro inalterado no necesita percibirse a sí mismo. Solo la penuria obliga a la autopercepción y se ubica, tal vez, en la cuna de la autoconsciencia. Así, existe una porción de narcisismo en cada penuria. Pero precisamente porque la penuria interrumpe la entrega inconsciente hacia el afuera, el mundo, el tú, hacia todo lo que sea “no-yo”<sup>40</sup>, y fuerza dolorosamente a una autorreferencia, precisamente por eso también podemos decir que este fenómeno primordial no es sólo un fenómeno del “yo para sí mismo”<sup>41</sup>, sino que es también esencialmente binario; la penuria es un “estar separado”<sup>42</sup> del otro, del mundo, del prójimo. Podemos incluso decir que ella es un “estar separado” *del* prójimo que me parece el más próximo, de mí mismo. Ella me separa de mí yo. La penuria del dolor, cuando un miembro es separado de mí con fuerza; la penuria del vértigo, cuando mi yo es separado del espacio físico; la penuria de la debilidad, cuando es separado de su actividad: todas ellas son manifestaciones de la separación en mí y todas ellas piden por el otro –piden ayuda. Son, así, percepciones de la dualidad de nuestra existencia. Y en esta medida puede decirse que los fenómenos de la penuria serían hechos relacionales de hombre a hombre y que la autopercepción sería tan sólo una variante de la ley de la inevitable comunidad. A decir verdad, es precisamente la variante que, como penuria, cuestiona la relación interhumana y, precisamente por ello, la convoca a un nuevo plano, la crea<sup>43</sup>. Ahora se hace evidente que

<sup>40</sup> Comillas de la traductora.

<sup>41</sup> Comillas de la traductora.

<sup>42</sup> Comillas de la traductora.

<sup>43</sup> Comparar con von Weizsäcker, V. (1926b).

este desarrollo de una relación entre dos seres humanos ya revela la manifestación de una relación sobrehumana, lo que nos conduce a las fronteras de nuestro tema. Saber en *nombre* de quién ocurre, implica moverse primero en la creación concreta de una comunidad, caminar bajo su protección o en su ley.

Quiero finalizar aquí. Habría algunas cosas, muchas para decir aún, ya que hemos tocado varias cuestiones que quedaron sin respuesta. El problema de la conducción quedó resuelto a medias. Los renombrados órdenes de la comunidad, la paternidad, la infancia, el matrimonio y la ciudadanía, pero también la genitalidad y los límites que la naturaleza establece en todo lo comunitario, todo resulta aquí de la mayor importancia. No dijimos nada que contribuya a fundar una teoría no categorial del hombre. Poco dijimos sobre las formas básicas de las relaciones, el odio, el amor, la voluntad y el conocimiento, y sobre su peso en la comunidad de enfermo y médico, surgida de la necesidad. No hablamos sobre la así llamada *ética* médica. Veo pocas posibilidades de adoptar sin reparos en el código de ética médica; las afirmaciones de la teoría de la virtud y de la ética de los valores materiales, ya que el médico difícilmente puede separar el amor al enfermo del hecho de que este le paga. Veo igual de improbable que se pueda pronunciar una ley moral abstracta y formal como, por ejemplo: trata médicamente al otro como desearías que te traten a ti (en resonancia con la ética kantiana). Más bien creo que cualquier proposición tomada siguiendo este tipo de principios, oscurecería la claridad de las situaciones morales concretas que se presentan en la relación de comunidad. En el orden de esta comunidad gobiernan órdenes que pueden descubrirse, pero no veo leyes que yo pueda imponerle a otros. Las exigencias de amor y los postulados de objetividad son ineficaces como *exigencias*; sólo su realización es eficaz, y ésta no es una exigencia que sólo tome, ni un dar que a su vez no exija. De modo que aquí parece haber poco lugar para una ética de la voluntad o de la ley, pero tanto más para una ética del amor, que se manifiesta, sin apelar, en el acto del amor. La sucesión espiritual no conduce tanto desde dicha ética hacia normas de la acción como hacia

el *dogma*, no conduce tanto hacia normas del conocimiento objetivo y de su continua construcción, como hacia saltos, hacia nuevos espacios de la experiencia y hacia la gracia del logro. Casi no hablamos de eso ni de que todo lo dicho y todo lo pensado es, a la vez, una descripción de aquel gran misterio único; un misterio que es, en cierto modo, evidente y claro como el agua; un misterio que, justamente, también puede oscurecerse. De ningún modo quiero decir que la comunidad sería lisa y llanamente un valor; más bien quise explicar que es algo inevitable, que existe de manera indefectible y primordial, lo sepamos o no, lo busquemos o no. La conformación de la comunidad se mueve entre el Escila de la objetividad y su pérdida de amor y el Caribdis del amor con su tendencia a la parcialidad. Sin duda se está formando una generación que resiste un grado de objetividad y tecnificación que a la juventud de mi generación y de generaciones anteriores, las hubiera privado de su creencia en el espíritu y en el amor. La *oposición* de objetividad y amor no es una contradicción, surge de manera impropcedente en el ánimo romántico, pero creo que sigue siendo un peligro, una tarea nunca lograda. Personalmente no creo en el “amor a la cosa” y lo considero un cántaro que va a la fuente para finalmente romperse; creo en el amor al ser humano. Prefiero terminar con una pregunta pensativa y no, por así decir, con un redondeo del cálculo metafísico que sólo es correcto mientras el pensador no sucumba a las fuerzas del corazón o a las voces provenientes de espacios desconocidos que lo llaman a una lógica y a un saber diferentes. Creo que, como médico, puedo plantear la pregunta acerca de si el conocimiento de la verdad no empieza justamente allí, donde cura al pensador, donde lo cura en el primero y último de los sentidos, desde la más ingenua alegría por existir hasta la salud a la que se refiere Sócrates cuando, ya con sus piernas frías, exhorta a sus amigos a ofrendar un gallo a Esculapio. La misma verdad que lo mata, lo cura precisamente por eso. Donde, en este sentido, el filósofo le ofrezca sus respetos al médico, allí el médico puede cederle el paso al filósofo, con gusto y sin condiciones. Salud y verdad se habrán convertido realmente en lo mismo.

## Enfermos del cuerpo<sup>44</sup>, del alma y del honor<sup>45</sup> Fundamentos de una nueva medicina<sup>46</sup>

Habría que realizar un estudio estadístico para registrar cuánto dinero gastan en salud el estado, el contribuyente, las personas privadas y los asegurados. También, debería tenerse en cuenta las personas que viven porque otras se enferman o mueren. Deberían considerarse los ingresos de las funerarias, de los médicos y del personal auxiliar, como así también el volumen de negocios de los sanatorios, los hospitales, de la asistencia social, de los medicamentos y de la industria de los aparatos y su exportación e importación y de los institutos de formación. Uno quisiera evitar el tema económico, pero no se puede. No se puede negar que también la sanidad es una realidad económica.

Se sobreentiende que la ética médica no debería ser ingenua y que tendría que reflexionar acerca de cómo vive el médico gracias a que alguien se enferma. Esto no debería ser ignorado. Pero no ocurre sólo en el hospital. También la oficina de empleo perdería su tarea principal y tendría que cambiar de actividad, si no existiese el desempleo. También los juzgados y las cárceles estarían en esta situación, si no existiera el delito y la violación de la ley; existen gracias a que existe la transgresión.

Dejemos de lado las especulaciones y ubiquémonos sobre el suelo de la realidad. ¿A qué clase de hechos nos referimos? ¿Qué quiere decir enfermedad? ¿Qué es curable? ¿Para qué debemos curar? No

<sup>44</sup> Leib.

<sup>45</sup> N. de la T.: el autor utiliza la palabra "Ehre" que también significa "reputación", "honra". Esta palabra deriva de una raíz que significa "venerar, respetar".

<sup>46</sup> Viktor von Weizsäcker, (1949), *Gesammelte Schriften*, tomo 7, Editorial Suhrkamp, 1987.

Recordemos que Viktor von Weizäcker falleció en el año 1957 y que, cuando escribe este artículo ya habían muerto sus dos hijos, su hija y su yerno.

Traducido por Dorrit Busch

se trata sólo de “problemas”. Es un hecho que, en el caso de la tuberculosis pulmonar, desde el punto de vista médico se hace mucho, en el caso del delirio de masas o de la ruina de un matrimonio, se hace poco —simplemente porque la mayoría de las personas consideran que la tuberculosis es una enfermedad verdadera, pero la destrucción matrimonial o el delirio de masas no son considerados como verdadera enfermedad. Por lo tanto, se trata de “hechos” que son determinados por las opiniones. Si soy de la opinión —y lo soy— que la tuberculosis pulmonar no es la causa, sino la consecuencia, de un trastorno anímico-corporal en los vínculos o en lo social, entonces se debería modificar la forma de combatir la tuberculosis. ¿Pero cómo?

Actualmente se difunde la opinión entre los legos de que, gracias a la psicología y a la psicoterapia, se ha encontrado una técnica mejor para eliminar las enfermedades, que se curan de manera más complicada, más cara o directamente no se curan, a través de la química, los rayos y las operaciones. Dado que aquí se filtra un error, tenemos una oportunidad para eliminar ciertas ilusiones, decepcionar expectativas equivocadas, pero también para subrayar lo que en ello es correcto e importante.

Mencionemos primero lo positivo. Realmente ocurre que una cantidad de molestias tales como, por ejemplo, constipación, ataques de vértigo, dolores de cabeza o del vientre, desaparecen o mejoran gracias al tratamiento psíquico. En cierto modo, la psicoterapia es la sucesora de los métodos de sanación del chamanismo, del yoga, del sueño del templo, del obrar apostólico, de la plegaria por la salud. Es moderna y no se limita a los seguidores creyentes. Es cierto, además, que una cantidad de enfermos que padecen neurosis de angustia, histeria y estados obsesivos, han sido liberados de estos síntomas a través del psicoanálisis, lo cual no se podía lograr a través de otros modos. Una persona de más edad contemplaría estas disputas con cierta calma, si no fuera que una y otra vez se disgusta, cuando a los enfermos se los mantiene durante años con exámenes y tratamientos, como consecuencia de opiniones que son equivocadas y de médicos que permanecen tercamente en el error.

*Dudas respecto de la explicación materialista*

Ahora bien, ha surgido una situación nueva. Surgió, porque los médicos investigadores creyeron observar que transformaciones orgánicas, como la arterioesclerosis o los tumores gástricos, derivaban de la regulación nerviosa. Si esto es así, y si los trastornos nerviosos derivan de los psíquicos, entonces se debería echar mano de la raíz psíquica. Es imposible prever hasta dónde este camino podría alcanzar la cantidad de diferentes enfermedades y en qué medida la medicina entera, finalmente se convertiría en psicoterapia. Esta idea sería entonces el comienzo de una gran revolución. El que hoy en día la psicología en sí misma no esté a la altura de esta tarea, no demostraría nada en contra de este programa.

El que después de todo haya surgido y se esté extendiendo la idea de una psicogénesis de las enfermedades orgánicas, todavía tiene otra razón. Se trata de las dudas que despierta la idea de que la técnica es inofensiva y de la explicación materialista. Por supuesto que la duda surge en varios lugares, no sólo en la medicina. Sin embargo, actualmente sólo se debería hablar de estas cosas si se tiene algo para decir. Pero hay que decirlo: el asunto es así. Es absolutamente cierto que el surgimiento de una tuberculosis pulmonar depende de procesos psíquicos. Es absolutamente cierto que los transcurso psíquicos en el individuo dependen de aquellos propios de la sociedad y su cultura, del proceso histórico. Es absolutamente cierto que las explicaciones científicas unilaterales estaban equivocadas. Y ni siquiera es así que las interdependencias psíquicas son lo inseguro, mientras que las bacteriológicas o las que provienen de experimentos con animales, son científicas y, por lo tanto, las que se deberían preferir. ¿En realidad por qué peleamos, por qué no trabajamos en colaboración?

Sin embargo, la contienda también tiene un valor y existe un progreso que con la tolerancia pacifista no se podría lograr. No obstante, pienso que este valor y este progreso no yacen en aquello que suele llamarse la verdad del conocimiento, sino en el trato con la realidad. Por cierto, que la aprehensión de la realidad también incluye la ver-



dad del conocimiento. Sin embargo, y ahora se dirá algo esencial, también existen verdaderas equivocaciones, mentiras, errores que son repugnantes y que no lo serían si no existiesen de verdad. Por lo tanto, la lucha contra equivocaciones, mentiras y errores, no sólo es inevitable sino también útil. Y es de esperar un progreso. Y ahora nos ocuparemos de las informaciones.

La “patología funcional” todavía no pertenece a las etapas previas de una así llamada nueva medicina. Ella mostró que no sólo la transformación anatómica (por ejemplo, la oclusión de un vaso) también transforma las funciones (por ejemplo, produce una parálisis), sino que a la inversa, un cambio de función (por ejemplo un calambre muscular) también conduce a un cambio en la estructura anatómica (por ejemplo la muerte tisular). Si esto es así, entonces deberíamos preguntar: ¿por qué cambia en realidad la función fisiológica? Primero se consideró para ello la regulación del sistema nervioso, luego también la de las así llamadas sustancias activas (por ejemplo, las hormonas). Por esta razón antes se hablaba de “trastorno nervioso” y ahora muchas veces de “trastorno endócrino”. Dado que detrás del trastorno nervioso o endócrino se oculta algo, a saber, una instancia subjetiva, personal o espiritual, la medicina se detenía ante ella porque parecía ubicarse más allá de su ámbito y de su competencia.

Por lo tanto, sólo pueden ser válidas como etapas previas de la “nueva medicina” las formas en las cuales se admite, introduce y considera como real, lo subjetivo, lo interno de la persona o del espíritu. Consideremos al menos dos de estas etapas previas: el psicoanálisis de Freud y la medicina psicosomática. Mencionamos al psicoanálisis como etapa *previa*, porque sólo se desarrolló a partir de las neurosis y se limitó a la terapia de las mismas. Por un lado, sólo se interesó en una pequeña parte de las enfermedades y, por otro lado, consideró los fenómenos corporales sólo tangencialmente: el psicoanálisis en su mayor parte era “sólo-psicología”<sup>47</sup>.

<sup>47</sup> Comillas de la traductora.

Bajo medicina psicosomática se entiende investigaciones y tratamientos que no se imponen limitaciones como éstas. Porque aquí se investigan psiquis y soma, es decir, alma y cuerpo, en su relación. Por ejemplo, la presentación conjunta de afectos y cambios en la presión arterial o de destinos vitales y enfermedades orgánicas. Sin embargo, la verdadera meta de estas observaciones sería averiguar no sólo *que*, sino *cómo*, se vinculan el cuerpo y el alma en cada enfermedad.

Pero tendremos que constatar que en muchos casos las investigaciones permanecen en el *qué*, mientras que el *cómo* queda excluido o se presenta de una manera muy poco satisfactoria. Por otro lado, el psicoanálisis tiene, a pesar de limitarse a las psiconeurosis, la fuerza y el coraje de tomar en serio al Yo y al Superyo y de confrontarlos con el Ello. Una nueva medicina unificada tendrá que tomar algo de ambas disciplinas: del psicoanálisis la introducción del sujeto y de la psicosomática la consideración del cuerpo.

### *Contribución a la sociedad política*

Por ahora esta exposición es imparcial y árida. Parte del contenido y descuida la forma. Tampoco consideró por qué es necesario mencionar estos desplazamientos y ampliaciones y si el enfermo obtiene una ventaja de ello. Nos acercamos a este tema, interesante para cualquiera, si tocamos todavía un punto que ya se hace evidente en sus prolegómenos, pero ahora se vuelve muy relevante. Se trata de la relación entre el individuo y la sociedad. ¿Cómo aparece aquí? Hace instantes también se habría mencionado como etapa previa de una "nueva medicina" la así llamada científico-natural, si hubiera considerado seriamente la relación entre lo individual y lo general. Pero no lo hizo. La medicina científico natural se volvió tan relevante, que ahora se puede tratar con ella como algo obvio. Por cierto, que la naturaleza, las leyes naturales, también aquello que el hombre tiene en común con los animales y las plantas, son algo general. Expresan aquello que no es particular en el sentido de subjetivo, individual o personal. Pero cuando se comenzó a analizar la psiquis y se partió de

personas individuales, se encontró algo parecido: no somos tan únicos, tan originales en nuestra psique como creemos. Sólo es el riesgo, el peligro personal en la enfermedad, lo que nos impresiona tanto, que nuestro propio caso nos parece ser algo especialmente importante e incomparable. O sea, ni en la medicina científico natural, ni en la psicológica, se reconoció y valoró científicamente al sujeto como un ser único.

Mientras que hasta el momento la medicina científicista solía creer que podía aprender, así como así lo general desde lo individual y trataba de nivelar a través del comportamiento social la tensión que existía entre ambos, ahora las cosas son por completo diferentes. Porque ahora tenemos que tener en cuenta que cada tratamiento médico individual es, de acuerdo a su particular manera, una contribución a la sociedad política; de que cada afirmación general contribuye a la formación de un suceso individual. Por lo tanto, no alcanza con tomar conciencia de que lo que está afuera también está adentro, sino que también habrá que considerar que lo que es personal, es general y lo que es general es personal. Dado que este punto tiene tanta importancia daremos algunos ejemplos.

Me han contado que, cuando alguien le preguntó a Freud qué pensaba de Hitler, Freud contestó: “Traigan a ese hombre para el tratamiento”. Este es un ejemplo para la vinculación entre política y medicina. Cuando Ebert, el presidente del Reich, fue atacado en su honor desde la política, se enfermó de una inflamación intestinal, fue operado y murió. Dado que la mortalidad causada por la tuberculosis aumentó después de Stalingrado y durante los años de hambruna después de la guerra, había que pensar en un *modus vivendi* político y en una alimentación mejor: este es un ejemplo de la relación entre política y medicina.

Por el momento podría parecer que al médico esto no le interesa como médico. Pero en realidad una división del trabajo como ésa no resulta posible y no puede ser defendida desde el punto de vista moral. Más precisamente tenemos que decir: de continuo se realiza y también se fundamenta éticamente la división entre política, econo-

mía y solidaridad, por un lado y medicina por el otro; sin embargo, no se produce ningún equilibrio que sea permanente. A estas enajenaciones, que parecen llevar a la estabilización, pero luego conducen a catástrofes, también les sirve muchas veces el argumento de que la ciencia debe ser libre, desinteresada y sólo enfocada hacia la verdad. Pero precisamente también este ideal ha mostrado ser engañoso.

Cuando en abril de este año el Congreso Alemán de Internistas en el primer día se propuso revisar la medicina psicosomática, era llamativo que sólo se podía llegar hasta el salón de conferencias, si se atravesaba primero algunos stands de exposición, en los cuales apenas se ofrecían libros y se exhibían sobre todo productos industriales, preparados químicos y aparatos médicos. Pero si el presidente o los referentes por él designados, hubieran dado un paso más y hubieran explicado que en el futuro los somníferos deberían ser reemplazados por psicoterapia, entonces la protesta de la industria hubiera sido segura. Casi parece ser una casualidad que esto no aconteciera. También diré aquí, por qué soy reservado de mi parte. Yo también indico un somnífero, pero en raras oportunidades, cuando no se me ocurre nada mejor o no sé qué hacer. Pero también sé que hay cosas mejores. Por otro lado, si bien el entrelazamiento entre los dos hilos, el de la economía y el de la ciencia, no es un *noli me tangere*, se trata de un tejido tan delicado, que con intervenciones violentas se destruyen ambos. Por lo tanto, habrá que seguir tejiendo y con ello su entrelazamiento se transformará. Una fabricación veloz y brutal de aquello que se ha llamado ciencia política o politización de la ciencia, no es bueno. Por eso no me podría decidir por un voto en contra de las formas técnicas y científico-naturales de la medicina, sin tener en cuenta las condiciones de vida vigentes.

### *Fabricación de salud*

Si seguimos afirmando que cada persona participa con una parte de su voluntad inconsciente en la producción de su enfermedad, entonces también el sistema actual del seguro social perdería su

sentido. Porque este se basa en el supuesto de que la enfermedad es simplemente un destino del cual uno no tiene la culpa. Las aseguradoras sociales parten de la idea social de la solidaridad, pero son irreligiosas. Si la religión entiende que la enfermedad es la consecuencia plena de sentido de un fracaso humano ante Dios, de ello resulta un "sí" a la enfermedad. Entonces también la medicina se ubica de manera diferente frente a la enfermedad. Ahora le dice: "Sí, pero no así". La siguiente reflexión representa un argumento muy fuerte para un ataque a la medicina tradicional. Si ésta se convierte por completo en una fábrica de salud, entonces el producto será una mercancía acabada, con la cual el comprador podrá hacer lo que quiere. Sin embargo, por lo general no lo puede hacer, porque la economía, el estado, el servicio militar, utilizan su capacidad laboral para sus propósitos y también consiguen esta utilización por la fuerza a través de leyes especiales. El concepto de salud equivalente a la capacidad para trabajar, parte de la idea de que la salud es algo que se puede valorar a discreción. Sin embargo, con ello se excluye a la persona sana de la participación en la finalidad de la vida laboral y aquella fábrica de salud, se convierte en cómplice de todo este procedimiento. Por lo tanto, es hora de que reflexionemos si la medicina está entregada a todo o nada a esta trágica relación, o si puede impedirlo a través de un objetivo propio y diferente. Lo puede lograr, si no entiende bajo salud la fabricación de salud aprovechable de cualquier manera. Eso existe. Creo que existen médicos que obran con esta actitud, pero dudo de que lo hayan aprendido de la medicina científico natural. Ésta les enseña lo mismo que al aprendiz de imprenta, al que le enseñaron cómo se colocan las letras, sin prestar atención si se imprime un disparate y qué consecuencias podría tener lo impreso.

Un impedimento grande para estas aspiraciones es la actitud de los pacientes hacia la vida. No espero, ni deseo, que el guarda del tranvía me instruya sobre la meta de mi viaje. ¿Pero si alguna vez estuviera en lo cierto? ¿Si alguna vez me dijera: no, esa exposición no sirve para nada; es mejor que tome aquella otra dirección y haga un paseo por el bosque? La "nueva" medicina se comporta de esta mane-

ra en relación a la “vieja”. No consiste en que se sustituya el tranvía por el automóvil, para llegar mejor a la misma meta por medio de otro medio de transporte, sino que conduce a una meta diferente y para ello elige el mejor medio. La dificultad que surge en la consulta es que al enfermo le agrada cualquier medio, siempre que conduzca a su propia meta; porque no se le ha ocurrido modificar a ésta. En esto es individualista y aquí se pone en evidencia, que es la medicina generalizadora científico natural la que le ha abierto el camino al individualismo de esta clase.

### *La medicina cobarde*

Un ejemplo es la actitud de muchos pacientes hacia la vida. Porque no quieren vivir, quieren continuar viviendo. La prolongación de la vida es uno de los objetivos más importantes de la medicina y se convirtió en su principal prestigio. Todos los objetivos heroicos, religiosos y políticos de la época más moderna se oponían a esta medicina prolongadora de la vida y por lo general supieron subyugarla. Sin embargo, este movimiento debería ser considerado como reacción a la actitud cobarde, que no pregunta cómo o para qué se vive, sino si se continúa viviendo. En este sentido esta medicina es particularmente cobarde y, además estimula una reacción contra ella. Por lo tanto, los pacientes dicen: “sólo quiero poder trabajar”. O dicen: “sólo quiero liberarme de este dolor, por eso vine”. Ahora bien, un médico que no le da valor a este “sólo” y contesta que eso es secundario, ahuyenta a los pacientes de su consultorio. Por lo tanto, esta resistencia a una nueva medicina proviene de los pacientes, y las resistencias del gremio encuentran sus aliados más importantes en la clientela. Es una actitud servicial del médico, la que ante todo le da siempre la razón al enfermo.

El malentendido del que es víctima la medicina psicosomática, es que se cree poder mantener el objetivo, aunque se modifiquen los medios. Pero el objetivo es diferente y los medios para alcanzarlo, si bien son similares, son distintos. Aunque se comparta el camino

hasta aquí, permanece como objeción principal, el que no se ha dicho cuál es en realidad el objetivo que se tiene en mente. ¿Se trata del estado comunista, del democrático o del capitalista? ¿Se trata de la comunidad humanística-desprejuiciada o de la cristiana? ¿Se trata del orden por completo planificado o del móvil liberal? En tanto la elección se mantiene abierta, tendrán que existir tantas direcciones en la medicina que se combaten unas a otras. De todos modos, hoy día es una falta de sinceridad hablar de “la” medicina. Porque existen numerosas medicinas. Un buen ejemplo es la oposición entre la asistencia espiritual de la iglesia y la psicoterapia secularizada. Otro caso sería la existente entre la quimioterapia por un lado y la cirugía por el otro. Aunque se piense que están unificadas, permanece la lucha por el alcance en la competencia y la aplicación. Estas luchas no se dan sólo entre representantes de una dirección y representantes de la otra; también se agita con violencia en el pecho de la persona particular. Por eso, el concepto de “nueva medicina” sólo se desarrolla hasta donde esta lucha pueda tener lugar; que esta lucha en sí misma al menos pertenezca al concepto de la medicina.

### *La vida también es un riesgo*

Sin embargo, el que se coloca en una posición como ésa, fácilmente atrae la sospecha de que le interesa más el compromiso que la decisión y que se encuentra demasiado ubicado en un punto imaginario, por encima de todos los puntos de vista. Nadie le concederá este *divide et impera*. Por eso al final diremos todavía algunas palabras, que espero no dejarán ninguna duda sobre la voluntad de quien escribe.

El enorme desorden en el cielo estrellado encima mío y la curiosa debilidad de la ley moral dentro de mí, me volverían triste, atemorizado y desanimado, si tuviera que confiar sólo y por completo en ellos. El que la vida también es un riesgo y el que sólo se puede vivir si se asume este riesgo —esta situación tampoco puede ser modificada por la medicina. Sin embargo, con razón montamos en cólera cuando alguien desprecia lo que se puede conocer y luego se puede hacer. Por

eso criticamos que, en la región alemana del Reich, pero también en otras partes, muchos médicos académicos y científicos descuidaron y combatieron de manera estéril los conocimientos del psicoanálisis de Freud. Este es el primer punto. El segundo punto es que: excluir al sujeto a través de la objetividad fue un error que se puede subsanar. Si bien se trata también de un problema científico; pero tiene la faceta práctica de que con la objetividad no sólo se trata en vano de excluir al sujeto, sino que sólo con la introducción del sujeto se puede conocer acertadamente al objeto. Esta idea se comprende mejor a través del ejemplo de la tuberculosis pulmonar. Si se ignora el efecto de las vivencias, de las decisiones, de las relaciones del enfermo, el origen y el curso de esta enfermedad no sólo se explica de manera deficiente, sino equivocada.

Finalmente, el tercer punto es que aquellas vivencias, decisiones y relaciones, en gran medida caen en el ámbito de la política y de la religión. De esta manera la “nueva medicina” adquiere una relación positiva con la política y la religión. No digo que respectivamente una determinada cosmovisión o un determinado credo sean bueno o, por el contrario, malo para los enfermos. Más bien digo que este “bueno” o “malo” no sólo se decide en la naturaleza, sino también en otras esferas. Si bien la relación médico paciente juega un papel importante; pero esta relación no es tan original como parecía. Dado que ambos participan de procesos que no son individuales, que tienen lugar tanto en la naturaleza como en la sociedad, en ámbitos políticos y religiosos. La relación positiva de la medicina con la política y la religión no se puede eliminar a través de un decreto. Si no obstante se intenta hacerlo, en la medida en que se desaloja a lo inconsciente o se intenta conseguirlo por la fuerza de manera fanática, se originan enfermedades en lugar de lograr su curación.

Finalmente, depende de cómo vivimos y no de que sólo vivimos. Muchas veces hemos escuchado de médicos, hombres de estado y moralistas, que hay que conformarse con lo alcanzable y que hay que contentarse con un mínimo de lo bueno. Bien. Pero también queremos saber qué es en realidad ese mínimo y a qué se llama aquí “lo



bueno”. Recién ahora comienza la lucha por la realidad, por aquello que ha de ser realizado. Si a los miembros del consejo de Bremen les fue permitido pronunciar la frase “*navigare necesse est, vivere non est necesse*”, entonces también los médicos lo pueden decir en el mismo sentido. Si no lo hacen, se volverán retrógrados, ignorantes y dañinos.

## Individualidad y subjetividad<sup>48</sup>

Damas y caballeros: la feliz idea que tuvo el coordinador del curso de colocar a la individualidad de la enfermedad en el centro, tal vez contenga la sugerencia de que nos ocupemos de lo más difícil y no de lo más fácil. Y, por lo visto, se trata de una penuria cotidiana en el actuar médico: cada caso es diferente. Por cierto, que precisamente es esto lo que caracteriza la infinita alegría en la profesión.

Es así que el caso particular muchas veces no se adapta a la expectativa de las leyes naturales. Pareciera que la naturaleza gusta de las variaciones que ni siquiera tienen un límite claro. Sin embargo, el que tomemos nota de estas variaciones presupone que existe algo así como una unidad en la enfermedad. Pero ¿por qué se dan estas variaciones? ¿Y existe en realidad algo así como la casualidad en la naturaleza? ¿O es que en ella existe a veces la irrupción de fuerzas ajenas, de poderes sobrenaturales? ¿O es que nuestra observación científica contiene una suposición equivocada, un error? Ninguna de estas preguntas ha de ser tomada a la ligera, cada una puede despertar en nosotros fuertes sentimientos.

También la palabra individualidad despierta valoraciones afectivas y conceptuales de naturaleza contradictoria. Las divergencias individuales incontrolables e imprevisibles representan una carga para los investigadores que realizan experimentos o que practican la quimioterapia. Para el médico que se interesa apasionadamente en el enfermo, la indagación de su individualidad es la esencia y el fruto.

<sup>48</sup> Viktor von Weizsäcker (1939), *Gesammelte Schriften*, tomo 6, Editorial Suhrkamp, Frankfurt a/Main, 1986.

Traducido por Dorrit Busch.

Sin embargo, el problema de la individualidad exige una comprensión de su motivo más profundo. Aquí se encuentran (ya ocurre si echamos una mirada al programa del curso) dos grupos de ideas de naturaleza contradictoria. El primer grupo busca el *principium individuationis* en cosas tales como la edad, el sexo, la constitución, la herencia. Por lo tanto, son órdenes vitales, constantes regulares especiales las que modifican el decurso o el cuadro de una enfermedad. En el segundo grupo no nos encontramos con “lo individual” sino con el “individuo” como tal. Aquí se utilizan, casi como sinónimos de individualidad, expresiones tales como personalidad, carácter, sujeto. Encuentro que estas palabras son utilizadas ocho veces en nuestro programa. En realidad, refieren a una esfera inmaterial y de ellas esperamos obtener algo del alma, de la consciencia, algo único, tal vez algo del libre albedrío.

El contraste entre ambos grupos no puede pasar inadvertido. Contiene dos formas muy distintas de solucionar el problema. La primera explica una particularidad individual simplemente como una regularidad singular. Porque si, por ejemplo, Curtius (1934, 1938) muestra que el tabes transcurre de manera diferente según el tipo de constitución corporal, entonces nos encontramos simplemente con una superposición o entrecruzamiento de dos regularidades, a saber, la del tipo de enfermedad y la del tipo constitucional. Por lo tanto, esta solución satisface al pensamiento científico natural en el cual no existe una ciencia sin una regularidad, o una ley. La otra solución considera a la variabilidad o a la plasticidad, o sea al cambio de la función, prácticamente como precondition de cualquier particularidad o rendimiento más elevado. Si todos fuésemos idénticos no habría razas, ni rendimientos excepcionales, ni bellezas extraordinarias, ni grandes hombres. La fisiología clásica prácticamente no ha sido capaz de hacerle justicia a esta cuestión, dado que expresaba lo idéntico partiendo de las funciones.

Por lo tanto, lo único que tienen en común ambas formas de pensar, es que quieren resolver el problema de la individualidad; quieren superar la omisión de la consideración de la individualidad, propia

del pensamiento científico, que fue, si bien no de manera inevitable, la cuota hereditaria de la forma clásica de la fisiología y muchas veces también de la patología. Pero si esta superación realmente es la meta que tienen en común, es muy dudoso que la primera solución, la dé una superposición o entrecruzamiento de varias regularidades, sea suficiente. Según mi propia convicción se trata de un nivel necesario, pero no de la verdadera respuesta a la pregunta que se ha planteado. Porque podemos advertir una tendencia de llegar a la segunda solución pasando por la primera. Es que el ser humano se busca a sí mismo. Es así que la investigación que parte de las leyes individuales conduce a la investigación individual personalizada —así podríamos definir ambos niveles.

Como un ejemplo para la regularidad individual, podríamos considerar a la especificidad del agente patógeno bacteriano. Si acaso tenemos en cuenta la vieja discusión acerca de los bacilos de la tuberculosis, o las más recientes acerca del estreptococo viridans, entonces tenemos que decir de esta especificidad, que sólo representa un alto grado determinado de probabilidad. En la zona limítrofe de la raza su disposición, caracterizada por sus particularidades, gira en círculos. Si en una septicemia se encuentran estreptococos verdes, pero el enfermo no se muere, sino que se cura, puedo decir: —por lo visto no se trataba de un estreptococo viridans Schottmüller— de esta manera la característica y la especificidad patogénica giran en círculos. En otras palabras: la unidad de la enfermedad no procede únicamente del agente patógeno, ni sólo del cuadro de la enfermedad, sino de una determinada correspondencia entre ambos. La unidad de la enfermedad es un concepto clínico y no está sujeto a un signo o a una cualidad, sino que se trata de un conjunto de acontecimientos que forman una unidad. Es probable que aquí tengamos que atenernos sobre todo a representaciones como las que formula Jürgens (1919).

Sin embargo, si transferimos la especificidad sobre una *correspondencia* entre organismo y agente patógeno, en lugar de hacerlo sobre *un único* factor, ya ha sucedido algo muy significativo. Porque en la medida en que en la patología individual se considera que factores

simples son suficientes, para la fundamentación de lo individual, se agrupa una colección de factores muy diferentes y de muy distinto valor. En el caso de una epidemia de fiebre tifoidea, como puede surgir durante una guerra, no encontramos sólo el tifus abdominal con paratífus A y B; vemos las etapas cuantitativas desde el portador afebril del bacilo, pasando por el que tiene fiebre un solo día, formas breves “gripales”, hasta los casos graves y letales; vemos las diferentes formas de meningotífus, neumotífus, nefrotífus, de las metástasis en el periostio, en la médula ósea, en la tiroides; junto a la forma clásica de decurso, la forma recidivante, las formas crónicas. Se trata de particularidades individuales que son del tipo bacteriano, cuantitativo, órganoespecífico, y distintos por su decurso, o sea que acorde a la biología tienen un valor muy diferente. Sobre todo, el año pasado y este año, esta cuestión llegó a tener gran actualidad en el caso de la encefalopatía diseminata, que ya se considera una epidemia. Probablemente se trata de una enfermedad virósica, en la cual vemos una variedad de cuadros meníngeos, hemorrágicos, pseudotumorales, semejantes a la esclerosis múltiple, polineuríticos y oftálmicos, que aquello que se cree pertenece a un conjunto unificado, en la literatura mundial ya recibió prácticamente sesenta nombres diferentes.

Dado que se sabe muy bien que para tales trabajos estadísticos en la mayoría de los casos no se han encontrado explicaciones suficientes, nos preguntamos si no podría ser fructífero partir de un enfoque de pensamiento por completo diferente. Porque si la individualidad es ubicada en una correspondencia entre el agente patógeno y la predisposición, entonces para que ocurra la enfermedad tiene que haber un tercer factor: el que una parte va al encuentro de la otra. ¿Pero cuál es la condición para esta correspondencia? Podría ser que aquí se trate de un hecho de la naturaleza que no puede ser atribuida a circunstancias objetivas, sino que siempre sigue siendo subjetiva. La suposición de la atribución objetiva, mencionada en primer término, es tan poco demostrable como la imposibilidad de dicha atribución.

El que un sujeto, por ejemplo, en la forma de un Yo humano, debiera ser incorporado como formador de la enfermedad, eso lo han

afirmado patólogos que no corren el riesgo de ser considerados poco científicos. Mencionaré sólo a Ludolf Krehl. La cuestión se dirime más bien respecto de si este sujeto pertenece a la ciencia o no. No puede ser aclarada, si no se puede decir qué es un sujeto, y voy a tratar, en parte a través de una visión retrospectiva histórica, decir algunas cosas importantes al respecto.

El intento más importante, y también el más popular, de introducir un Yo en la patología, es la así llamada *psicogenia*, es decir, también la psicogenia de las enfermedades *orgánicas*. Podemos afirmar que en la consciencia simple y natural del pueblo que, sin embargo (es de esperar) sigue vivo en todos nosotros, la psicogenia ocupa el primer lugar en la patogénesis. Lo mismo ocurre en las medicinas antiguas o primitivas y con gran entusiasmo en la medicina romántica. Por lo tanto, aquí la enfermedad procede de la preocupación y de la penuria, del miedo y del susto, de la ofensa y del agotamiento, del enemigo, de Dios, del pecado, del médico; deduciendo luego su origen, lo sabemos, del accidente, de la guerra.

Al médico científico, cuyo pensamiento causal ya está establecido de otra manera, el interés, la creencia en la psicogenia comienza de otro modo, surge a través de la impresión casuística. Más o menos así: un niño se asusta por el ataque de un perro y dos días después se enferma de meningitis. Otro niño está presente cuando su hermanita es atropellada por un automóvil y se enferma de encefalitis. Una mujer mayor enferma de insuficiencia cardíaca cuando su hija enferma de cáncer de mama. Una hija de cincuenta años, que toda su vida vivió con su padre, se enferma de cáncer de estómago cuando este muere a los 80. El valor de convicción que tiene cada uno de estos ejemplos casuísticos es muy desparejo y a propósito evité la forma más impresionante. Desde hace mucho tiempo hemos prestado atención a estas cuestiones y encontramos innumerables ejemplos, algunos buenos y otros no tan buenos. Y afirmamos: el resultado de elaborar una base estadística con estas impresiones casuísticas de psicogenia; no es muy satisfactorio. De este hecho podemos extraer algunas conclusiones. De todos modos, tal vez valga la pena indicar cuáles son las enfer-

medades en las que se encuentran en abundancia los ejemplos de una psicogenia impactante y en cuáles no tanto. Si formamos tres grupos, entonces se encuentran a la punta ciertas enfermedades infecciosas como la angina, la apendicitis, la gripe, la sinusitis. Tampoco se negará que las exacerbaciones de la tisis pulmonar también pertenecen a este grupo. En segundo lugar, deberíamos mencionar sobre todo los trastornos que transcurren en forma de crisis como los de la vesícula, de los uréteres, angioespasmos, procesos gástricos y entéricos, catarros, asma, Basedow, diabetes. En último lugar nombraríamos ejemplos como el neoplasma, las esclerosis y las degeneraciones primarias.

Ahora bien, en tanto y en cuanto la psicogenia no significa otra cosa que un impulso disparador, una contribución causal a una patogénesis que por lo demás ya está determinada, es algo muy grosero y sin importancia significativa a largo plazo. Si preguntamos por la fundamentación científica ésta, como es sabido, fue intentada sobre todo pasando por la fisiología de la expresión de los *afectos*. Conocemos los intentos realizados por von Bergmann (1913), Heyer 1921a, b; 1923, 1924) y, finalmente con los experimentos de Pavlov en animales, se explicó la neurosis orgánica y también la psicogenia de las enfermedades orgánicas.

Sin embargo, Pavlov se opuso apasionadamente a esta interpretación psicológica de sus trabajos, y lo puedo comprender muy bien, si bien por otra razón. En sus experimentos es posible adiestrar al perro en cuanto a su secreción gástrica, tanto en relación a una señal de campana como a una señal luminosa. ¿Es que aquí todavía existe la psicología? ¿es esto psicogenia? Me parece que esta mecánica violenta de adiestramiento más bien demuestra lo superfluo de la psicología; al menos se encuentra al borde de la psicología.

Los más expertos entre los psicoterapeutas perciben cada vez más: el simple disparo o inicio de una enfermedad prácticamente no merece el nombre de psicogenia; el simple adiestramiento acorde a una señal todavía no es psicoterapia. La fundamentación del problema psico-físico sólo a través del experimento de Pavlov, no sólo sería muy pobre sino además equivocado. Las cosas serían muy diferentes

si se pudiera comprender desde el punto de vista psicológico por qué precisamente *ésta* enfermedad, por qué precisamente *ahora*, y por qué precisamente con *este* decurso y resultado precisamente en *ésta* persona.

De esta manera hemos desembocado en el *sentido* de la enfermedad. Aquello que desde siempre fue afirmado por la intuición romántica, la sabiduría espiritual, el arte de la analogía y de los símbolos; una síntesis entre el animal, la planta y el cosmos, tiene que ser una señal de una necesidad indiscutible pero también, *indudablemente*, de un mundo oculto detrás de nuestro mundo científico natural. Esto lo tomo tan en serio que lo considero como lo más esencial. Pero generalmente estamos impedidos de descender “hacia las madres”<sup>49</sup> y no podemos esquivar el método: tenemos que trabajar “a la luz del día”<sup>50</sup> como dicen los mineros.

Si, por ejemplo, toman el libro de Heyer (1932) titulado “El organismo del alma”, tendrán mucho deseo de conocer el sentido anímico de las enfermedades del tórax o del estómago que habita en la profundidad del alma. Atrapado por la impresionante verdad de una mirada como esa, por un tiempo uno se olvida los numerosos casos en los cuales uno no comprendía por qué una persona tenía precisamente esta enfermedad y de esta manera. La consecuencia era una desilusión y uno decía otra vez: —la psicogenia es rara y por lo general inespecífica—. Es que la explicación psicológica no progresa. El problema alma-cuerpo sigue sin solución.

Quiero expresar una opinión determinante acerca de este punto. Cualquier tratamiento de las relaciones psicofísicas que parte de la premisa acostumbrada, o sea del pensamiento causalista o del paralelismo, rinde poco fruto. En el fondo nadie pudo jamás representarse la manera en que la psiquis tiene un efecto sobre una función fisiológica, sobre cualquier célula. Al fin y al cabo, es así: si quiero atrapar *una esfera* tengo que abandonar a la *otra* y viceversa. Hay que partir

<sup>49</sup> Comillas de la traductora.

<sup>50</sup> Comillas del autor.



de allí y por el momento una imagen puede mostrar de qué se trata. Digamos que el cuerpo (Leib) y el alma se comportan como dos jugadores de ajedrez. Si soy uno de ellos no puedo ser al mismo tiempo el otro. De lo contrario, yo sabría cómo reaccionaría el oponente a mi jugada, pero en ese caso no habría partida. La incertidumbre de la jugada contraria es la condición metódica previa de este juego; por lo tanto, existe un *indeterminismo metódico* como condición real de un acontecimiento como este. Esta misma situación se da en el acontecimiento natural que llamamos vida. Para su investigación metódica no podemos simplemente abstraernos de ello. Sólo lo podemos seguir de manera adecuada si tenemos en cuenta este indeterminismo metódico, esta imprevisibilidad real.

Ahora bien, en primer lugar, esto significa que no tenemos que explicar los procesos, sino relatar los acontecimientos. Simplemente relatamos cómo transcurrió la partida de ajedrez, cómo se alternaron las movidas de las fichas blancas y negras. Sólo anotaremos lo que pertenece a la partida y omitiremos lo que no es esencial. Nos esforzaremos en relatar todo lo que indica y conduce hacia el *único* acontecimiento que es *ésta* enfermedad y ninguna otra cosa. De esta manera lo que se forma es una suerte de biografía, un bosquejo de la enfermedad. No aceptaremos una limitación a *determinados* afectos, pulsiones, motivos, como solía ocurrir en la investigación psicogenética más antigua. Incluimos todo lo que aparentemente contribuye. Con ello evidentemente se rompió el marco de la “sólo-psicología”<sup>51</sup>.

¿Qué aspecto puede tener una biografía de la enfermedad conformada de esta manera? Daremos un breve ejemplo: una joven violinista se sometió a un régimen de comida extremadamente radical por su tendencia constitucional a engordar. A continuación, sufre una depresión, surge un conflicto grave con sus padres y trata de envenenarse con monóxido de carbono. Esta crisis es relevada luego por una infección febril que transcurre con dolores en el hombro derecho. Una vez curada, el brazo derecho, que al ejecutar el violín ya venía acusan-

<sup>51</sup> Comillas de la traductora.

do fatiga, se vuelve prácticamente inutilizable y le diagnostican una *parálisis total del músculo serrato* derecho. Ahora se separa de los padres, vive con una amiga y se encuentra en un aceptable equilibrio anímico, pero la capacidad laboral está amenazada. El serrato es el músculo de la conducción del arco del violín. Considerado como patogénesis de una neuritis del nervio *thoracicus longus*, aquí se unifica todo lo que se aduce en el caso de las neuritis: una anomalía constitucional del metabolismo, un envenenamiento, una infección, una localización en una zona muscular anteriormente sobreexigida (teoría del desgaste de Edinger, 1908) una psicogenia. A esta última la encuentro con mucha frecuencia en las neuritis (por ej., en las parálisis faciales). ¿Cuál de estos momentos tiene la preferencia? ¿En realidad por qué alguno de ellos ha de tener preferencia? Aquí lo esencial consiste simplemente en una convergencia hacia un resultado final común. Esto de ninguna manera significa una arbitrariedad carente de estructura al componer las fuerzas convergentes. Por el contrario, aquí siempre surgieron ciertas reglas dinámicas. En nuestra partida existen, por decir así, reglas de juego y, desde el punto de vista metodológico de la patogénesis biográfica, esperamos alcanzar alguna vez un plan básico más completo y más útil. Destacaremos aquí algunos puntos.

En el ejemplo de la parálisis del músculo serrato, resulta especialmente notable la *convergencia* de diferentes momentos y esto sería una primera ley de la estructura. Para ella por ahora no existe ninguna explicación y, sin embargo, tiene que estar *preformada*, (el encuentro del factor externo con el interno no es casualidad). Además, el *entrelazamiento* entre las crisis psíquicas y los trastornos corporales es significativa. Pareciera que se sustituyen unas a otras y también daría la impresión que preparan transformaciones en la forma de vida y las decisiones vitales.

Un ejemplo fue hace tiempo el presentado por Dreyfus (1908) bajo Krehl, cuando investigó la alternancia entre depresión y enfermedad del estómago. El médico internista suele instalar de alguna manera algún momento psíquico en la patogénesis orgánica. Aquel que tiene una orientación psicológica, procederá de manera inversa.

Ahora bien, en primer lugar, la instalación de un episodio orgánico en el completo desarrollo anímico llamó la atención durante el tratamiento de las así llamadas neurosis puras, y un ejemplo para lo que queremos decir es lo que sigue. Una enferma de neurosis obsesiva (obsesión de lavarse, ordenar, etc.) es tratada psíquicamente. Cuando las resistencias anímicas llegaron a un punto culminante crítico y el tratamiento se iba a interrumpir, la paciente enferma de apendicitis y es operada. Luego de la recuperación aparecen recaídas neuróticas leves que también fueron tratadas psíquicamente y que mejoraron. Cuando se decidió la definitiva alta de la clínica, ésta se retrasó nuevamente porque apareció un absceso en las glándulas sudoríparas al que le siguió un forúnculo. Luego la enferma siguió prácticamente sana por más de dos años y totalmente apta para trabajar. Dos años más tarde sigue una recaída de la neurosis obsesiva; vuelve a someterse a una psicoterapia, en cuyo transcurso nuevamente se presenta una crisis psíquica. De nuevo la enferma pide el alta de la clínica, pero al día siguiente tiene una angina (el apéndice ya no estaba disponible); a la angina le sigue un carbúnculo en el muslo y luego un absceso en las glándulas sudoríparas. Después de la recuperación sigue una leve recaída en la neurosis, que mejora después de un tratamiento psíquico. La enferma vuelve a estar capacitada para trabajar. La simetría de los desarrollos, separados por intervalos de dos años, es tan clara como la misma ley del transcurso: tensión anímica creciente –crisis terapéutica– peligro de derrumbe –cambio brusco hacia una angina o apendicitis– reconstrucción apenas suficiente de la neurosis –segundo cambio brusco hacia una infección inofensiva– nuevo equilibrio anímico.

Al psicoterapeuta le llamó la atención que los enfermos que se encuentran ante el derrumbe de su neurosis se precipitan en una enfermedad infecciosa y de esta manera, por el momento, evitan abandonar su actitud psíquica enfermiza. El nivel de inmunidad desciende cuando mejora la neurosis y viceversa. A veces alcanza la simple pérdida del apego anímico al médico, el amparo en el ambiente de la clínica. Es así que una angina antes del alta suele ser bastante frecuente.

Si es que aquí aparece algo así como una sustitución o un reemplazo de algo psíquico por un acontecimiento somático, entonces hemos concebido el entrelazamiento psíquico mencionado a través de un concepto estructuralmente claro y dinámico. Las cuestiones del principio de equivalencia psicofísica son muy interesantes. En la teoría de percepción y movimiento juegan ahora un papel muy importante. El objeto, la acción, se forma en la medida que, de acuerdo al principio de la puerta giratoria, el sujeto y el objeto entran y salen. Con una pincelada más fina debería rellenarse el croquis grosero, para que la capacidad expresiva del cuerpo pueda volver reconocible aquello que pugna por aparecer. Sólo en miras de la patología todavía hay que agregar, que las oscilaciones entre la formación de síntomas psíquicos y (sus equivalentes) somáticos también pueden solidificarse a la manera de una ola que permanece detenida. Entonces obtenemos el círculo vicioso de la enfermedad. Inmerso en este círculo el enfermo hace voluntaria y permanentemente, aquello que mantiene la enfermedad. Se trata de las equivocaciones del instinto que todos conocemos: como cuando el que tiene una insuficiencia cardíaca bebe cada vez más, el diabético anhela cada vez más los dulces y la persona que sufre de anorexia de origen hipofisario se entusiasma con la austeridad y el ayuno. En estos casos el círculo vicioso se forma de modo que un estado de ánimo casi neurótico sustituye al acontecimiento somático, que en una situación normal hubiera conducido a la gratificación. Por lo tanto, aquí se satisface la dirección equivocada de la pulsión, no la pulsión en sí misma. En el caso de la anorexia endógena, por ejemplo, la pulsión de alimentación está direccionada de manera perversa hacia la abstención, en lugar de orientarse hacia a la nutrición. A esto le corresponde la enfermedad anoréxica. Por eso no es sorprendente que tantas veces fracasa el tratamiento sustitutivo con hormonas estimuladoras del apetito. Si se logra revertir esta perversión de la pulsión por el camino psíquico, los enfermos se curan y para ello puedo presentar numerosos casos excelentes.

Con estos ejemplos nos hemos acercado mucho a la verdadera función fisiológica. Pero el punto de partida era la enfermedad como

acontecimiento unificado. Resumiendo, podríamos decir que la psicogenia, en el sentido causal del impulso inicial, es un fenómeno insignificante por ser demasiado vacío. Sin embargo, en la patogénesis biográfica, a partir de la psicofísica meramente causal o meramente paralela, se desarrolla una teoría correlacionada más rica y estructurada. Aquello que parecía ser un simple estímulo o una fractura, se revela luego como un dramático cambio de posición en un combate librado entre manifestaciones corporales y anímicas. Parecen luchar como si se tratara de dos jugadores de ajedrez, lo que no harían si la imprevisibilidad de la próxima jugada no perteneciera a las reglas de juego. Precisamente en este punto, a saber, en el del indeterminismo metódico, resulta inevitable y esencialmente científica la introducción de la subjetividad de los seres vivos. No se les escapará que uno se ve inclinado a pensar en ciertas analogías con la física moderna, pero no necesitamos ceder a esta tentación. Lo cierto es que esta forma de concepción dramática, estimulará y animará a la investigación y al pensamiento clínico y médico a incursionar por nuevos caminos. Una característica esencial de nuestra concepción psicofísica es, por ejemplo, el camino desde la clínica con orientación patofisiológica hacia el departamento de la terapéutica laboral, en suma, conducir al enfermo desde la sala del hospital al aire libre, a la luz del día, al cambio de situación, al cambio en la ocupación. La imagen de la patogénesis dirigida, convergente y biográfica, de todos modos, se aleja de la causa particular y se dirige a la comprensión de que la curación no se obtiene a través de un factor de curación, sino a través de un cambio general *del sentido*, que si es necesario deberá lograrse a través de una conmoción general. A la enfermedad como unidad rica de acontecimientos deberá corresponderle la terapia como un cambio radical rico de acontecimientos. Así también opina el procedimiento de la medicina naturista bien entendida.

Pero también nos preguntamos acerca de las consecuencias para el análisis de los trastornos de la función en sí misma. Aquí hay que decir que en el análisis de la *función* se perfila una comprensión que es análoga a la de la patogénesis. Aquí el indeterminismo metódico nos

ayudará a entender una inconsecuencia bastante importante del punto de vista práctico, me refiero al abismo que existe entre el examen de una función particular y la apreciación de una capacidad para el trabajo, una aptitud laboral. También aquí la cuestión comienza con que, durante el análisis de una función, por ejemplo, una sensibilidad para los tóxicos o una sensibilidad para la luz, en principio uno no se encuentra con una subjetividad, sino con inconstancias que son interpretadas como desvíos individuales. Pensemos, por ejemplo, en la valoración de un cuerpo digital. La experiencia nos muestra que la sensibilidad también se modifica de acuerdo a leyes reconocibles, que puede revertirse o cambiar. Pensemos, por ejemplo, en la visión inducida de colores, en las leyes del contraste, o en los trabajos excelentes de Dale (1953) sobre tóxicos vegetativos. El efecto depende del estado de ánimo, es decir, de aquello que precedió en el órgano. Se habló de una ley del valor de inicio (Wilder, 1931) y la vieja ley de Weber-Fechner (Fechner 1860), ya es una ley como esa. En la patología conocimos cosas como la sensibilidad elevada del corazón enfermo para la digitalis, la sensibilidad disminuida para la atropina del Parkinson. En neurología la labilidad de los umbrales y el cambio de función de los órganos de los sentidos.

Hasta ahora el único cambio en relación a la forma de comprender de las ciencias naturales clásicas, es que las funciones, en las que se buscaba una constancia elemental, son inconstantes porque dependen de otras funciones. Entonces el desvío individual es expresión de una regularidad de segundo grado.

Una transformación decisiva recién se produce cuando las funciones tienen que ser utilizadas para la organización de rendimientos, para la síntesis de acontecimientos patológicos unificados. Porque en ese caso las funciones tendrán que ser contempladas en la *asociación* con otras funciones; deberá considerarse a los órganos entre los órganos. Lo novedoso consiste en que una unidad de rendimiento, digamos, por ejemplo, una capacidad de trabajo de un minero o de un piloto de avión, de ningún modo se puede deducir del análisis de la función. ¿Por qué? Porque no se sabe si la función estudiada de

forma aislada en la asociación con otras funciones permanece igual. Actualmente se sabe, por ejemplo, que la excitabilidad del órgano vestibular aislado es mucho más grosera que en la asociación con el ojo. Por el contrario: todo indica que en la asociación cambia, a raíz de su labilidad aumenta o disminuye. Pero no se sabe cómo ni cuánto. Para estudiar a la función tuvimos que aislarla. Ahora bien, si tengo que renunciar al aislamiento entonces ya no la conozco bien. Para conocer el rendimiento del minero o del piloto de avión tengo que verlo trabajar a *él mismo* y sólo *a través* de él mismo observar a la función. Para eso no sirve una determinación de la elasticidad de la pared de sus arterias, sino la prueba en el campo, con la herramienta, en la montaña, en el aire.

Esta situación todavía no depende necesariamente de la psicología. El sujeto todavía está oculto. Pero en cierto sentido esta situación se asemeja al juego de ajedrez. Si juego con las fichas blancas no puedo predecir cómo va a mover sus fichas el jugador negro, para saberlo primero tengo que mover la ficha yo. No puedo predecir *cómo se comportará* mi función como tal; tengo que incluirla en su asociación, en el rendimiento práctico. Si, por ejemplo, la aílo de manera experimental, entonces puedo predecir la función, pero no lo puedo hacer con el rendimiento utilizado. Si pruebo el rendimiento entonces renuncio al aislamiento de la función y con ello a su regularidad. Por lo tanto, el indeterminismo metódico es esencial para mi relación con mi función. Este juego alternante entre análisis experimental y realidad vital se determina de este modo: si contemplo las cosas sólo desde lo somático, entonces tengo que renunciar momentáneamente al punto de vista psicológico; si las contemplo desde la psicología, entonces, en ese momento tengo que omitir el aspecto somático. Sólo a través de las idas y venidas de esta puerta giratoria se puede experimentar a lo vivo.

Por de pronto estas formulaciones apretadas ya no parecen ser biología, sino más bien teoría del conocimiento. Sin embargo, se trata

de la realidad en sí misma. Porque ahora se puede conocer lo que la naturaleza hace del “cambio de vía”<sup>52</sup> de las funciones.

Resumiendo: “*lo individual*”, en cuanto superposición típica y clásica de dos o más regularidades, es sólo un primer grado de “la individualidad”, es al menos una primera superación de la fisiología carente de particularidades. Sin embargo, *la individualidad* se refiere a algo único, a una unidad plena de acontecimientos, a un paso hacia un valor más elevado. Si la investigación de la naturaleza se enfrenta con esto, entonces ya no es decisivo para la función lo que es constante y regular, sino aquello de la función que es variable, indeterminado y con ello nuevamente deberá ser evaluado de modo diferente.

Esta variabilidad posibilita las improvisaciones originales que siempre vuelven a ser construidas y a partir de las cuales vive lo que está vivo. Sin embargo, las improvisaciones no se deducen a partir de una percepción puramente pasiva: *tenemos que participar del juego para conocer el juego. Porque el objeto de la biología, es un objeto que en sí mismo contiene un sujeto —como nosotros. De este modo el cambio de la función es la condición, pero el núcleo de la individualidad es la subjetividad.*

<sup>52</sup> Comillas de la traductora.





## La estructura neurótica en las enfermedades del estómago y del intestino<sup>53</sup>

Como si fuera Tales de Mileto<sup>54</sup>, el señor Kraus desarrolló ante ustedes una concepción del aspecto materialmente comprensible de los procesos neuróticos. Si entiendo bien, la organización de este tercer día del congreso debería dirigirse ahora a las cuestiones de la clínica y de la terapia y a aquellas situaciones médicas en las cuales no podemos esperar la maduración de aclaraciones y explicaciones científicas, pero donde nuestras convicciones y fundamentos espirituales; adquieren una importancia tan decisiva frente a la realidad junto al lecho del enfermo.

La delimitación de mi ponencia a través de la fórmula “*estructura neurótica en las enfermedades del estómago y del intestino*”, ya representa una deducción a partir de los desarrollos más recientes que se han realizado respecto de nuestro problema. La gran pregunta que plantea todo enfermo que tiene molestias intestinales, si es de origen somático o psíquico, una oposición que ya aparece en la primera discusión de Leube y Ewald 1884, hoy en día siempre se prefiere decidir con: “tanto lo uno como lo otro” y no con: “o una cosa o la otra”. Con esta solución resulta estimulante una tendencia metafísica de nuestros tiempos, que quiere volver a establecer la unidad ininterrumpida de cuerpo (*Leib*) y alma también en las ciencias que estudian los procesos de la vida. Se trata de una sumatoria de observaciones que son determinantes y definitorias para el médico clínico, que ya no se

<sup>53</sup> Viktor von Weizsäcker (1927) *Gesammelte Schriften*, tomo 6, Editorial Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986.

Traducido por Dorrit Busch.

<sup>54</sup> Tales de Mileto (623-540 a.C.) fue un filósofo y gran pensador griego que además incursionó en las matemáticas, la geometría, la astronomía y la física. Entre sus aportaciones más importantes destacan el nacimiento de la filosofía como pensamiento racional o el principio de semejanza.

pueden agrupar en el sentido de una alternativa: somático o psíquico. No obstante, el abismo que existe entre el verdadero espíritu de las teorías psicológicas de la neurosis, por un lado, y la comprensión puramente internista de estas cosas, por el otro lado, es enorme. Precisamente por eso, el sentido de la tarea que me han encargado es la de averiguar qué se puede afirmar razonablemente en el sentido de una unidad que abarca tales contradicciones. El que no ocurra nada anímico sin que se exprese, también, no sólo en la corteza cerebral, sino en el organismo entero, para ello ya existe hoy en día un material de observación inabarcable y, si la validez de la afirmación se sostiene con firmeza, también sería válido lo inverso, o sea, que no ocurre nada corporal sin que en algo participe el fenómeno psíquico. Es que, si en el caso de los enfermos del estómago se encontraban cada vez más casos de úlcera a medida en que progresaba la técnica, esto no podía considerarse como una victoria de los “orgánicos”; sin embargo, significaba una victoria de los psicólogos, en la medida en que nos enseñaban cada vez mejor cómo comprender y encontrar los entramados anímicos. Y el que la vinculación de las manifestaciones psico-neuróticas y anátomo-fisiológicas, es característica justamente para la úlcera, este conocimiento significa, como señaló acertadamente von Bergmann, una verdadera inversión de las opiniones anteriores basadas en una alternativa. De este modo al menos hemos establecido para la discusión esta base y esta aclaración, que desemboca en una cuestión adicional: ¿cómo podemos vincular nuestro saber acerca de la estructura de la psiquis neurótica con aquello que trajo a la luz la anatomía, la fisiología y la clínica observadora sobre los sucesos corporales?

Con ello no subestimamos las dudas que surgen en muchas personas en relación a semejante suposición. No estarán dispuestas a aceptar un paralelismo estricto de ambas series, ya que existen muchas úlceras sin neurosis psíquica y dado que hay tantas molestias intestinales que transcurren sin que se presenten trastornos de los procesos motores y secretores que podrían ser alcanzados por nuestro método. Esta es la primera dificultad. Claro que la labilidad de los procesos

paralelos precisamente vale como característica de la neurosis. Sin embargo, esta aparente falta de regularidad constituye el principal obstáculo para nuestro entendimiento y conduce a innumerables construcciones accesorias que, sin poseer un verdadero fundamento, abruman de mala manera a la literatura. De todos modos, se ha podido destacar una serie de leyes biológicas, bien fundamentadas, que son muy valiosas para la comprensión de ciertos factores individuales de un cuadro clínico. Recordamos el gran pensamiento de Pavlov, la fisiología de la expresión de los afectos, las reacciones vasomotoras y autónomas y los cambios de ánimo, con sus consecuencias para los diferentes órganos como, por ejemplo, en el caso del ataque epiléptico, la úlcera, las nefropatías, etc. Hoy sabemos que el estómago es un excelente órgano de expresión para los estados de ánimo; que su movimiento y su secreción reflejan el mismo proceso general biológico que, desde el punto de vista psíquico aparece como apetito. La teoría de Pavlov tiene dos aspectos, de los cuales sólo uno se expresa en su diferenciación entre reflejo condicionado e incondicionado. La expresión "reflejo" limita el pleno contenido de sus experimentos, porque la condición del reflejo condicionado no se encuentra sólo en el agregado de un estímulo sensorial, sino en la realización de una curiosa, y en cierto modo apasionada, emoción del alma. Y ésta sólo ocurre si *la totalidad de la persona* se comporta de modo de que pueda ocurrir. Sólo si se tiene en cuenta de que debe existir un comportamiento general y una disposición, se puede comprender que el flujo del apetito puede ser perturbado por innumerables factores alejados (y tal vez partiendo de cualquier parte del cuerpo). Es probable que en esta disposición general encontremos una explicación acerca de por qué en la neurosis la perturbación de la función puede ocurrir de modo tan variado e inabarcable. Actualmente se posee un rico material de observación sobre las posibles perturbaciones del así llamado reflejo condicionado que, por lo tanto, no deberíamos llamar reflejo, sin tener en cuenta la disposición general.

Pero si en este sentido se contempla a la neurosis como una des-  
certada disposición general de la persona, en la cual el síntoma sim-

plemente representa el proceso particular que se impone y es casualmente observable, entonces es legítimo que el análisis clínico también sea un análisis de todos los factores particulares. No obstante, no se podrá atrapar el punto decisivo si sólo se acumulan los innumerables factores que se tienen que juntar sin determinar una postura general.

Un análisis como ese, puede tener este aspecto: un enfermo de constitución asténica y carácter introvertido que sólo ama la música, se vuelve artista. Luego tiene que ir a la guerra, se enferma de úlcera, fracasa ahora en la música, su éxito se derrumba. Ahora le dan un trabajo como empleado y allí fracasa más que nunca, se vuelve impotente, se enferma de una recidiva de la úlcera y contrae una neurosis grave. Aquí se combinan factores heterogéneos que fluyen de manera anárquica desde todo un orden universal para presentar, sin embargo, el cuadro tan típico de la neurosis. Porque también los factores psíquicos que se consideran en estos casos son por lo general muy heterogéneos. Se aducen causas constitucionales y traumáticas, actos fisiológicos afectivos y psicológicos de expresión, tendencias plenas de sentido y acciones simbólicas, mecanismos conscientes e inconscientes.

Todos estos análisis de los factores, y subrayo los trabajos destacados de von Bergmann (1913, 1924), Heyer (1924; 1925a, b), Hansen (1924) Katsch (1913, 1926), comparten la idea de que se pueden comprender determinaciones individuales en la estructura de la neurosis, o sea que se pueden comprender factores individuales. ¿Pero cómo es que el cuadro general puede ser tan extremadamente típico, si la etiología y los factores son tan heterogéneos? Por más clara que sea la historia clínica individual, no se vislumbra un plan básico de la neurosis que tenga validez general y que no sólo satisfaga la necesidad científica, sino también justifique la unidad clínica del concepto de neurosis. Y nosotros queremos perseverar en la idea de esta unidad, en que la neurosis o lo neurótico, son algo típico y especial. Si se trata de una enfermedad, y en qué sentido, será tema de discusión.

*¿Pues entonces qué es en realidad una neurosis?* Como médicos internistas generalmente nos encontramos con la tremenda obligación

de que suele ser presentada como neurosis orgánica y que somos enfrentados de lleno con el problema que abarca lo psíquico y lo físico. Por otro lado, hoy en día la cuestión de la neurosis no preocupa sólo a nuestro mundo interior personal sino también a nuestra cultura pública. Puesto que sea lo que fuere la neurosis, en el sentido fisiológico o psíquico, sigue siendo válido que alcanza los grandes sucesos como el dolor, el vértigo, la inhibición, la presión, la angustia, la ira y la desesperación, donde colisionan la esfera vital y la moral en una gran problemática; donde chocan la necesidad y la libertad, el Yo y el Superyó, el hombre y el hombre; donde chocan entre sí los mundos de los hombres y donde la ciencia tampoco produce resultados si se conforma con distinciones, en lugar de comprender con mayor profundidad. Creo que, tanto a la moderna psicología de la neurosis como a los intentos de explicación puramente materialistas, se le puede hacer el reproche de que no se le hace justicia *a este* estado de cosas; el reproche del materialismo debería referirse a ambos, cuando no se prefiere prestarle atención a la labor realizada. Charcot, Janet, la línea de Nancy, Freud, Forel, Möbius, Bleuler, Adler, marcan una línea donde, partiendo de la psicología, se realizó un esfuerzo para la investigación de la neurosis, considerándola un desvío de desarrollos anímicos. Este esfuerzo fue recompensado por un éxito magnífico. Sin embargo, la psicología le debe este éxito a la neurosis y, en primer lugar, a que ya no se consideraba a la psicología como una teoría elemental de sensaciones, percepciones, entendimiento, sentimiento y voluntad, sino como *una comprensión humana del hombre*.

Podríamos decir que la psicología obtiene este éxito de la fecundación proveniente de las esferas de la cultura, del espíritu, del sentido común, y *last not least* del conocimiento del corazón humano. Se trata de esferas, que no se encuentran prisioneras de la naturaleza de las ciencias naturales. También lo podemos expresar en términos de las facultades: partiendo de conocimientos realizados en materia de la doctrina moral, de la sociología, filosofía, historia y de la literatura. Es así que en Alemania son consideradas formando parte de la ciencia, pero que, sin embargo, en Francia se contraponen en calidad de

*Lettres a las Sciences.* Por cierto, que la psicología tiene la tendencia de acoger bajo su manto ámbitos como esos. Existen indicios, y es de esperar que el punto culminante de semejante sobrecarga o presunción de la psicología esté superado. Sin embargo, y de este modo se separa la valiosa ganancia de estos procesos, nunca más hemos de olvidar que el enfermo neurótico sólo deberá comprenderse como *el hombre* que se encuentra colocado en la zona de conflicto entre naturaleza y cultura, pulsión y espíritu, vitalidad y costumbre, arbitrariedad y educación, persona individual y sociedad. Estos conflictos forman parte esencial de la neurosis, tal como sus manifestaciones corporales forman parte esencial de ella. De este modo resulta comprensible el carácter todavía vacilante del método y de la teoría de la neurosis, que en los ojos de algunas personas le imprimió a este ámbito, el sello de un periodismo mejor o peor o de la obstinación maliciosa. Tuvimos que pasar por discusiones engorrosas. Se reconoce con facilidad que muchos de ellos no se dedicaron a estudiar y comprender primero, lo que luego criticaron. Las ideas de Freud sobre la teoría de la neurosis representan el intento más completo de contraponer al análisis de los factores que mencioné más arriba, que los médicos clínicos no subestimamos, un pensamiento unitario psico-y metapsicológico, si ustedes quieren, una teoría de la neurosis.

El que Freud descubriera su psicología estudiando a la neurosis, no demuestra que los así llamados mecanismos freudianos tienen una importancia *sobresaliente* para ésta. Lo expresa él mismo cuando dice que “la neurosis tiene siempre el mismo mecanismo, pero, como sabemos, presenta la etiología más variada y muchas veces muy combinada” (1926). Tengamos en cuenta, la conexión que se hace de esta manera con otras posibilidades de la terapia que no son psicoanalíticas. De ningún modo, creo que sea una *causa judicata* que la importancia mayor siempre le corresponda a los mecanismos psíquicos y, si estos figuran en primer lugar, es porque satisfacen en gran medida la necesidad de unificación intelectual del análisis psicológico. Puesto que, si hoy en día alguien se acerca a la neurosis con pantalla de rayos X, química, anatomía y fisiología, no llega muy lejos con su

comprensión *unitaria* y, según dicta la experiencia, es conducido hacia un enorme aparato de hipótesis auxiliares. En este caso el psicólogo realmente lleva la ventaja en la asociación de sus observaciones.

Para fundamentar estas ideas tengo que limitarme a destacar un único punto que, sin embargo, es importante. Se refiere al comportamiento de la *consciencia* del enfermo. Justamente al así llamado neurótico orgánico sólo se le suele presentar a la consciencia una experiencia física y no psíquica de su enfermedad: se siente enfermo físicamente y no anímicamente. Y el terapeuta ingenuo suele tratar de convencerlo con artificios de persuasión, que su sufrimiento es sólo de origen anímico o nervioso, y luego muchas veces no encuentra, y con razón, ni credulidad, ni éxito. Fue necesario un trabajo enorme iniciado por Janet, y colocado en el centro por Freud, para demostrar que la consciencia del hombre no es el observador confiable, el juez impecable de sus propios contenidos, como se esperaba a raíz de las convicciones fundamentales del racionalismo de la época moderna y, que a nuestra consciencia le es dada sólo una *parte* del *sentido* de sus contenidos, y que nuestras acciones poseen más sentido de lo que le es dado a la consciencia. De buena fe alguien puede querer A y, sin embargo, sin ser consciente de ello, conseguir por todos los medios y sistemáticamente non-A. Así pueden surgir en su consciencia incomprensibles contradicciones y malestares afectando la unidad de la persona que, si se manifiestan clínicamente, se denominan neurosis. Podría tratarse de dolores sin origen comprobable, vómitos sin causa, constipación sin un impedimento objetivo. Pero las contradicciones desaparecen de inmediato, si con ayuda de la psicología nos tomamos el trabajo de explorar una tal escisión en personalidades histéricas, nerviosas, neuróticas, acorde a su origen histórico y a su tendencia caracterológica. Entonces se observa que muchas veces es posible comprender unificadamente estas acciones y estos procesos contradictorios, de acuerdo a la génesis y a la actitud interna. Y el éxito obtenido a partir de tal resolución resulta tan impresionante para quien lo obtuvo alguna vez, que tendrá la sospecha



de que también en aquellos casos que quedaron más confusos, la correlación es parecida<sup>55</sup>.

En vista del desarrollo de la cuestión de la neurosis que, repito, no sólo significó una profundización enorme, sino también allanó el camino hacia una comprensión saludable y natural, más humana que científica, en la comprensión del enfermo (recuerdo el equívoco en relación a los problemas de la renta y del accidente y el papel de Strümpell en este proceso de sanación), se destaca la importancia de eliminar la teoría de la neurosis sólo internista, tal como la ha emprendido ahora sobre todo la Escuela de Frankfurt. Es y sigue siendo inútil comprender y tratar una neurosis, partiendo sólo del sustrato material que ofrece un órgano o un sistema de órganos y, en la medida en que sólo se actúa con miras a su eliminación. Sin embargo, el problema perdería su punto crucial, si no se discutiera siempre de nuevo: cómo es que en la personalidad neurótica precisamente se llega a *este* síntoma orgánico y cómo es que precisamente, con muy determinados procesos orgánicos, aparece el comportamiento neurótico. No tengo dudas de que la discusión de la neurosis del estómago también pertenece a la discusión de las enfermedades del estómago, que no sólo existe la *neurosis* del estómago sino también el *estómago* neurótico<sup>56</sup>.

A eso no sólo nos obliga, como veremos, la clínica de la *úlcera* y de las *neurosis de motilidad y de secreción*, pero podemos partir de esos ejemplos. No se sostiene el punto de vista de Möbius (1882) y Strümpell (1902) y luego de Dreyfus (1908) bajo Krehl, así como el de muchos psiquiatras, que en su momento había adquirido tanta importancia, según el cual la así llamada dispepsia nerviosa, no era una enfermedad de los órganos de la digestión. En primer lugar,

<sup>55</sup> La comprensión de que existe una disociación de la persona (que retorna en la terminología de lo inconsciente) muestra la falta de valor y lo equívoco de la afirmación que sostiene que las neurosis son una actitud interna de la *totalidad* de la persona o de las enfermedades, que tienen que ser comprendidas desde la persona como un todo. Esto presupondría que el hombre en particular es una totalidad —una frase metafísica donde lo contrario también puede ser afirmado, *debe* ser afirmado.

<sup>56</sup> N. de la T.: el autor hace aquí un juego de palabras.

porque la úlcera es observable o le sigue con mayor frecuencia de lo que sabíamos; en segundo lugar, porque también sin la existencia de una úlcera se producen modificaciones de la motilidad y de la secreción y, en tercer lugar, porque se notaba cada vez más la importancia de la constitución corporal, de los trastornos vasomotores afectivos y de excitabilidad y de las diátesis endócrinas. Creo que no deberían objetarse del todo los hallazgos de Stiller (1907) si, en lugar de aplicarlos a la génesis de la úlcera, se los aplica a la génesis de las *molestias* que ocasiona la úlcera. Es que el asténico sufre más. Todos conocen el grupo de los enfermos ulcerosos de rostro pálido, puntiagudo, amargado, obstinado, irónico, escéptico o deprimido y su gesto agobiado, y todos conocen la insuficiencia de esta teoría de los tipos. Todavía no estoy seguro cuántas personas “sanas”, que no acusan malestares, tienen úlcera y cuán grande es el error que se introduce de este modo en todas nuestras estadísticas. Me parece que lo fundamental sigue siendo que no se ha encontrado una constitución que fuese *conditio sine qua non* de las patologías ulcerosas, y podría ocurrir que una constitución raramente encontrada para el ulceroso tenga peso etiológico en *el caso particular*; en ello la discusión verbal acerca de *causa y conditio* es totalmente irrelevante. Por supuesto que no conocemos el peso comparativo que tiene la disposición a la úlcera y los momentos que se agregan.

Las dificultades se distinguen con mayor claridad a través de una mirada retrospectiva histórica. Es así que vuelve a surgir el hábito asténico de Stiller con Kretschmer (1921) en el aspecto esquizoide, mientras que Dreyfus (1908) acentuó la dispepsia en el entonces maníaco depresivo privilegiado por la psiquiatría, es decir, en el tipo pícnico planteado por Kretschmer. Pero es probable que entre sus enfermos se encontraban ulcerosos. Jaensch (1926) y von Bergmann (1924) prefieren el tipo B y T, Stoerk (1913) el linfatismo. Sin embargo, en el marco de mi ponencia interesan sobre todo las concepciones psicofísicas, y al respecto sólo quiero decir que los tipos psicológicos, generalmente son comprendidos según el principio de la *oposición* excluyente y que luego son dicotómicos. Por otro lado,

desde el aspecto somático se destacan tipos de conformación y función que son *variantes* del plan básico, pero que no son antagonistas, sobre todo desde que la concepción de Eppinger (1910) no pudo ser puesta en práctica. Esta falencia se vuelve más evidente dado, que desde el aspecto esquizoide se distinguen tres tipos corporales muy diferentes. Por lo tanto, si hasta ahora no se puede determinar una constitución obligatoria para la úlcera, tampoco se puede negar el aspecto constitucional. Por cierto, que la influencia heredofamiliar en las enfermedades ulcerosas y también en el cáncer, es un hecho. Sólo que hasta ahora no pareciera ser muy prometedor buscar lo decisivo en el ámbito de los tipos de constitución corporal o de carácter, sino más bien en el de la *inferioridad del órgano* y el trastorno en el sistema nervioso y, especialmente, en el sistema vasomotor. Pero justo aquí se observa que está poco resuelta la cuestión de por qué el sistema digestivo, y especialmente un sector muy determinado como la boca, el tubo digestivo, el estómago, el intestino o el ano, es montado de manera singular dentro de una neurosis.

De esta manera se destaca cada vez más la pregunta acerca de la *elección del órgano* de la neurosis. Recordamos que, por ejemplo, el estómago tiene que ser considerado como un órgano de expresión de determinadas mociones psíquicas. Lo sabemos por la particular intensificación del apetito vinculada con la presencia del alimento deseado. Pero también sabemos que esto no es ni de lejos el único puente entre las mociones anímicas y las del estómago, sólo que todavía no estamos en condiciones de comprender de manera unificada esta cantidad de observaciones. Sabemos, además, que los intestinos se hacen presentes al ser humano a través de toda una serie de percepciones muy precisas, que se incluyen injustificadamente entre las percepciones sensoriales o los sentimientos. Sin medios científicos el ser humano sólo puede obtener una percepción sensorial objetivada del primer y último sector, mientras que, en todo lo que se encuentra en el medio, una percepción ya es casi tanto como un acto fallido o una enfermedad. Estas percepciones son, por ejemplo: dolor, presión, angustia, sensación de aniquilamiento, vómito, necesidad de defecar,

tenesmo, náusea, hambre, sed, apetito, saciedad, plenitud, vacío, asco, en síntesis: se encuentra una escala muy amplia de vivencias muy impresionantes, cuya raíz sensorial fisiológica es prácticamente desconocida y cuya cualidad psíquica, cuando es experimentada directamente, es muy clara, pero cuyo valor psicológico se encuentra profundamente oculto y es de un interés sobresaliente. Vínculos importantes con el olor y el gusto existen sobre todo con la zona oral, mientras que desde la embriogénesis el polo anal se encuentra estrechamente unido y en vecindad con el sistema urogenital. Todo ello se encuentra al servicio de la nutrición, de la apropiación, asimilación y parcial eliminación del alimento, o sea de una parte bien determinada del mundo circundante.

Instintos, pulsiones y reflejos ordenan este o cualquier otro sector de nuestra organización. Sin embargo, en sentido estricto, nada de esto está en la clara consciencia objetiva, excepto ambos sectores limítrofes, allí donde la piel externa se continúa en las mucosas, los músculos estriados en los lisos autónomos, la localización nítida en la sensibilidad que casi no presenta signos de localización. La masticación y la deglución están al servicio de la incorporación, el intestino grueso y el ano al de la eliminación. El hambre, la sed y el apetito regulan lo activo, la necesidad de defecar u orinar lo pasivo de este balance. El apoderamiento, así como la eliminación de las sustancias nutricionales, son revestidos de premios de placer que, sin embargo, pueden transformarse fácilmente en displacer. El asco se puede acoplar a la función oral o a la anal, la indiferencia y ausencia del ritmo de las sensaciones puede indicar una grave inhibición del suceso pulsional.

Ahora bien: ¿es que este complejo de acontecimientos de la función digestiva, sólo esbozado desde lo externo, no tiene un significado unívoco o, como quiero expresar, *una valencia psíquica específica* en su totalidad y en sus partes? ¿Qué aspectos de la vida anímica corresponden a los rendimientos del estómago, del intestino, especialmente a aquellos que, tal como tal vez se afirma de manera equivocada, normalmente trabajan debajo del umbral de la consciencia? No se ha

comprobado, y personalmente me parece improbable, que su trabajo contribuye a la consciencia meramente en el sentido de las formas sensoriales, porque precisamente factores tan enormes como el dolor, la angustia o el asco o la sensación de aniquilación, que aparece con el colapso intestinal, muestran la importancia<sup>57</sup> profunda que tienen para la economía anímica. ¿Es que no se puede encontrar un puente desde una tal valencia específica de las funciones intestinales hacia el denominador común de la neurosis, que hemos reconocido en *el conflicto vital*?

En pocas palabras tengo que tratar de dar una visión panorámica sobre los *mecanismos psíquicos* generalmente discutidos, para evaluar lo que puede contribuir a lo que hemos visto, remitiendo al mismo tiempo a la excelente visión general que han dado últimamente von Bergmann (1924), Heyer (1914; 1925a, b), Katsch (1926). En primer lugar, tenemos el *trauma psíquico primitivo*, representado por ejemplo por un vómito neurótico, que se desarrolla durante una reunión en una participante, que percibe que de la nariz de la anfitriona cae una gotita en la tetera. En primer lugar, tiene efecto la representación combinada con el asco, en el sentido de Möbius (1894), después la reprimida, en el sentido de Breuer y Freud (1895), donde desaparece la representación, pero permanece el vómito. Luego la *relación de simbolización*, donde la mala relación matrimonial que sin embargo, continúa, es acaso representada por el vómito (v. Bergmann 1924) y donde el *juego de palabras*, en el sentido de Freud (1905), puede determinar el síntoma<sup>58</sup>. En esto no cualquier psicólogo nos va a acompañar, ni pedirá pruebas. Conozco dos casos de vómito neurótico (*Brechneurose*) en situación de mala relación conyugal que sin embargo continuaba, en las cuales al profundizar se encontró una situación de homosexualidad, que en un caso era manifiesta y en el otro pudo ser comprobada como reprimida. Este ejemplo refleja los estratos enre-

<sup>57</sup> N. de la T.: el autor emplea la palabra "Bedeutung" que en alemán significa indistintamente "importancia" o "sentido, significado".

<sup>58</sup> N. de la T.: el autor hace un juego de palabras dado que en alemán "vómito neurótico" se traduce por "Brechneurose" donde "brechen" significa "romper" y también "vomitar".

dados de los cuadros neuróticos *mayores*. A esto se agrega la fijación a la neurosis por ganancia de enfermedad, aspiración a una renta o necesidad de protagonismo, cuestiones que hoy en día, según mi opinión, en amplios círculos son aceptadas con demasiada facilidad como explicación concluyente. El estudio minucioso de la tendencia a la neurosis, muestra que la pretendida renta o el papel protagónico muchas veces son un motivo secundario, que encubre una complicación psíquica más profunda. Aquí tal vez juega un papel una cierta simplificación de la idea de Adler. Sin duda, la inclusión de un síndrome orgánico muchas veces es determinada porque una afección orgánica o una minusvalía del órgano facilita la neurosis, como Adler (1907) ha explicado de manera excelente. Pero debemos destacar que la forma y el lugar de la enfermedad orgánica son muy significativos.

Me parece que aquí hemos tocado un punto importante. Por ejemplo, en el caso del vicio compensado, semejante vinculación con el órgano se observa en raras ocasiones. En el caso de la úlcera de estómago es precisamente nuestro tema, mientras que en el cáncer de estómago nuevamente desaparece de forma sorprendente cuando se profundiza. Y quiero preguntarles si no han notado la frecuencia con la que los enfermos de cáncer, que reprimen su malestar y que, por semejante represión, muestran una ceguera explicable pero incomprendible en relación a la gravedad de la situación, como sucede, por ejemplo, en el caso de los médicos enfermos de cáncer. Von Bergmann (1913) tiene razón cuando observa que en el caso de la úlcera la relación de forma y grado de la molestia no guardan relación con el curso del proceso orgánico, lo que también ha sido demostrado en el trabajo de Walko (1926). Sin embargo, todavía habría que mostrar que aquí no existe un paralelismo psicofísico, sino que la curva de las molestias realmente puede ser explicada desde la psicología.

Aquí también nos encontramos con un problema psicofísico que, a la luz de los recientes desarrollos de la psicología de los sentidos, pareciera ser posible de ser resuelto, pero que en relación a las zonas intestinales sólo puede ser discutido a partir de suposiciones. Porque si profundizamos, vemos que aquello que ingresa a nuestra percep-

ción en forma de sensaciones no sólo depende de la clase e intensidad del estímulo, tampoco sólo de la atención consciente, sino también de momentos que no le son dados a la consciencia, como ser nuestros intereses vitales, las pulsiones vitales, la formación de la persona y la educación del espíritu. *Ellos* también determinan lo que ingresa a la percepción en calidad de sensación y la manera en que ingresa.

El mejor ejemplo nos brinda la psicología del hipocondríaco, que no por casualidad obtiene su nombre a partir de aquella zona que preocupa especialmente a este congreso. Resulta llamativo que, a través de una consideración amplia y sintética, la antigüedad relaciona una organización del carácter y de la personalidad con un lugar anatómico. También la sabiduría popular reconoce al hipocondríaco como una persona solitaria, que en lugar de estar casado con una mujer lo está con sus problemas intestinales, y ya nos encontramos cerca de la formulación psicoanalítica de la organización narcisista y autoerótica de la libido. También la curiosa importancia que adquiere el dinero, la avaricia, la furia coleccionista, las exquisiteces en la comida, en sujetos que ya en su juventud fueron incapaces de entregarse a personas u obras, o a quienes el destino les negó tal capacidad de entrega, fue comprendida en la psicología de las grandes novelas y del análisis como una ley fundamentada en la economía profunda de las pulsiones. Más adelante abordaré tangencialmente las cuestiones más sutiles sobre la unidad y conexión de la organización pulsional y sobre todo la relación entre la pulsión de alimentación dirigida a la autoconservación y la pulsión sexual dirigida a la reproducción que, sin embargo, por ahora deberá ser considerada como enigmática. Por otro lado, resulta muy evidente que en el hipocondríaco el fenómeno moral del egoísmo y el fenómeno pulsional del autoerotismo nacen de una raíz común. Y dada la preferencia en el hipocondríaco por la región intestinal podemos suponer, además, que estas regiones, que le sirven principalmente a la autoconservación, en el sentido de la nutrición, justamente porque le sirven a la autoconservación y no a la conservación de la especie, representan en sentido amplio aquella

valencia psíquica buscada en el sentido de la conservación egoísta de la vida y que ahora también se hacen valer en la neurosis.

Una idea sobre cómo ésta será más convincente, cuando pueda aplicarse también a otros sistemas de órganos. De una realización más completa no se puede hablar, pero creo que al menos se puede distinguir un grupo grande bajo el punto de vista: *¿hacia qué sistema orgánico tienden las estructuras neuróticas características como zona de expresión?* o al revés: *¿cuáles son las regiones psíquicas y sus neuróticas formas fallidas relacionadas adecuadamente con las zonas orgánicas particulares?* Sin embargo, haciendo una síntesis la exposición inevitablemente tendrá el aspecto de un eslogan.

1. *Los sentidos externos, el aparato de locomoción con su musculatura voluntaria y ciertas organizaciones de la cabeza*, son los que soportan los conflictos con el mundo circundante y de este modo se convierten fácilmente en zona de expresión de los así llamados conflictos traumáticos, las neurosis de protagonismo y de tendencia (*Tendenzneurose*). Los síndromes histéricos con sus trastornos en la sensibilidad, las parálisis, etc., representan un caso clásico de este grupo.

2. *Las zonas de transición anatómica* entre la musculatura voluntaria e involuntaria, los sentidos externos e internos, las inervaciones cerebroespinales y autónomas, se ubican sobre todo en el polo oral y urogenital del cuerpo. Lo característico en ellos es que: al tragar, toser, respirar, defecar, orinar o en el acto sexual, la zona gobernada al mismo tiempo por la voluntad y los automatismos autónomos puede volverse conflictiva y puede cambiar de dueño, inclusive en la persona sana. Aerofagia, rumiación, constipación, vómito neurótico y otros, son tramitaciones neuróticas del conflicto entre la voluntad y la autonomía de los órganos y, por lo tanto, ocupan su magnífica ubicación en la organización del neurótico, que se encuentra más bien en la lucha consigo mismo que en la lucha con el entorno. Al conflicto entre las zonas orgánicas que responden a la voluntad y aquellos que son autónomos, le corresponde el conflicto entre el aspecto determinado por lo psíquico racional y el determinado por las pulsiones.



3. En cuanto a la expresividad de la neurosis, las *regiones puramente autónomas*, que abarcan desde el esófago hasta el intestino grueso, son las más insondables, asociadas por completo a lo “profundo de la persona”, si es que puedo utilizar este término. Para una parte de las mociones que hemos mencionado, que todos los normales conocemos, y que predominan en la neurosis como, por ejemplo, la angustia y el dolor, resulta difícil establecer una separación entre los órganos del pecho y del estómago y, en todo caso, tal separación sería cuestionable. Ya hemos mencionado la posición particular de la hipocondría, desde siempre vinculada con el *plexus solaris*, de acuerdo al aspecto psicológico y caracterológico. Por lo tanto, entendemos a la hipocondría como una tramitación neurótica de una lucha existencial interna. Una tramitación neurótica siempre tiene el carácter de un armisticio provisorio o de una capitulación ante las últimas exigencias de la existencia que no pudieron ser vencidas. Pero en el hipocondríaco sistematizado, en lugar de la auténtica conmoción de la verdadera existencia, sobre todo en la experiencia de la auténtica angustia, surge finalmente la ocupación pedante de sus sensaciones que parten de sus órganos internos, en lugar de proceder del interior de su persona. También puede ocurrir la inversa y la dispepsia nerviosa puede transformarse en la melancolía angustiosa, como fue descrito muchas veces desde la psiquiatría.

4. Muchas veces se pensó, y también responde a la teoría que era válida en la antigüedad, que debemos considerar al sistema de los órganos endócrinos y de secreción como regiones expresivas de los así llamados temperamentos. Ya encontraron su lugar en la explicación de la constitución patológica. No sería difícil en algunos órganos, especialmente en los órganos sexuales y en la tiroides, determinar las fuerzas anímicas cuyo conflicto le corresponde al antagonismo fisiológico en el cual se encuentran. Sin embargo, su valencia psíquica específica prácticamente no ha sido estudiada. Cuestiones como éstas conducen luego a la psicología de las intoxicaciones; recuerdo el alcohol, las anestésicas, los opiáceos y la mescalina.

Varias regiones todavía no fueron mencionadas, sobre todo el cerebro. Se sobreentiende que la comprensión aquí expuesta, si bien es compatible con la localización de los procesos de la consciencia en la corteza cerebral, armoniza mejor si consideramos lo anímico en relación al organismo entero.

Ahora bien, si una concepción como esa, a pesar de sus errores, acierta en su planteo básico, entonces se debería lograr también un cierto esclarecimiento de determinados casos clínicos y su agrupación. *Siempre encontraremos la esencia de la neurosis en el hecho de que conflictos vitales fueron resueltos de manera insuficiente*; se puede afirmar que la neurosis es el aspecto médico de la imperfección humana frente a su tarea ante un foro más elevado que el meramente biológico. Se puede decir que en la neurosis la tarea se resolverá en un escalón inferior a aquel sobre el cual estaba colocada. Hay tantas formas diferentes de conflictos vitales; cada uno tiene el suyo personal. No obstante, se pueden distinguir diferentes tipos. Ciertos rasgos básicos son comunes a todos. Es así que cada neurosis posee un elemento individual, típico y uno universal. Todas tienen el hambre y la pulsión sexual. Los tipos se generan en el conflicto por prestigio en el mundo, prestigio ante la conciencia moral, la lucha por la libertad de las pulsiones en relación al orden de la sociedad, la lucha por la conservación de la vida, de la propiedad y de lo amado, la lucha por el dominio del Yo sobre sus partes. Pero el cuadro de la neurosis recién adquiere el color y la verdad y la forma, a través de la composición personal de una persona en particular, y a través de la mirada de un observador particular. Recién allí se puede experimentar a la neurosis y experimentarla más allá de lo racional y en la medida en que uno se nutre a partir de la propia persona. Por lo visto, los conflictos vitales tienen a su disposición, como campo de actividad expresiva y elección de órgano, al organismo entero.

Es cierto que las casualidades que luego llamamos trauma juegan un cierto papel en esta elección de órgano. Sin embargo, y en esto la presente comprensión va más allá de, por ejemplo, Freud, los diferentes sistemas orgánicos son también al mismo tiempo zonas de

expresión plenas de sentido para determinadas fuerzas o estructuras anímicas previamente determinadas. Y así ocurre que un determinado conflicto anímico, también elige con preferencia una determinada zona de expresión. No nos debe asombrar que estas fuerzas y estructuras se pueden captar con menor precisión que las orgánicas. Es que la psicología es una ciencia mucho más joven. Es así que se puede comprender psicológicamente por qué la vergüenza se sirve para su expresión de lo vasomotor del rostro, mientras que no se entiende prácticamente nada, desde el punto de vista psicológico, acerca del rubor o de la palidez de las mucosas del estómago. Aquí nos encontramos con el enorme vacío de la teoría de la neurosis. Esta afirmación muestra que *el concepto de neurosis del estómago significa más bien una tarea que un conocimiento*. Porque no resulta convincente cuando la naturaleza de la neurosis es colocada en calidad de derrota conflictiva de manera totalmente disparatada junto al órgano, y no se puede combinar lo específico del conflicto vital con el rendimiento específico del estómago de una manera que tenga sentido. Y en muchos casos aquí debería alcanzar con mostrar que al menos la tarea está orientada de manera sensata y prometedora.

Actualmente el problema de la elección del órgano resulta más fácil de resolver allí donde no existe una relación de expresión significativa, sino un vínculo con una vivencia traumática casual, relacionada con nuevas asociaciones como, por ejemplo, sucede con muchas reacciones histéricas. Sin embargo, precisamente por ser consideradas casuales, no aportan mucho para su comprensión más profunda. Por este motivo el reflejo condicionado de Pavlov sólo pudo enseñar que lo que ocurre en el animal, también puede ocurrir en el ser humano. Sin embargo, no pudo explicar cómo un conflicto con el deber puede provocar un síntoma orgánico. Por otro lado, Freud se ocupó poco de la actividad de los órganos y permaneció en el concepto de un simbolismo que sólo podía tener validez para un círculo estrecho de la psique, mientras que dejó de lado el hecho de la expresión, tal como

acentuó fuertemente Klages (1964)<sup>59</sup>. Sin embargo, Freud lo compensó equilibrando desde la metapsicología la pobreza de las categorías, que fue debilidad y también fortaleza de su época temprana.

Para que no parezca que aquí predomina un planteo esquemático, quiero mencionar todavía una relación por completo diferente especialmente importante para la medicina. Se trata de que el estar enfermo *en sí mismo*, y sobre todo el estar enfermo que no es vivido como neurótico, significa una situación conflictiva. Dicho en pocas palabras: nos ponemos nerviosos cuando no podemos trabajar, ni gozar, cuando no podemos vivir como queremos vivir. Pero justamente aquí, donde el estar enfermo como tal revela de manera *inespecífica* la disposición neurótica, despertando y conservando lo neurótico, la observación más detenida del enfermo orgánico muestra cómo el lugar y la forma del proceso despierta tipos humanos y neuróticos. Actualmente se presta mucha atención a la psicología especial del tísico, del cardíaco; y de la particularidad de la úlcera y del cáncer ya hemos hablado. Cada enfermedad interna tiene su propio aspecto psicológico particular y ejerce una influencia sobre el médico que hace el diagnóstico en la medida de su capacidad de empatía. Pero justo aquí se cierra el círculo de esta explicación, cuando se observa que las leyes de relación neurótica se vuelven nuevamente visibles allí, donde el padecimiento orgánico le imprime de manera específica el sello al alma. Pero cuánto más neurótica, y en ese sentido de forma inespecífica, es la reacción de un enfermo a su estar enfermo como tal, a su limitación, a su dolor y a su peligro objetivo, tanto más el cuadro será una revelación de las bases de su carácter. Su estructura neurótica, inconsciente para él o para su entorno, se vuelve visible y presenta el cuadro del enfermo difícil, extraordinariamente difícil. A través de una cuidadosa autoobservación cualquiera de nosotros puede aprender a partir de una gripe, como cada molestia corporal particular atrae el conflicto interno entre debilidad y fortaleza, entre

<sup>59</sup> N. de la T.: esta fecha figura así en el original, pero debe estar mal porque este artículo fue escrito en el año 1927.

consideración y derrota. Los estados *prodrómicos* y *de convalecencia*, con sus fenómenos de fatiga y de debilidad, son especialmente accesibles a la observación. También en este caso se observa cómo los principales principios aparecen en forma cambiante y mezclada y cómo es, que en la neurosis no se comprende nada si se quiere comprender todo de la misma manera. Hace mucho tiempo que se ha eliminado el cuadro de la histeria, de la hipocondría y de la neurastenia como una unidad patológica. Hoy todavía conservan su lugar como tipos funcionales.

De estas últimas afirmaciones finalmente se desprende la pregunta acerca de la *influencia sobre los desarrollos neuróticos*. Hemos visto que en el caso de la neurosis existe una ley general del desarrollo para todas las neurosis y, por otro lado, se presenta una variedad extraordinaria de factores típicos y por completo individuales. La pregunta es entonces la siguiente: ¿es que la terapia deberá dirigirse al primer aspecto o al segundo que es tan diferente? El psicoanálisis es el representante más característico para el primero, el del tratamiento de un mecanismo de validez general. Por el segundo se deciden más bien aquellos que piensan de manera ecléctica, los médicos internistas y los psicoterapeutas que proceden de manera individual a través de la elección del método.

Si me permiten, en cuanto a la cuestión de la terapia, ahora no hablaré de manera discursiva y crítica, sino de modo puramente personal, y tampoco hablaré tanto de la gente sino de mis convicciones acerca de su elección. Este es el ámbito en el que se observa con mayor claridad, que respecto de cualquier método que esté determinado por posturas científicas y con ello puramente intelectuales, que se encuentra en permanente peligro de transformarse en un círculo mágico. El que se encuentra dentro de este círculo mágico no tiene consciencia de su existencia. Sin embargo, no es la terapia científica sino la médica la que está siempre dispuesta a romper el círculo del método. Según mi experiencia personal, no es tarea de la terapia explicarle al paciente los conocimientos acerca de la naturaleza de la neurosis, tal como han sido delineados aquí. Pero se los deberá tener en cuenta sin limitaciones y sin concesión a las pasiones, cuando se

considere cualquier influencia sobre la psiquis o el soma del enfermo. En el caso indicado juega un papel importante la introducción de un sistema espiritual que esté impregnado por una forma firme y vivencial, sistema que me gusta llamar Logoterapia. Personalmente le debo enorme gratitud al movimiento psicoterapéutico, incluyendo la obra de Freud, para el tratamiento no sólo de enfermos neuróticos sino también de otra clase de enfermos. Sin embargo, me parece que lo decisivo se encuentra en la posibilidad de progresar también allí, donde el sentido común y la tan limitada vocación psicológica natural no alcanzan. Allí nos encontramos ante fenómenos enigmáticos como parados ante un muro.

Un estudio serio de la psicología moderna y la actividad diaria prolongada con el enfermo individual, permiten comprender y lograr efectos médicos como también, en la medida en que progresa el conocimiento, abreviar el tratamiento. A veces los errores del hombre también son su fortaleza y no soy de la opinión de que toda neurosis debería ser eliminada. Existe una suficiente cantidad de neurosis demasiado estrechamente entrelazadas con los valores de una persona, como para que uno se atreva a tocarlas sin que exista la más imperiosa necesidad vital. Es cierto que de esta manera el campo de aplicación del gran psicoanálisis pareciera quedar reducido. En algunos casos analizar significa tanto como banalizar. Pero esto también es válido para los esfuerzos pedagógicos de la conducción del alma demasiado difundidos. No corresponde neutralizar cada conflicto anímico bajo la bandera de la psicología, ni considerar como enfermedad a cada penuria anímica. El médico internista tendrá la tarea de agudizar más que nunca su capacidad para reconocer aquellos casos en los que la gran terapia, sólo ejercida por los psicoterapeutas, es inevitable. Debemos saber que esta, puede transformar a una persona hasta sus raíces. No cabe duda que casos como estos se observan justamente cuando existe una fuerte participación orgánica, por ejemplo, la enfermedad de Basedow, el asma o también los casos de úlcera o de constipación. Pero la indicación sólo debería ser tomada sobre la base de la gravedad clínica del caso y no por el deseo del

enfermo de ser liberado de una molestia cualquiera. Soy de la opinión que en la medicina actual los errores en el arte de la psicología no son tomados tan en serio como lo son los errores, por ejemplo, cometidos en la práctica quirúrgica y tengo que decir que esto debe ser exigido. No se puede discutir estos asuntos si todos parten de sus éxitos y no de sus fracasos. No estoy para nada de acuerdo cuando se sostiene que aquí se trata de cuestiones que todo buen médico supo y practicó desde siempre. No conozco la época histórica en que “todo esto” ya existía, lo que a través del deseable rigor histórico puede ser comprobado con facilidad.

No interpretaría como reproche el que alguien dijera que la investigación de la neurosis no es una ciencia “exacta”. En realidad, es una cuestión de la pedantería académica, si de allí se deduce que por eso se trata de un asunto de poca solidez. Ya me referí al parentesco metódico con la investigación histórica. Yo no considero a la neurosis una enfermedad en el sentido de la medicina científica natural. Pero, señoras y señores, todavía existen muchas *formas* por completo diferentes de la verdad y *verdades* por completo diferentes de aquellas postuladas por las ciencias naturales. ¿Esto por qué no es válido también para nosotros?

Pero precisamente *porque* aquí en gran parte los fundamentos para la validez todavía no son claros, debemos exigir que la investigación de la neurosis y la psicoterapia desarrollen su sistema espiritual con gran rigor y disciplina, para encontrar las formas nuevas que recién desde algunos decenios hemos comenzado a buscar.

## Lo antilógico<sup>60 61</sup>

La pregunta sobre cómo es posible que en el mundo ocurran cosas contrarias a la lógica es una pregunta que las ciencias no pueden responder pero que parecen tener siempre en mente, dado que no dejan de esforzarse en probar que lo ilógico no radica en los hechos, sino en las falencias del conocimiento. Pero eso significa que el conocimiento puede ser ilógico, de manera que habría, con todo, algo ilógico en el mundo.

La disolución de la “ilusión dialéctica” de una reflexión como esta, produce la historia de toda la nueva filosofía trascendental desde Kant<sup>62</sup>. Pero, en este caso, la disolución de la ilusión no tiene consecuencias: ¿si era una ilusión, por qué existió? Cuando un estafador ha sido desenmascarado, nos tranquilizamos: era un estafador. Pero cuando, a través de la filosofía, se demuestra que una realidad ilógica no existe (o también, que no existe una realidad lógica), no nos tranquilizamos: no podemos olvidar la experiencia con el estafador. No decimos: esta intranquilidad es sólo psicológica, porque lógicamente no podemos entender que pueda existir algo que sea “sólo-ilusión”; esta intranquilidad no puede entonces encasillarse en la psicología. Precisamente la psicología es por eso lo inquietante y lo que produce más rechazo, porque, si sus realidades fueran todas realmente lógicas, ella ni siquiera existiría<sup>63</sup>.

<sup>60</sup> Viktor von Weizsäcker (1923), “Das Antilogische”, en *Gesammelte Schriften*, Tomo 2, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1987. Traducido por María Adamo.

<sup>61</sup> N. del E.: *Investigaciones psicológicas* 3 (págs. 195-318, 1923). En homenaje a Johannes von Kries para su septuagésimo cumpleaños.

<sup>62</sup> Kant, I. (1781): *De los paralogismos de la razón pura*.

<sup>63</sup> La filosofía trascendental nos asegura que la realidad es irracional y que el conocimiento es irreal. ¿No es esto una tautología y una filosofía vacía? Ya que, si lo real es irracional, pero lo



Veo un rectángulo. La medición muestra que me equivoqué, se trata de un cuadrado. ¿O acaso mientras medía se modificó la distancia de la punta del compás (por sí misma o por alguna razón extraña), de manera tal de que las aristas de la figura sólo parecen ser igual de largas? Por los motivos a, b, c... esta suposición es muy improbable. Concluimos entonces que el origen de lo ilógico radica en el sistema visual y llamamos a esto “ilusión”. O sea que el sistema visual produce algo ilógico. O bien: la ilusión es algo ilógico que es producido a través de procesos de la fisiología sensorial. Por lo tanto, se trata de una falta de lógica que, si bien no puede ser comprendida, ha sido causada de manera natural y probablemente sea influenciabile, modificable. Esto es aún más evidente en el siguiente ejemplo: sin que me dé cuenta, aparece frente a mi ojo derecho un prisma y veo mi entorno doble. Una hoja de papel tenía escritas las cifras  $2 \times 3 = 6$ , pero ahora dice  $22 \times 33 = 66$ . Lo correcto deviene entonces equivocado. Al retirar el prisma, lo equivocado se vuelve correcto.

Para J. von Kries (1916), lo principal en su lógica era la distinción entre juicios de realidad y de reflexión<sup>64</sup>. En relación a esta distinción habría que decir: una ilusión óptica ocasiona un juicio de realidad equivocado. Ya que cuando digo “en la hoja hay una cuenta equivocada”, estoy siendo víctima de una ilusión. Por otro lado, la frase “ $22 \times 33 = 66$  es incorrecto” es un juicio de reflexión. De manera que aquí el contenido de un juicio de reflexión es, al mismo tiempo,

---

racional es irreal, entonces todo acaba en que lo real es lo real, porque, según la segunda definición, lo irracional es lo no-irreal, por lo tanto, lo real. ¿Es esto conocimiento? Pero es importante poder mostrar dónde lo real es racional, y para los filósofos es imprescindible mostrar que allí lo racional es real. Hegel llamaba “real” sólo a lo lógico, con un esfuerzo enorme intentaba demostrar también a lo real como algo lógico. Pero el error consistió en que quiso cuestionar la realidad de lo ilógico, con lo cual tuvo que surgir la dialéctica como un arte de desmentir lo real ilógico. Por eso él es paneologista.

N. del E.: La filosofía de Hegel se denominaba a veces “panlogismo”. La designación “paneologismo” contiene un eufemismo (el prefijo griego significa bueno, lindo, agradable).

<sup>64</sup> N. del E.: Respecto a los juicios de realidad, “ellos están dirigidos a una descripción de la realidad, a brindar información sobre cómo se comportan las cosas o sobre qué es lo que ha acontecido”. El concepto de reflexión designa “la consideración que combina y unifica diferentes representaciones que subyacen a dichos juicios y cuyo resultado se expresa en ellos” (pág. 1,3, en: von Kries, J., 1916).

el predicado de un juicio de realidad. Esto no tiene nada de ilógico. La dificultad radica en que el sistema visual no sólo influye en el juicio de realidad, sino que, además, puede modificar el carácter lógico de una realidad. Lo que sin el prisma era considerado correcto, ahora debe ser considerado equivocado. Si el avance en el conocimiento suele ser visto como el hecho de que una realidad alógica sea elaborada de manera lógica, en este caso el conocimiento no sólo se encuentra con algo alógico, sino también con algo antilógico. Si partimos de la base de que el conocimiento real puede ser criticado en aras de ciertas características —de por sí solo de alcance lógico (reflexivo)—, sí nos atrevemos a esperar que la realidad sea, con relación a la lógica, algo determinado y no otra cosa: en todo caso, no podría ser antilógica.

En el caso de la ilusión óptica, sucesos reales (sensoriales) producen un acontecimiento ilógico; en el caso de la crítica del conocimiento, lo ilógico produce nuevas afirmaciones acerca de la realidad. Las esferas del juicio de realidad y del juicio de reflexión se influyen mutuamente.

La noción, la esperanza o la creencia de que el mundo en el que existe lo ilógico, lo falso, la ilusión, no es el mundo verdadero, pueden ser religiosas. Pero precisamente entonces lo ilógico, lo falso, la ilusión, se convierten en una realidad terrenal y empírica. Por lo tanto, no es posible eliminar estas realidades a través de teorías del conocimiento. La ciencia, en tanto teoría de lo real, también debe reconocerlas.

Una ciencia así determinada mostrará entonces, en cuestiones de lógica, el siguiente realismo (Realismus): también lo antilógico es en ella una realidad empíricamente determinable. Elegimos el ejemplo de la ilusión sensorial, que permite mostrar que lo falso existe realmente en la percepción. Sin embargo, no necesita ser reconocido como falso, no hace falta saber que es falso ni en qué sentido lo es; además, en muchas ilusiones sensoriales, la ilusión no desaparece incluso luego de haber tomado conocimiento de ella. El discernimiento “estoy siendo engañado” puede ser temporalmente anterior o posterior, puede modificar la percepción falsa o dejarla subsistir.

Para lo antilógico en la ilusión sensorial, por ejemplo, no vale lo mismo que para la ilusión trascendental, porque la ilusión trascendental se disuelve en la filosofía en tanto es comprendida como una ilusión inevitable. Por eso permanece como una ilusión permanente, absoluta, y su disolución no tiene consecuencias. La disolución de la ilusión real ocurre efectivamente: al retirar el prisma corrijo la óptica y comprendo por qué ocurrió la ilusión y cómo puede suprimirse. Esta ilusión, entonces, es (teóricamente) suprimible; no es absolutamente inevitable (porque y en tanto es histórica y es real). Si reconozco la ilusión como ilusión, puedo eventualmente disolverla, suprimirla, precisamente porque existe.

Por lo tanto, la diferencia es la que fue planteada de manera insuperable por Kant (1781) con la distinción entre *quaestio juris* y *quaestio facti*. Los hechos son transitorios, pero los conocimientos empíricos también lo son. Una percepción deja de ser una percepción<sup>65</sup> cuando se descubre su carácter ilusorio, es decir, cuando a lo largo del tiempo se forma un nuevo conocimiento que muestra que esa realidad es antilógica. De manera que, en el conocimiento empírico, algo puede ser verdadero hoy y mañana falso. Además, para que despierte interés, debe tratarse de algo nuevo. La misma causa —es decir, que el conocimiento empírico siempre puede volverse antilógico— despierta en algunos la creencia en el progreso y, en otros, el escepticismo. Ambas reacciones son injustificadas, porque el conocimiento empírico sólo es verdadero como eslabón en una historia del conocimiento, pero no como “conocimiento en sí”. Ahora podemos caracterizar mejor a lo antilógico como una realidad de la historia del conocimiento. No sólo como un elemento de la historia del conocimiento, sino más concretamente: una realidad que reconocemos como realmente verdadera allí donde el conocimiento es esencialmente variable, o sea en la experiencia.

<sup>65</sup> N. de la T.: El término alemán para “percepción” —“Wahrnehmung”—, está compuesto por “wahr” (verdadero) y “nehmen” (tomar), es decir que literalmente significa algo como “captación de lo verdadero”. Al separar la palabra con el guion, el autor hace referencia a esta idea contenida en el término.

Cuando una experiencia se repite siempre de la misma manera, entonces permanece, por así decir, históricamente quieta; por ejemplo, cuando un instrumento de observación no cambia a lo largo de cien años. Una mayor precisión del instrumento puede mostrar que una medida que parecía constante resulta inconstante; ahora vemos que la realidad es antilógica, que la experiencia engañaba debido al instrumento, y se produce un movimiento histórico en la experiencia. Al cabo de un tiempo modificamos la ley o descubrimos una nueva fuerza y la experiencia vuelve a ser lógica. ¿La ilusión estaba en el pensamiento? No. ¿La ilusión estaba en las cosas? No. Se encontraba entremedio, en el instrumento, o sea en un objeto con el que yo actuaba sobre la naturaleza. La ilusión era entonces ocasional, eventual; desde un punto de vista histórico, ayer algo era verdadero y hoy es equivocado. Es decir que, en este caso, lo antilógico es una cuestión histórica, eventual, ocasional.

Podría decirse que todo esto “sólo” es pasajero, “sólo” es casual. Pero se puede objetar que sólo debido a que existen estas casualidades históricas ocurre un cambio, tal vez ese desarrollo del conocimiento que llamamos experiencia o que se apoya en la experiencia. Entonces también queda demostrado que lo antilógico es necesario para la experiencia. Porque allí donde el objeto empírico permanece idéntico en el tiempo, ya no hablamos de experiencia. No puede “hacerse” experiencia (como bien lo expresa el lenguaje, que percibe lo experimental, lo instrumental, la acción) allí donde todas las condiciones y consecuencias, las causas y los efectos, la constelación entera, se reproducen de manera idéntica. Para la experiencia es necesario que lo que ayer era verdadero, hoy sea falso; es precisamente esto lo que llamamos experiencia<sup>66</sup>. ¿Es decir que en la experiencia no tenemos la identidad del objeto, mientras que en la matemática y en la física sí la tenemos? ¿Pero no es que la física está construida sobre la ex-

<sup>66</sup> Donde este no es el caso, por ejemplo, en la recolección sistemática y descriptiva de materiales, allí la experiencia permanece históricamente quieta, en el sentido preciso al que aquí nos referimos.

perencia? ¿Y la experiencia no confluye siempre en lo mismo, en el mundo, o sea, después de todo, en algo idéntico?

Hasta aquí, el resultado de nuestras reflexiones muestra que lo antilógico es una realidad del mundo que experimentamos, o sea que existe de manera variable e histórica en un mundo al que comprendemos a través de un conocimiento esencialmente variable. Si se supone que este mundo variable es, no obstante, el mundo, ¿dónde captamos su identidad? También descubrimos que, en la medida en que ganamos experiencia, obramos en ese mundo, actuamos sobre ese objeto (a través de instrumentos, experimentos, viajes, búsquedas, investigaciones), de manera que el surgimiento y la desaparición de lo antilógico en el mundo de la experiencia está vinculado con un obrar y un actuar. ¿Cómo ingresa, entonces, un comportamiento práctico en la teoría? Antes de abordar estas nuevas preguntas, debemos ocuparnos del concepto de lo práctico y de su contrario. A modo de ejemplo, elegimos a la patología como concepto teórico de la ciencia médica y a la medicina, como concepto práctico.

En la patología se trata de conocimiento; en la medicina, de interés por el ser humano. Allí se persigue la verdad; aquí, la salud. Aquella tarea se considera teórica; esta, práctica. Separar a las dos es considerado un problema central. La filosofía del idealismo trascendental alemán, al menos, lo ha planteado constantemente. Ella le exige, al conocimiento, el desinterés por el resultado práctico y, al obrar, la determinación, no a partir de un interés natural, sino a partir de una ley moral sensata. Le da la máxima importancia a concebir esto como objetivo, sabiendo que será siempre un esfuerzo en marcha, que nunca será alcanzado. Así, esta filosofía produce una tensión inalterable entre aquello que somos y aquello que debemos ser. Esta tensión proviene de la separación entre la capacidad teórica y la capacidad práctica. Según dicha filosofía, esta separación es parte de la naturaleza del hombre; pero, en tanto el conocimiento debe ser desinteresado, no verse afectado por el hombre ni su manera de vivir, la separación deviene al mismo tiempo un postulado supremo.

Si la meta de la patología, como la de todo conocimiento y toda ciencia, no puede interesarse en el ser humano, sería pura casualidad que esta disciplina demostrara ser beneficiosa para el hombre y le proporcionara salud. No existiría una confluencia necesaria entre verdad y promoción de la salud; al menos, no estaría presente ni sería de esperar dentro del marco del idealismo trascendental. Porque la búsqueda de la verdad jamás debería ser condicionada por el beneficio. El idealismo señala siempre lo que debería ser, nunca lo que debe suceder para que, en el caso particular, el postulado pueda convertirse en realidad. Porque el ser humano no es libre cuando busca conocer; debe ser objetivo, es decir, está sometido al objeto del conocimiento. Sólo es libre en el obrar. No existe un puente seguro que conduzca desde aquella falta de libertad hacia esta libertad; son dos mundos separados por un abismo. Sólo se rozan allí donde un yo decide qué es verdadero y qué es falso, qué es bueno y qué es malo. Aquí la consciencia de la verdad y la consciencia moral se tocan. Pero vuelven a separarse de inmediato, ya que la consciencia de la verdad apunta hacia la validez universal, mientras que la consciencia moral busca la comunidad humana. La primera se dirige hacia desinterés; la segunda, hacia el interés de los hombres. En el primer caso es indiferente si la verdad daña; en el obrar, dañar muchas veces está mal y es injusto.

Aquí nos encontramos entonces con una dificultad. Exploremos la exigencia de objetividad desinteresada en el conocimiento. Su altruismo no es necesariamente una ventaja. Primero debería probarse que un conocimiento egoísta es menos verdadero que uno altruista. Por lo pronto, parece más fácil darnos cuenta de que la recomendación de una actitud desinteresada es un requisito de la lógica. Si el credo que no soportaba la idea de que la tierra gira en torno al sol era el de la iglesia, entonces la teoría de Copérnico sólo fue falsa en tanto se tenía fe en dicha creencia; cuando eliminamos esa creencia, la teoría falsa se transforma en una verdad. A esta lógica le resulta chocante que algo que hoy es falso, mañana pueda ser verdadero. Una lógica que no soporta que algo pueda ser válido hoy y mañana no, es una lógica no-histórica. Porque en la historia es muy posible que algo

valga hoy y mañana ya no valga más. También podemos decir: esta lógica no-histórica es una lógica de la identidad de un valor.

Ahora debemos preguntarnos por el carácter de validez del conocimiento. Este se vuelve importante en el postulado de Kant sobre la validez universal y resulta decisivo en el movimiento que va desde Lotze hasta Rickert<sup>67</sup>. Lo que importa es que el conocimiento sea válido, no que exista (que sea psicológicamente real). Nos preguntamos: ¿el conocimiento debe valer para algo o para alguien? ¿La validez es una validez para el objeto o para un sujeto? Cuando Kant exigía validez universal, se refería a que un conocimiento debe valer siempre y por doquier, es decir en todo el mundo que está contenido entre “siempre” y “por doquier”: lo llamaba también “la naturaleza”. Es el mundo témporo-espacial, el mundo formado matemáticamente. El conocimiento debe valer en este mundo, para él; en él debe encontrarse el objeto idéntico. Si el objeto se modifica, lo hace a través de una modificación témporo-espacial (movimiento). Es decir que aquí no existe una identidad si hay una modificación témporo-espacial, ni existe una modificación cuando hay una identidad témporo-espacial. Este es el sentido de aquella validez universal. Esta objetividad vale para un sujeto idéntico, pero no para el sujeto empírico, vivo, histórico, personal: no para alguien. Por eso el sujeto de este conocimiento no es histórico, no está vivo y es impersonal. Tampoco es empírico, es decir, le falta la corporalidad de los sentidos: sus sentidos están limitados –por el “siempre” y el “por doquier” (ver arriba)– a una sensorialidad matemática; como dice Kant: la forma de la intuición (*Anschauungsform*). Dentro de esta forma debe construirse la ciencia del mundo: es la ciencia de la naturaleza, de la física. A esta ciencia le da igual que existan hombres, no importa de qué tipo, que la piensen (psicológicamente), o que exista un mundo que es el pensado: lo único decisivo para su verdad es que sus conocimientos sean válidos. El “siempre” y el “por doquier” de este conocimiento es

<sup>67</sup> N. del E.: Se refiere a la llamada filosofía de los valores (axiología), para la que el concepto de valor era de una importancia central.

un ideal. El movimiento de la ciencia en dirección hacia este ideal, es un movimiento que no es histórico, que no está vivo y que es impersonal. Aunque la ciencia había partido de lo histórico, de la vida, de la persona, debe, necesariamente, alejarse de ellos en dirección al ideal. Esta dirección del movimiento obliga entonces a una despersonalización y desvitalización del objeto. Lo mismo sucede si el punto de partida es un hombre individual o un dios personal. Allí donde la ciencia responde a un asunto personal o un valor vital, el camino se vuelve trágico y puede llevar hasta los límites de la destrucción, como bien se ve en el “Fausto”.

La exigencia del “siempre” y “por doquier” nos muestra que aquí el ámbito de validez es ilimitado. Si existe un mundo, entonces la pretensión es que el conocimiento valga para el mundo en su totalidad. Si en el mundo existen cosas, vale para todas y cada una de las cosas. Si toda modificación es movimiento y si cada movimiento se encuentra gobernado por una ley, entonces la validez universal deviene una validez única. Porque la ley dejaría de ser válida en cuanto el movimiento transcurriera de una manera diversa de lo que esta misma dice. La ley solo es válida, si vale por sí sola. De allí se desprende que el vitalismo sea impracticable. Desde Kirchhoff, la mayoría de los físicos más eminentes ha abandonado estos postulados estrictos y ha optado por una teoría del conocimiento más relativista. Pero una cosa que se comporta de manera diferente a lo que dicta la ley no es científicamente reconocible. Esa cosa no es un objeto del conocimiento científico, porque, en tanto cosa, no obedece la ley. Tampoco el mundo o la naturaleza –pensadas como una gran cosa o como la quintaesencia de las cosas– son objetos de la ciencia. Es decir que, cuando parte de las cosas, la ciencia produce una des-cosificación. Por eso esta ciencia no nos dice nada sobre las cosas, sobre el mundo. En lo que a ella respecta, pueden no existir las cosas ni el mundo, o bien pueden existir muchas cosas y muchos mundos.

Por lo tanto, la exigencia de validez universal del conocimiento objetivo incrementa la dificultad. La dificultad consistía en que la medicina se ocupa del interés de un ser humano. Si un ser humano



es una cosa, vimos que la ciencia no puede decir nada universal sobre una cosa. Sólo podría ser de utilidad si el hombre, en tanto cosa, fuera al mismo tiempo parte de la naturaleza o si la naturaleza fuera parte del hombre. Como este es el caso, recuperamos la esperanza. Pero nos preguntamos cómo podemos ponernos científicamente de acuerdo, si ni la cosa ni el ser humano existen en las ciencias naturales. Surge entonces la pregunta acerca de cómo se puede reconocer a un ser humano. Si digo de una persona: esta es tal y tal, a la que se llama así y así, entonces noto enseguida que se trata de un tipo de conocimiento muy distinto al que analizamos hasta ahora; no es un conocimiento, sino un reconocimiento. Aquí también cumple un rol la identidad. Pero no es la identidad en el tiempo y el espacio, sino la identidad de la cosa o la identidad de la persona a través del tiempo y el espacio, la identidad histórica. Reconozco a esa persona, a pesar de que yo mismo soy otro y a pesar de que ella se ha transformado en otra en relación con el tiempo y con el espacio físicos. Esto nos muestra que la identidad de la cosa, así como la identidad personal, son de una esencia tan diferente que están necesariamente relacionadas con una no-identidad témporo-espacial. Llamaremos identidad nominada a la identidad de cosas y personas, por oposición a la otra identidad, anónima<sup>68</sup>. Porque a las cosas y a las personas podemos darles un nombre. Si ahora nos preguntamos por la validez universal de esta segunda forma del conocimiento, vemos que este conocimiento también tiene un carácter de validez, ya que vale para mí y para las cosas, para mí y para las personas. Pero dado que una cosa sólo existe una vez, dado que yo sólo existo una vez (ya que somos elementos individuales), entonces el ámbito de validez no es ilimitado, sino que se limita a estos casos individuales. La validez del conocimiento de la cosa no es entonces universal. Por eso llamo conjunción a la unión de la cosa (o de la persona) conmigo, y a la validez de este conocimiento la llamo conjuntiva. Como vemos, ella es histórica, es personal y está viva.

<sup>68</sup> El nombre del objeto de la experiencia total es: el mundo.

Lo que distingue a este tipo de conocimiento es la conjunción, no la objetividad. Esto se hace evidente cuando vemos que la pregunta no es si el conocimiento vale, sino para quién y para qué vale. En el caso del conocimiento objetivo, el sujeto siempre ve el mismo lado del objeto, o bien: el hecho de que un objeto presuponga la existencia de un sujeto no disminuye la validez universal del conocimiento objetivo, porque el sujeto es aquí impersonal, invariable. Pero en la comunidad “yo-cosa” entra en vigor el yo como sujeto empírico, histórico, vivo. En ella el conocimiento sólo vale para mí y para la cosa. Es posible que, además, valga para otra persona. En ese caso, para ella, la identidad nominada también existe. Decimos entonces que el nombre significa lo mismo para nosotros dos, que con esa palabra nos referimos a lo mismo. En la oración “nosotros-lo mismo” se forma a su vez una nueva identidad, la de la comunidad. Al hecho de que reconocemos la cosa se le agrega el hecho de que nos entendemos en este conocimiento de la cosa. A partir del conocimiento conjuntivo se forma ahora una comunidad del conocimiento (entre amigos, maestros y alumnos, etc.). Esta comunidad se constituye a través de los medios de expresión (gestos, palabras). Pero, además, se constituye sólo mediante el valor del reconocimiento de una persona o una cosa, mediante la identidad nominada. Si todos los hombres comparten este conocimiento de la cosa, si todos participan de la identidad nominada, si todos se entienden entre ellos dentro de una validez comunitaria, entonces también aquí puede surgir un conocimiento común. Pero es algo completamente diferente al conocimiento de validez única y universal, ya que sólo se basa en el hecho de que allí hay personas y hay una cosa —o una persona— que todos reconocen. Un conocimiento común nunca puede producir una validez universal, objetiva y científica; del mismo modo, una validez universal y objetiva nunca puede crear una comunidad de manera científica. La ciencia natural pura nunca actúa formando comunidades, y la comunidad de una escuela (también de una escuela científica), la de una iglesia, la de una fe, jamás producen, en tanto comunidades, objetividad de conocimiento. Esta sólo surge en la soledad del pensamiento; la otra,

en la comunicación (diálogo, pelea, amor, etc.). El lenguaje del conocimiento común es la palabra en diálogo o en poli-logo (Polylog); el lenguaje del concepto de validez universal está simbolizado en el monólogo del libro, de la ley, de la fórmula. En su esencia, ninguno puede traducirse al otro.

Mientras que el conocimiento objetivo universal tenía la dificultad, en la medicina, de que esta debía ignorar el interés del hombre, esto no sucede con el conocimiento conjuntivo, que construye su objeto precisamente a partir del hecho de que me interesa o (como en el caso de paciente y médico) de que me intereso por su interés. Tampoco persiste la otra dificultad, la del idealismo en la división de la capacidad teórica y práctica. Porque mi conocimiento no carece aquí de libertad, dado que el objeto no está dado por la objetividad, sino por la conjunción (al hacer experiencia a través del experimento, etc.); no se forma por la despersonalización, sino sólo a través del interés personal en el objeto, que deviene mi objeto. Mi accionar tampoco está condicionado por un deseo —ya sea limitado o libre (en este segundo caso, según la ley del deber de la consciencia)—, ni por cualquier tipo de causalidad o falta de causalidad, sino que es creador, libre tanto de la libertad como de la carencia de libertad, no es efectivo, sino creativo. Por eso la dificultad no se encuentra aquí en el pensamiento puro, en la filosofía reflexiva, sino que existe como conflicto. O, dicho de otra manera, la dificultad surge sólo como conflicto, no como problema: no se supera a través del conocimiento, sino que no es superada, porque ella es el destino de la decisión. El lugar de la problemática (lo antitético) lo toma el destino; el lugar del ideal, la determinación del ser humano.

A una filosofía que se basa en estos fundamentos la llamamos filosofía de la persona. A una ciencia del hombre que se apoya en esta filosofía, la llamamos antropología. Y una parte sería entonces la ciencia del hombre enfermo, es decir, la quintaesencia de las ciencias médicas. Dado que es inevitable que una ciencia de este calibre posea, también, un determinado aspecto filosófico, un supuesto previo, una cualidad —no existe una ciencia libre de filosofía—, constatamos

que la quintaesencia de las ciencias médicas debe basarse en una filosofía de la persona. Pensamos que otro basamento constituiría un camino equivocado.

La identidad nominada de una cosa, de una persona o del mundo no se encuentra entonces en un conocimiento, sino en un reconocimiento<sup>69</sup>, así como podemos, por ejemplo, reconocer a un viejo amigo: “¡Pero si eres tú!”. Además, el idéntico nominado, justo porque es históricamente idéntico, es necesariamente no-idéntico en la objetividad témporo-espacial. En relación con esta naturaleza objetiva se trata de un objeto necesariamente antilógico: es el mismo y, no obstante, no lo es. Aquí caracterizamos a lo antilógico a través de la incompatibilidad de ambos conceptos de identidad: el de la identidad nominada o personal y el de la identidad objetiva. Esto también lo encontramos, como se ha señalado muchas veces, en el radical personare. La máscara<sup>70</sup> témporo-espacial cubre y expresa a la vez. La identidad nominada o personal aparece a través de una no-identidad objetiva, me habla a través de ella, a pesar de ella. No definimos a lo antilógico como esa incompatibilidad misma, esta sería otra vez una determinación puramente reflexiva. La incompatibilidad es más bien una característica o un criterio que puede servirnos de indicio.

Si la percepción óptica de la figura y el resultado de la medición con el compás se contradicen (se trata de una ilusión), puedo decir: ambas tienen razón, tanto la percepción sensorial como la medición. Porque la percepción sensorial depende del aparato fisiológico y la medición, del método geométrico. Pero no puedo decir, respecto de mi percepción sensorial: “La figura dibujada es así”, sino que debo decir: “Así es mi percepción sensorial”. O sea, tengo que decir que es una realidad psíquica. Lo antilógico parece desaparecer cuando digo que es sólo una realidad psíquica. Obviamente esto que digo es una construcción, es una teoría científica. De ningún modo se trata sólo de una realidad psíquica; si no diríamos alucinación o fantasía o

<sup>69</sup> N. de la T.: El autor consigna entre paréntesis el término en griego.

<sup>70</sup> N. de la T.: El autor consigna entre paréntesis el término en griego.

representación, etc. Pero como es una ilusión verdadera, no se trata sólo de una realidad psíquica sino, además, de una manifestación de la realidad que existe en el espacio y está en relación con esta ilusión. Sabemos que la teoría científica ha ampliado cada vez más el alcance de las ilusiones existentes: luego de que las cualidades de los sentidos se recondujeran al sujeto psíquico, viene ocurriendo lo mismo con las determinaciones témporo-espaciales de la percepción.

En este sentido podemos decir que la historia de la fisiología sensorial es la historia del descubrimiento de ilusiones psicofísicas. Consiste en una serie de descubrimientos de lo antilógico, y su teoría (la psicofísica) es un intento de volver a eliminar lo antilógico a través de la suposición de que la relación psicofísica es una relación simbólica: las realidades psíquicas serían signos de realidades físicas<sup>71</sup>. Pero esto no hace más que corroborar que la percepción, en tanto percepción (Wahrnehmung), es una ilusión: lo antilógico permanece y en la percepción retorna la compulsión empírica de que lo que percibimos se encuentra afuera y no adentro. En este sentido, la percepción es algo antilógico en relación con los objetos témporo-espaciales de la física.

La teoría psicofísica (que se apoya sobre el dualismo metafísico cuerpo-alma) logra eliminar lo antilógico sólo de manera aparente. Del mismo modo, el descubrimiento de la ilusión trascendental sólo aparentemente suprime la realidad de lo antilógico. Precisamente Kant (1781) estuvo tentado de llamar “natural” a la ilusión trascendental, de considerarla una ilusión, es decir de reconducirla otra vez a lo real, a la psicología (aunque de un modo en parte retórico)<sup>72</sup>. O bien: ubicar a la ilusión trascendental dentro de la psicología empírica confirma la realidad de lo antilógico, lo que la ilusión justamente es. Ni la teoría psicofísica puede eliminar la antilógica de lo real, ni la filosofía trascendental puede eliminar la realidad de lo antilógico. Precisamente porque el intento de eliminarlo hace que lo antilógico permanezca igual, no puede ser cierto que la percepción sensorial no

<sup>71</sup> von Helmholtz, H. (1910). Tomo 3, pág. 17.

<sup>72</sup> Editado por v. K. Kehrbach (1878) pág. 264 (A 298, B 354).

contenga, ella misma, también lo falso (no en el objeto del conocimiento objetivo, sino en el objeto histórico del conocimiento de la cosa o, como también dijimos, del conocimiento conjuntivo).

Si puedo demostrar que una estructura del aparato óptico produjo una ilusión (como en el caso del prisma), entonces también puedo afirmar que la ilusión ha sido desenmascarada y explicada. La resolución intelectual de esta ilusión nos saca de la contradicción y, a cambio, nos introduce en la ilusión trascendental: la ilusión “sólo” habría existido en el “yo pienso”, es decir, en lo psíquico. La resolución de la ilusión trascendental a través de la filosofía trascendental nos conduce, a su vez, de vuelta a la ilusión de que con ello habríamos ganado algo a favor del desenmascaramiento de cualquier error. Si la ilusión trascendental es inevitable, entonces la resolución de la ilusión trascendental también contiene un engaño inevitable en cuanto el éxito de estas resoluciones: con ella no hemos ganado nada para la disminución de los engaños, como ya se dio cuenta el propio Kant. El desenmascaramiento no puede realizarse como una eliminación absoluta (tal como a veces afirma, de manera equivocada, la filosofía trascendental), sino sólo de a un caso por vez, de manera histórica. Pero la tarea de desenmascarar la ilusión tampoco es del todo desesperanzada, ya que ir develando esta ilusión históricamente, caso por caso, es algo que por su esencia no puede ni debe ser encarado de modo absoluto. El desenmascaramiento intelectual de una ilusión sensorial, como por ejemplo el tamaño ilusorio de la luna en el horizonte, ocurre de manera “sólo” intelectual, pero para la construcción histórica de la ciencia lo hace de un modo “provisionalmente definitivo”. En esta construcción histórica está descartada, a partir de ahora (y hasta que aparezca algo nuevo), la posibilidad de error que existiría en la afirmación: “La luna se vuelve más grande en el horizonte”. Pero esto no significa que los sentidos no engañen, ni que el error de esta afirmación radique sólo en la afirmación. Debemos ver a este tipo de ilusiones y errores que surgen en el curso de la medicina como lo que realmente son: una ilusión y un error debidos a lo antilógico.

Antes dijimos que un juicio de reflexión puede formar parte de un juicio de realidad. Podemos agregar: un juicio de realidad puede formar parte de un juicio de reflexión. Podemos expresar esto de manera más clara. La independencia de ambos ámbitos del juicio sólo existe de manera no-histórica y abstracta. Si el contenido de un juicio de reflexión (por ejemplo, un juicio sobre la exactitud de una ecuación) pasa a formar parte de un juicio de realidad (“en esta hoja hay escrita una ecuación correcta”), en ese momento el conocimiento rompe su inmanencia. La reconstrucción de la inmanencia en el nuevo juicio, que afirma que el juicio real se encuentra sólo dentro de mi consciencia (“el mundo, mi idea”), transforma al contenido del juicio de realidad de nuevo en contenido de un juicio de reflexión. En este movimiento histórico entre inmanencia y trascendencia consiste la relación entre los juicios de realidad y de reflexión.

Podría decirse que la ruptura de la inmanencia es sólo una ilusión. Pero ante un conocimiento real puede decirse, con el mismo derecho, que la inmanencia de la consciencia de lo real sería una ilusión. Nuestra pregunta acerca de cómo puede existir la ilusión si sólo es ilusión, puede responderse de esta manera, corrigiendo la pregunta: no es sólo ilusión, sino que la ilusión de que es sólo ilusión se forma en el salto desde el conocimiento vivencial, histórico de la identidad con nombre hacia el conocimiento universal, objetivo, válido siempre y por doquier. En la realidad histórica de la experiencia nos encontramos concretamente en relación con lo lógico y lo antilógico y, así, nos ubicamos por fuera o por encima de la norma, no “sólo” de manera práctica, sino teórica. En este sentido, es una ilusión histórica si creemos que la derivación filosófica de la inmanencia de la consciencia podría refutar la trascendencia de la experiencia. La experiencia, también la de lo lógico y lo antilógico, es trascendental en el sentido de la crítica y lo es, históricamente, siempre de nuevo: es real la ilusión que simula que a través de la inmanencia de la consciencia del conocimiento se anularía la trascendencia.

La inquietud que el hombre empírico le despierta al hombre reflexivo surge, sobre todo, de su interés. El miedo de la razón teórica

frente a la razón práctica se basa en la naturaleza engañosa de la experiencia. Pero, como debemos mostrar ahora, justo este interés es lo único en donde se forma la experiencia. El interés en el mundo y sus cosas constituye la experiencia. Sólo hago experiencia si me intereso por el modo de vida del cefalópodo, si me comprometo con estas cosas nominadas; el hacer está determinado por el interés (el cual puede, a su vez, estar determinado por la curiosidad, por el amor, por la admiración, etc.). El discurso de que el saber es un fin en sí mismo ya es producto de la arrogancia de una filosofía de la inmanencia. En ella el saber se ama sólo a sí mismo. Schelling ironizó de manera saludable sobre el autoerotismo del saber. Un saber autoerótico es antinatural. El miedo ante el interés del saber sólo puede referirse a la equivocación de una experiencia debido a una dirección errada del interés, pero no puede referirse al interés en sí. La experiencia debe hacerse mediante el interés correcto o verdadero, ya que sin interés no se forma ninguna experiencia. El miedo está justificado, ya que, según muestra la experiencia, la experiencia engaña. Esto provoca temor ante la experiencia. Pero, sobre todo, participamos de la experiencia sólo cuando desmascaramos el engaño: la física nos mostró que las cosas allá afuera son diferentes de lo que creían los sentidos. El deseo de saber cómo son las cosas independientemente de los sentidos: este es el interés constitutivo de la física. Si la física hubiera engañado respecto de estas cosas, entonces la culpa habría sido de aquel interés. Y, sin embargo: sin el coraje del interés no hay experiencia, y no hay experiencia que no aprenda sólo a partir del daño. El daño constituye la experiencia. Si lo expresamos en el lenguaje de la teoría del conocimiento, el interés en el mundo tal como es, sin el engaño de los sentidos, es la condición de la posibilidad de la experiencia; pero no de una “experiencia en general”, sino de la experiencia del mundo y de sus cosas, es decir de los objetos, que surgen sobre todo de manera histórica. El interés por el cefalópodo, por la naturaleza física y por la salud de uno o de muchos hombres es aquí, en esencia, lo mismo; ninguna variante está determinada por la finalidad del conocimiento en sí, ninguna debe verse contaminada por un falso interés (por ejemplo, por una ventaja personal para la vida dia-



ria). La pureza del conocimiento no está determinada por el desinterés, sino precisamente por el interminable interés en la cosa; por eso a esta pureza la llamamos realismo<sup>73</sup> (Sachlichkeit).

Es necesario precisar mejor este realismo en tanto ideal. En teoría, el conocimiento conjuntivo alcanza la perfección en la unión completa de la cosa conmigo, a través del conocimiento. El sabor de un vino se revela de manera más o menos perfecta según la disposición de mis sentidos. Existen grados en la apropiación estética: un muy buen vino del Rin se revelará en grados muy diferentes a un grupo de comensales, según cuán cultivada sea su personalidad estética. Los diferentes grados dependen de los grados de estas personalidades estéticas. Pero el cultivo de la vid también condiciona esta percepción. Desde el punto de vista de la vid excepcional, los no-conocedores están por debajo del nivel. El punto máximo de apercepción estética se da sólo cuando estamos frente al grado máximo de correspondencia entre la vid y el degustador; el ideal de la comunidad entre el yo y la cosa no puede construirse a partir del sujeto, tal como ocurre en la filosofía trascendental: sólo es posible como correspondencia y para ello hacen falta dos identidades nominadas. También la edad del vino, el momento histórico de la degustación, el “momento psicológico” y muchas otras cuestiones forman parte de la graduación de esta correspondencia: el vino y la persona adecuados han de encontrarse en el momento adecuado. Aquí también, la estructura histórica del concepto ideal queda a la vista. El máximo “realismo” (Sachlichkeit) es otra expresión para el ideal del conocimiento conjuntivo, que se constituye de manera subjetiva a través de la entrega que nace del interés.

Allí donde un conocimiento conjuntivo no se expresa en un placer estético —es decir allí donde queremos conocer las condiciones de un hombre sano, como en la medicina—, allí también debemos

<sup>73</sup> N. de la T: el término “Sachlichkeit”, que remite a las cosas u objetos (“Sache”), se traduce también por “objetividad” o “sentido práctico”. Elegimos traducirlo por “realidad”, debido a que Weizsäcker se refiere al interés en las cosas del mundo y para evitar la confusión con el término “Objektivität” (objetividad), que el autor también utiliza en este artículo.

concebir la perfección del conocimiento no de manera momentánea— histórica, sino como un proceso histórico. Sólo en el transcurso completo habrá de conducirse el conocimiento hacia su ideal, porque la perfección no se encuentra en el momento final, sino en el desarrollo en sí. El conocimiento de la vida no puede tener un resultado universal, porque la vida no tiene un resultado universal; su resultado universal es lo muerto. Dado que la vida es una historia, el conocimiento de la vida que se obtiene a través del conocimiento conjuntivo también ha de ser una historia, no un resultado. Este conocimiento no culmina en una objetividad máxima e impersonal, tampoco en una subjetividad máxima que sólo sea personal, sino en la dimensión mayor del desarrollo del conocimiento conjuntivo, que es posible a través de la correspondencia. La así llamada relatividad del conocimiento personal sólo es mala, es decir subjetiva, en la óptica torcida de una teoría científica de la validez universal objetiva, que subraya, con razón, que dicho conocimiento es siempre nuevo y diferente para cada persona, etc. Justamente por eso esta relatividad no es subjetiva, sino verdadera, y lo es a través de una correspondencia concreta; tampoco es sólo relativa, porque es absolutamente relativa, es decir que su relatividad es la única razón de su carácter absoluto. Porque ella sólo es verdadera como relación entre yo y la cosa, y es falsa en la medida en que me abstraigo de la cosa o la abstraigo de mí. De la misma manera, el carácter histórico de esta relación sólo es la garantía de su verdad; dado que este conocimiento se constituye en el desarrollo histórico de la conjunción, tiene que ser, en tanto verdad histórica, objetivamente transitorio y vivo.

Podemos tratar más ampliamente el problema del relativismo si estudiamos con más detalle el concepto de la ciencia como historia. En este análisis también caracterizaremos un poco más lo antilógico. Las exposiciones que hicimos hasta ahora parecen tener este doble sentido: la palabra “antilógico” designa algo que es real y a la vez contradice el carácter lógico de la experiencia. Sostener su carácter histórico no lograría cambiar en nada esta transgresión de las exigencias que plantea una terminología unívoca. Pero nuestras reflexiones

se volverían más convincentes si nos diéramos cuenta de que esta ambigüedad de la palabra no es una objeción, sino una confirmación de la tesis: lo antilógico es algo real. Podríamos decir: la ambigüedad sólo sería aceptada si la tarea de la palabra consistiera precisamente en mostrar este doble sentido y si la palabra fuera (quizás el único) medio de revelar la contradicción conceptual. La palabra sería el hilo conector en la oscilación entre el conocimiento real y el conocimiento reflexivo y en el salto de la trascendencia hacia la inmanencia. Lo que venimos llamando histórico puede ser designado más específicamente como la serie de estos saltos. La expresión “en el principio era el logos” utiliza la palabra como designación de una realidad histórica. Con la palabra “era” se indica ya la sucesión histórica: la del antilogos. Este “tomar al logos de manera histórica”<sup>74</sup> se expresa aquí de modo muy claro. En la versión mítica sentimos enseguida la imposibilidad, para nosotros, de adentrarnos en esta coincidencia de logos y realidad: ya la expresión “coincidencia” expresa la irrecuperable pérdida de inocencia. El logos ha devenido ahora una palabra para una realidad, por eso hay que hablar de él de manera mítica; sólo es posible poseerlo a través de la lógica del conocimiento, no en el logos del ser<sup>75</sup>. O bien: “ser” lógico en el conocimiento significa tanto como crear la mitología del logos; la retirada hacia la lógica, hacia el aspecto únicamente irreal del conocimiento, no es otra cosa que la entrega de la existencia a la anamnesis del ser, que sólo puede ser narrada y que vive en el recuerdo. O bien: para la persona que piensa de manera lógica, la forma del saber y de la ciencia del ser sólo puede ser la narración, y, por otro lado, el “querer pensar al ser”, en tanto retirada inevitable del ser, es al mismo tiempo necesariamente una creación de este relato. Esto puede verse de manera más clara en otro ejemplo que muestra, de una manera bastante general, la bipolaridad de la ciencia que aquí se anuncia (a partir de la cual puede comprenderse también aquella

<sup>74</sup> Comillas de la traductora.

<sup>75</sup> Esta [lógica] se desarrolló en Kant como teoría de la física moderna y, de aquí en más, se le ha impuesto la teoría de la objetividad del conocimiento a casi cualquier otro conocimiento.

ambigüedad de sus palabras). El ejemplo será: el conocimiento mensurable de un ser humano, o sea un caso de antropometría.

El “a priori” de la ciencia de la persona (sea filosófica o no) es un ser humano determinado y único, por ejemplo, yo o mi hijo o su maestro, es decir, siempre alguien en particular. Si de ahora en más lo llamamos N, en la medida en que colocamos una cifra en lugar de la persona, nos alejamos de ella como punto de partida. Retengamos que no nos referimos aquí al “ser humano” como concepto, como algo universal, un tipo o una especie, sino que este N es siempre una persona en particular, es decir, una identidad nominada (ver arriba). Si quiero entenderme con el lector o con cualquier persona, o también conmigo mismo, respecto de N, entonces tenemos que ponernos de acuerdo sobre esta identidad personal. Sólo tenemos que estar de acuerdo en que nos referimos a tal persona. Este consenso no tiene rastros de validez universal; es un consenso de la comunidad del conocimiento. Continuemos: N tiene ojos azules. Aquí aparece por primera vez un juicio de validez universal ya que, a pesar de la forma singular, también queremos decir: sea lo que sea que signifique “azul”, el juicio que afirma que los ojos de N son azules se refiere a algo que es cierto siempre y por doquier. Incluso cuando, después de la muerte de N, tengamos que decir “eran azules”, también aquí están el “siempre” y “por doquier” de la objetividad. La singularidad del juicio no disminuye su objetividad universal, sino que, al contrario, esta fundamenta el hecho de que lo individual y lo universal, los ojos de la persona N y el concepto “azul”, no coinciden, sino que sólo quedan unidos a través de dicho juicio. Pero sólo a través de la expresión de un juicio es posible saber que los ojos del juicio que afirma que “los ojos de N son azules” y los del que afirma que “los ojos de N eran azules” son los mismos. Porque en la concepción generalizada del tiempo, el “haber sido” y “haber dejado de ser” del “ser azul” es incompatible con la afirmación que sostiene que “lo siguen siendo”. En este tiempo matemático los ojos no pueden, a la vez, “ya no” ser azules y también serlo “ahora”. Este tiempo matemático no admite una simultaneidad lógica de “son” y “eran”. La afirmación de que

los ojos del “son” y del “eran” son los mismos (idénticos) sólo puede ser verdadera si el ser azul sólo vale en el juicio, es decir en la lógica (como predicado), pero no es real. Es decir que la posibilidad de la narración verdadera está condicionada por la irrealidad del juicio de validez universal (su “sólo vale”), y la exactitud del juicio está condicionada por su verdad meramente histórica. Podemos formularlo de esta manera, como teoría del juicio: los juicios sólo pueden ser verdaderos como narración y sólo pueden ser correctos como conocimiento; en cambio, como conocimiento de lo real tienen que ser falsos y como narración de lo correcto tienen que ser equivocados.

La pregunta acerca de cómo es posible que en el mundo existan cosas que sean contrarias a la lógica, puede entonces responderse de la siguiente manera: porque hemos nacido en el mundo como seres temporales. Porque esta temporalidad es la responsable de que el logos estuviese al principio: sólo estaba, era; sólo podemos contar su historia y esa historia es verdadera únicamente si habla también del antilogos. Pero una narración ocurre a través de palabras y estas palabras son ambiguas: en tanto verbos, no dicen si ellas meramente relatan, si pretenden ser verdaderas y quieren decir lo que realmente ocurrió, o si no dicen nada, no quieren decir nada ni referirse a nada verdadero, sino que sólo quieren tener razón y conservar la razón, siempre y por doquier. Según esta concepción, la conjugación “es” inaugura en cada juicio un juicio de realidad y uno de reflexión, y este doble sentido determina la polaridad de todo saber: determina que cada juicio se refiera a una identidad nominada y a una identidad de validez universal, origina ambos de una sola vez.

Vimos que los ojos de N pueden ser los mismos en los juicios “son azules” y “eran azules” sólo si estos postulados son lógicamente correctos y no son ambos verdaderos en la historia (tiempo real). No pueden ser ambos ciertos como relato, sino N tendría que estar vivo y muerto a la vez, pero ambos tienen que ser correctos como juicios, sino N no sería el mismo, ya que no puede tener, mejor dicho, haber tenido, ojos azules y no-azules a la vez. Aquí es importante notar que la relación paradójal entera sólo puede ser comprendida cuando

se consideran dos juicios. La lógica del juicio no podía descubrir estas cosas, porque estudiaba al juicio y no a los juicios<sup>76</sup>. Porque la continuidad de las identidades nominadas a lo largo de al menos dos postulados es, recién, la que constituye el concepto de las identidades nominadas al emitir un juicio. Los sujetos de dos juicios deben ponerse de acuerdo sobre su objeto: este es el concepto de la comunidad del conocimiento. Descubrimos entonces que todo conocimiento conjuntivo (ver arriba) es al mismo tiempo una comunidad de conocimiento entre sujetos de dos o más juicios. Estos sujetos pueden ser ambos pensados dentro de mí: soy yo en dos juicios diferentes, es decir, en dos tiempos diferentes.

Vimos que lo antilógico también podía ser caracterizado como algo que puede reconocerse en la incompatibilidad de ambos conceptos de identidad. Ahora podemos agregar que esta incompatibilidad se expresa a través de la ambigüedad de los verbos y en la ambigüedad de los juicios como expresiones narrativas y como expresiones que buscan, sistemáticamente, tener la razón.

Si en todo juicio existe una divergencia semejante, entonces la misma debería manifestarse en los sistemas de juicios que constituyen la “ciencia”. Tenemos la esperanza de reencontrar lo antilógico en la descripción de una divergencia, la del ejemplo que nos ofrece la antropometría.

Mientras la ciencia natural universal corre sin escrúpulos hacia lo general y, con su análisis, destruye despreocupadamente tanto a la cosa como a la persona, el conocimiento que está sujeto a una determinada definición del hombre —que gira en torno a esta—, se ve privado de libertad y amenazado por el mayor de los peligros. Por eso quedamos frente a la opción de, llenos de odio, hacer a un lado este análisis generalizador (como en la réplica de Goethe a Newton) o de no huir ante el peligro sino enfrentarlo, para buscar en este mismo encuentro con el peligro una definición o, al menos, el único camino hacia una última definición.

<sup>76</sup> En este punto debe introducirse la discusión del concepto de sistema.

Mientras la ciencia natural se dirige de manera inequívoca y lineal más allá del a priori de la persona N, la antropología (y con ella la medicina) quiere torcer este movimiento para retornar al punto de partida. No busca el fin en lo infinito, sino en el principio; y dado que el camino es, necesariamente, un desvío, la fuerza que tuerce tiene que ser una fuerza contraria, tiene que ser una corrección, una fuerza ayudante: tiene que ser una ayuda. El concepto de esta ayuda se define entonces como una fuerza que sólo puede encontrarse por fuera del movimiento de las ciencias naturales. No podemos ver ni indicar aquí la raíz de dicho movimiento, ni tampoco el de la ayuda que tuerce el rumbo. Tenemos que conformarnos con describir los efectos que se producen y comprenderlos como una resultante del a priori N y de la disolución completa de la ciencia natural pura en el infinito. Esta disolución se produce, como vimos antes, en forma matemática, en la pura cantidad. Podemos representarnos a la persona individual N y a la ley matemática funcional de la física, como dos polos entre los cuales deben formarse los conceptos de la antropología. A estos los concebimos como un torcer hacia atrás los conceptos puramente científicos, para llegar hasta las definiciones de la persona individual. Superficialmente puede decirse que los conceptos antropológicos (no las palabras) tienen siempre un aspecto universal y, al mismo tiempo, uno personal. Pero con ello no hemos comprendido su esencia, ni siquiera los hemos caracterizado.

El primer concepto que así se forma es: “el ser humano”. Este es el concepto superior, que se forma mediante la hibridación de una persona N con su polo opuesto, “la naturaleza”. El origen bastardo de este concepto radica en que “el ser humano” no es algo que realmente existe, sólo hay personas individuales. Pero también radica en que el ser humano no es algo universal, porque sólo puede hablarse de él en un sentido histórico: no existe siempre y por doquier, y no hay ninguna ley que pueda dar cuenta de él. Por eso, en el concepto se encuentra de nuevo el indicio que señala hacia las personas y, a la vez, hacia lo universal.

¿Cómo es posible que pueda llegar a afirmarse algo universal sobre las personas? Esta es la gran incógnita: ¿cómo puede decirse algo universal sobre las personas, más aún, sobre la persona?

Empezaremos probando la posibilidad de aplicar la matemática en N. Con la expresión “aplicación” no estamos haciendo circunloquios. La aplicación es, precisamente, el problema.

El estudio de las magnitudes en el ser humano no se dirige, como en el de la naturaleza, hacia las cantidades (*Quantität*) puras, sino que se aleja de ellas para dirigirse hacia las cantidades (*Quantum*) identificables<sup>77</sup>. Si digo que la altura del ser humano es de 1,70 m., entonces el interés científico de esta cifra no está en la normalidad (el valor promedio estadístico), sino en la posibilidad de medir allí algo que se encuentre fuera de la norma, a saber, la altura (relativa) de una persona en particular. No buscamos una posible ley (como con los tamaños atómicos), sino la posibilidad de decir este N es más bajo (mide menos que 1,70) o más alto (mide más que 1,70). Por lo tanto, aquí no se evita lo que está fuera de la norma, sino que se lo busca, y no por su condición de excepción, sino porque permite distinguir entre alto y bajo. Esta distinción se concreta mediante el establecimiento de la medida: 1,70 m.

Mientras que, en la física, al ir evolucionando, las constantes de la naturaleza desaparecen y se van reduciendo a leyes, en la antropología es necesario que se multipliquen cada vez más para brindar la posibilidad de distinguir. La distinción conduce a la polaridad, al establecimiento de opuestos. Esta polaridad no es algo real; lo real es más bien la persona, pero su altura relativa es lo que ella parece ser cuando yo comienzo a distinguir, con ayuda de una medida. En realidad, no es cierto que una persona de dos metros es “más alta”: no, simplemente es alta. El concepto de “más alta” proviene de la comparación al medir; en principio, esta persona simplemente es alta. Sólo porque hay personas altas y bajas puede describirse a algunas

<sup>77</sup> N. de la T.: Entendemos que el autor utiliza el término “Quantum” para referirse a una cantidad determinada, por oposición a “Quantität”, que expresaría la idea de cantidad abstracta.



como más altas o bajas. La polaridad, entonces, ya es un desvío hacia la objetividad, si la concebimos, al comparar, como polaridad, como oposición, o sea de manera lógica. (Por eso concebir la polaridad como una realidad originaria, como ocurrió en la filosofía de la naturaleza de Schelling, constituye la salida de una filosofía demasiado universal y objetiva). En la realidad, las cosas son grandes o pequeñas; en la ciencia universal son más grandes o pequeñas; pero en una ciencia que juzga se las considera demasiado grandes, adecuadas o demasiado pequeñas. Por otro lado, en la lógica de Hegel (1812), la medida en tanto síntesis de lo cualitativo y de lo cuantitativo devino la fase previa del ser. Se consideraba que esto era lo correcto, que la medida determinada (el *Quantum*<sup>78</sup>) se acercaba más a la realidad que la cantidad, que apenas es relativa. Pero precisamente por su universalidad, la medida de una persona N se encuentra más lejos que el ser en la escala de la cualidad.

Así, parece que la antropometría es inevitablemente un “alejarse” y no un “acercarse” en relación a una persona N. Y aquí se hace evidente que la esencia de la antropología no es el resultado de la actividad de medir, sino que radica en el juicio histórico: este N es “alto”, es “más alto”, es “demasiado alto”, etc. La esencia no es la escisión, la crítica, la referencia, sino la decisión a favor de N; no la polaridad, sino la univocidad de esta decisión.

No han faltado intentos de la filosofía de deducir lógicamente la tridimensionalidad del espacio; también los fisiólogos creyeron que los órganos de los sentidos tendrían la tridimensionalidad en su constitución (los tres conductos semicirculares del laberinto). Ambos esfuerzos fueron en vano, como ya se ha demostrado. En tanto realidades personales, los pares terminológicos “arriba-abajo”, “izquierda-derecha”, “delante-atrás” sólo pueden polarizarse a posteriori, no son polares en su origen. No ofrecen nada que favorezca la indiferencia matemática, donde el signo “+” y el “-” son intercambiables sin perjuicio de su validez. Cada una de estas afirmaciones tiene más bien

<sup>78</sup> N. de la T.: Dejamos en el idioma original el término que el autor consigna entre paréntesis.

una realidad originaria que puede ser analizable en un sentido matemático, pero también en cualquier otro sentido de la esfera humana. Son palabras que pueden tener significados muy distintos, como lo muestra esta serie de términos: derecha, correcto, derecho; izquierda, equivocado, torpe; o: arriba, superior, autoridad; abajo, súbdito, sumiso; adelante, delantera, ventaja; atrás, emboscada, por la espalda<sup>79</sup>. La capacidad simbólica aparentemente ilimitada de estas seis raíces lingüísticas surge sólo del a priori de una persona; su determinación conceptual dimensional no puede ser concebida como el origen de esta capacidad simbólica, sino como resultado de la determinación de la cantidad general en relación con el caso particular de la persona. En lo que respecta al estudio de los conceptos, estos seis términos se encuentran en el mismo punto de intersección que el concepto “ser humano”. Conceptos como “gordo-flaco”, “corto-largo”, “cercano-lejano” se refieren a las cosas y a las personas; su posición conceptual teórica es completamente análoga. Del mismo modo, encontramos en el terreno de los conceptos temporales algunos que, originariamente, se refieren sólo a la persona: “joven-anciano”, y también otros que incluyen a las cosas, como: “temprano-tarde”, “corto-largo”, “rápido-lento”, “a menudo-raras veces”. La contraposición como tal revela sólo la función crítica; pero el hecho de que la contraposición esté dirigida en una dirección particular y no pueda revertirse a voluntad, se basa en la determinación inevitable de la realidad de una persona (o de una cosa) en toda antropología, o sea de la identidad nominada.

Al igual que las formas de la variedad extensiva, también las de la variedad intensiva son opuestas e indiferentes en la física y polares y no reversibles en la antropología. Por eso, en la teoría, los conceptos “fuerte” y “débil” deben ser tratados de manera similar a los que nombramos antes. Vemos que, del lado de la física, existe la sensación de que el concepto de fuerza sería antropomorfo y hay una tendencia cada vez mayor hacia su eliminación. Por otra parte, la

<sup>79</sup> N. de la T.: En alemán estos grupos terminológicos poseen una raíz común, que en muchos casos se pierde con la traducción (“recht, richtig, Recht; links, letz, linkisch; oder: oben, der Obere, Obrigkeit; unten, Untertan, unterwürfig; vorn, Vorfahr, Vorzug; hinten, Hinterhalt, hinterrücks”).\

medicina nunca usó las dimensiones extensivas para la construcción de la teoría, pero sí las intensivas, como en el brownianismo<sup>80</sup>. Este esfuerzo de la física por liberarse del concepto de fuerza es análogo al esfuerzo de la nueva biología materialista y de la psicología por sustituir el concepto de persona por el de poder, el de poder por el de fuerza, el de fuerza finalmente por el de movimiento y con ello por la ley de la función de la física. En la determinación de la persona N como “más fuerte” nos encontramos entonces de nuevo en el punto de divergencia entre la ciencia cuantificadora y el retorno hacia la persona. La descripción de hombres (y dioses) como poderosos, fuertes, grandes, tiene ese aspecto doble, se extiende en dos direcciones: hacia el camino del saber cuantificador, o sea, de la despersonalización (des-humanización, desdeificación) y hacia el camino de la opción por una persona (humana o divina), o sea, por una identidad nominada. Esta polaridad de los conceptos antropométricos extensivos e intensivos no es pues la polaridad homogénea o indiferente de la “sólo-polaridad”, sino la polaridad dirigida, no reversible o no intercambiable, de una posible *decisión* o no-escisión: por ejemplo, N es alto, gordo, fuerte, joven, etc. Esta polaridad no sólo permite dividir a los hombres en bajos y altos, sino que también da el primer paso hacia una cuantificación de las personas, es la forma más primitiva de medición. En la medida en que hace esto, ocurre de manera correlativa todo lo contrario: la determinación conceptual de la persona N, el retorno desde el concepto (Quantum<sup>81</sup>) a su absoluta realidad: N mide dos metros, o sea es alto (concretamente), y este juicio es una relativización y al mismo tiempo una afirmación absoluta; es el comienzo de una relación con otros, pero al mismo tiempo es un aislamiento de los otros; una racionalización en ambos sentidos.

<sup>80</sup> N. del E.: El brownianismo se remonta al médico inglés John Brown (1735-1788). Las enfermedades se conciben como consecuencia de una alteración en la relación entre los estímulos y la susceptibilidad del organismo (astenia = demasiado poca susceptibilidad). El brownianismo tuvo gran influencia sobre la medicina del romanticismo.

<sup>81</sup> N. de la T.: Figura entre paréntesis en el original.

Es muy significativo que aquellos que se preocuparon por establecer los límites de las ciencias naturales a favor de la historia, también quedaran tan atrapados dentro del objetivismo. No sólo no reencontraron el simple concepto de la narración, sino que tampoco se dieron cuenta de que hacía tiempo que la biología era más histórica que la “historia” de aquella teoría de la historia. Por ejemplo, la construcción del concepto de individuo como un ente indivisible se mantuvo en muchos casos como una visión atomista y creó, desde ese atomismo, una identidad objetiva en lugar de una identidad antiobjetiva-narrativa. Y, no obstante, ¡nada es tan característico del “individuo” biológico como el hecho de que se divide, que dos copulan formando uno! ¡Que, de manera antilógica, de un dos, de dos se forma uno!

¿Por qué no ha de dividirse una persona? (en el término “se” hallamos de nuevo la cualidad antilógica de la “causa sui”). ¿Por qué? Pues se divide. No hay más para decir sobre esto.

La polaridad de las determinaciones antropométricas reveló la posibilidad de la decisión unilateral. ¿Qué debemos pensar respecto de su valor para el conocimiento personal? Por lo visto esto: que un procedimiento de medición nos permite apoderarnos de la persona N, que originariamente era alógica. Y de una manera en la que esta persona no sólo se ve despersonalizada por la aparición de un representante numérico, sino que, a la vez, este número también sirve para la personificación, acercándose de nuevo a la persona, caracterizándola de manera cuantitativa. La persona es cuantificada y el número es personificado. Así, cada postulado de la antropometría es al mismo tiempo cuantificación y personificación; cuantificación de la persona, personificación de la cantidad. Si la persona, en principio, era a-cuantitativa, ahora es más bien contra-cuantitativa. ¿Cómo es esto? Se explica por el hecho de que una persona, en cuanto puro tamaño, ya no es más persona, no es indiferente para la esfera de la matemática. Ya no es a-métrica, sino anti-métrica; no es a-lógica, sino anti-lógica. Le ofrece una resistencia a la racionalización; una resistencia que, al estar positivamente presente, se vuelve expresable. Podría formular-

se diciendo que la identidad nominada de la persona (y de la cosa) aparece en el conocimiento universal necesariamente como una no-identidad témporo-espacial objetiva (anónima). Si la persona N crece, si le amputan las piernas, entonces la identidad nominada deviene históricamente narrable, precisamente debido a su carácter antilógico respecto de estos cambios (o sea no-identidades). “El ser humano” no es sin más lo antilógico, precisamente porque “el ser humano” no es real; pero comprendemos a la persona N, sin más, como lo antilógico; y el medio y el signo para reconocerla como tal es el relato en juicios. Pero cada juicio es a la vez personificación y abstracción, crea de una vez el aspecto universal y el personal; es tarea de una teoría especial del juicio poder llevar a cabo este principio. Recién el juicio habilita esta función doble, a través del doble sentido del verbo, a través de su doble función de narrar y afirmar, la función real y la reflexiva. Es debido a esta unidad de la palabra que la ciencia, tomada de manera literal, es una sola y, no obstante, es siempre polar y divergente. Es tan improbable una ciencia literalmente pura de la persona (por ejemplo, en la biología, la biografía), como una ciencia universal literalmente pura (en la física, la matemática, la lógica).

Al final de este esbozo puede ser necesario prevenir el error de creer que habría que continuar metodológicamente, que las conclusiones que obtuvimos (al menos en el terreno de las ilusiones sensoriales y de la psicología misma) son las únicas tareas que han surgido. Parece más bien que la fatalidad de la metodología es que ella nos aparta del asunto. Si aquí señalamos un método del realismo (*Sachlichkeit*), si intentamos además mostrar que la escisión en juicios reales y reflexivos contiene una decisión que debemos llevar a cabo en el juicio real, si se hizo evidente que este tipo de decisiones, en tanto creadoras de ciencia, fueron colocadas en un lugar superior a la escisión, y si por fin se hizo patente que esta primacía sólo puede ser determinada de manera personal, estos siguen siendo, con todo, postulados apenas metodológicos. Lo único que esta metodología puede tomar de una “apenas-metodología” es el hecho que, dentro del principio de la decisión, el principio metódico se disuelve, y por eso

se recomienda un camino sin método. Del principio y del postulado llegamos a una indicación para el camino. Los que dan indicaciones son personalidades, personas. ¿Es posible que, aunque no hayamos acertado al centro esencial de la verdad científica, un sentido serio de la dedicatoria de este libro –de parte de muchas personas a una sola– radique en el hecho de que no nos reunimos en torno a una enseñanza, sino en torno a una enseñanza personificada, a una persona capaz de indicarnos el camino?



## Medicina, clínica y psicoanálisis<sup>82</sup>

Estas tres palabras que figuran en el título nos introducen de lleno en el centro de los primerísimos tiempos de la lucha que mantuvo Freud en los años 90 y que para algunos significa un contraste insuperable y para otros una unidad fructífera. ¿Es que dentro de cincuenta o cien años será como en el caso de Fechner, Lotze, Wundt, Helmholtz, de los cuales ni de lejos hoy sabemos que alguna vez fueron médicos? ¿Es que Freud, que hoy desea que la medicina y el psicoanálisis se separen completamente, logrará cumplir con su deseo? ¿O es que la vida de Freud, el contenido de su teoría, la rigurosidad de su asunto, prueban de triple manera, pero con un único resultado, que el psicoanálisis fue, es y será una ciencia médica? Si actualmente Abraham Flexner (1925) escribe: “El espíritu de Sydenham, que se interesaba por un niño enfermo, no procedía de otro modo que el espíritu de Galileo, que se interesaba por la física cósmica”. Y si, por otro lado, escuchamos decir a Paul Schilder: “el psicoanálisis es una ciencia natural”, entonces tenemos aquí dos opiniones de las cuales, si son ciertas, se desprende obligatoriamente que el psicoanálisis pertenece a la medicina. Porque la naturaleza es una sola y nada de ella se le debe escapar a la medicina, si el enfermo es una parte de la naturaleza, si el médico es en parte un investigador de la naturaleza.

Si es que Freud verdaderamente deseara que la medicina lo olvidara, entonces la *medicina* tendrá que cambiar. Porque de momento la ciencia de Freud estaba construida, como la restante medicina moderna, sobre la base de la técnica intelectual de la ciencia inductiva

<sup>82</sup> Viktor von Weizsäcker, (1928), *Gesammelte Werke*, tomo 5, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a/ Main, 1987.

Traducido por Dorrit Busch.



y donde erraba, erraba de la misma manera que lo podrían hacer también las otras ciencias inductivas de la medicina. Así lo entendía él, así lo entendían sus críticos tempranos, y sólo desde *aquí* se comprende lo que sucedió a continuación. Porque desde alrededor de 1905 la ciencia freudiana, así como otras ciencias, sufren una ruptura de la que hasta el día de hoy no se tiene plena consciencia y que todavía es difícil de describir de manera objetiva. Esta transformación no la hizo Freud, sino que participó en ella como uno de los que más tempranamente estaban predestinados para ello. Con la introducción del Complejo de Edipo incorpora en la psicología médica un elemento mítico-histórico y dinamita su marco inductivo científico natural, por cierto, sin tener clara consciencia de ello y sosteniendo con pertinacia el gesto inductivo. Sin embargo, a este proceso positivo le corresponde, del lado de la medicina general, una duda negativa en relación a la validez de sus fundamentos científicos. Ahora se ve con claridad que aquella historialización mitológica y este escepticismo, son dos formas de expresión coordinadas de una misma postura espiritual nueva, que se exigen y se complementan mutuamente. Si hubiera ocurrido una recaída de la medicina al misticismo y al filosofismo, entonces no se podría comprender por qué precisamente el psicoanálisis se alimentó de las fuerzas del racionalismo francés y por qué justamente ganó popularidad en los países anglosajones antes que en Alemania<sup>83</sup>. Pero mientras allí se seguía sosteniendo la posición inicial inductivo-positivista del psicoanálisis, que finalmente desembocó en su situación equívoca, en Alemania comenzó una época de elaboración más profunda y el espíritu alemán, de acuerdo a su particularidad, transforma y agota sus contenidos de múltiples maneras y sigue sus líneas de construcción más a lo profundo que a lo ancho. No es que para nosotros en los seguidores y opositores se hubiera silenciado aquella forma anticuada de la concepción formal y puramente intelectual del psicoanálisis. Pero desde un nivel diferente,

<sup>83</sup> Más adelante me referiré al particular entrelazamiento de condiciones políticas, sociales y académicas y su indudable influencia sobre la divulgación relativamente tardía del psicoanálisis en Alemania.

los fenómenos más importantes y más notables permiten reconocer que las primeras discusiones metodológicas no fueron otra cosa que la defensa ante una conmoción peligrosa generada por la cosa en sí.

Pertenecía a la naturaleza del objeto y al lugar de origen en el seno de la medicina, el que la crítica médica más antigua preguntara si es que lo afirmado por el psicoanálisis también había sido demostrado a través de la observación y la evidencia lógica. Su ataque se dirigía contra *la teoría de la libido, del símbolo y del complejo*. Para la situación actual es significativo que en su lugar *la teoría de la transferencia* se ubicó en el centro. En esto se encuentra lo decisivo, en que el problema del complejo y del símbolo sólo concierne al comportamiento del analizado consigo mismo, mientras que la transferencia se refiere a su comportamiento en relación a una *segunda persona*, por de pronto, al analista. Y, para anticiparnos, esta transferencia no es posible sin un proceso análogo en el mismo analista. En el marco de la búsqueda del complejo y de la interpretación simbólica el analista sigue siendo un sujeto conocedor, en el proceso de la transferencia se transforma en un sujeto que padece y es afectado por el proceso analítico. De este hecho extraordinariamente importante se desprende, para el nuevo nivel la concepción, de las emanaciones del psicoanálisis hacia todos los ámbitos del conocimiento y del saber —ya sea que se llamen ciencias naturales, psicología, historia, filosofía o metafísica— siguen siendo derivados de segundo orden. Siempre se tratará sólo de productos de cristalización secundarios, de precipitaciones neutralizadas, donde el *proceso* del psicoanálisis ya no *tiene lugar*, sino que él mismo se volvió objeto de una mera *afirmación*. No se trata de que esta última sea prohibida o absurda. Tampoco en estas líneas puede suceder otra cosa. Pero innumerables veces las afirmaciones equivocadas sobre el psicoanálisis surgen de confundir el proceso psicoanalítico con un acto de conocimiento de la clase de la ciencia natural o de la ciencia histórica.

Lo interesante en este punto es que más que una ciencia, el psicoanálisis era una terapia; más exactamente: el término psicoanálisis, en su doble sentido, a veces significa terapia y a veces se refiere a una

ciencia pura. Este doble sentido no aparece en los términos como física y geometría, pero sí en los términos como historia y religión, en la medida en que estos se refieren a un acontecimiento y, al mismo tiempo, a una declaración acerca de este acontecimiento. Desde luego que aquí no consideraremos la cuestión de si lentamente el concepto de ciencia pura, de objetividad pura, sufrió una fuerte modificación; para el momento del surgimiento del psicoanálisis vale en el sentido que mencionamos aquí. Por eso y de acuerdo a mi opinión, en la fórmula “el psicoanálisis es una ciencia natural” yace una equivocación fundamental, que cumple una función bien determinada de la cual hablaremos más adelante.

Para mayor aclaración podemos referirnos a lo que enseña la experiencia, o sea, que en la práctica los conceptos de objetividad de las ciencias naturales modernas no alcanzan para combatir las comprensiones de la nueva psicología, y que la *validez universal* científica no es suficiente para construir una *comunidad* entre los científicos que intentan comprenderse mutuamente. Aparece el argumento de Freud de que el rechazo de una teoría por una *persona*, *confirma* la exactitud de esa teoría, con lo cual, quizá por primera vez desde la superación del autoritario concepto de verdad de la escolástica, como de la antigua teología protestante, se intenta a través de la ciencia moderna, introducir nuevamente el factor personal como algo legítimo. Con este paso, junto a las teorías de la revelación, actualmente el psicoanálisis tal vez sea la única teoría que combina, como algo universalmente válido, el concepto *esotérico* de verdad con el *personal*. Con ello se diferencia de las filosofías relativistas-personalistas, que subrayan a la persona como fuente de la verdad, para demostrar la estructura individual y no general de la verdad. Tampoco se lo debe equiparar a cualquier círculo autoritario (“sectas”) esotérico que, si bien también sostiene poseer una verdad válida para todos, alcanza esta verdad sólo a través de la vocación interna o la iluminación. Menos todavía se lo debe comparar con los movimientos gnósticos que, si bien denominan la verdad más elevada como científica, pero (al menos en principio) no tienen en cuenta al ser personal (Antroposofía). En comparación,

la comprensión de la verdad del psicoanálisis puede ser obtenida por cualquier persona a través del psicoanálisis. La *puesta en marcha* de su verdad genera su *comprensión* en el proceso del análisis de hombre a hombre, de persona a persona. Sin embargo, esta puesta en marcha no se dirige, y esto es lo que lo distingue en su particularidad, a la inteligencia receptiva, ni a la capacidad de gracia del ser humano, sino que *opera* de manera experimental<sup>84</sup> sobre lo *inconsciente*, sustraído de su voluntad consciente.

De acuerdo a este estado de cosas, se comprenderá con facilidad que el psicoanálisis podía surgir como una acción médica, pero que podía ser malentendido como un movimiento espiritual, parecido a la religión o emparentado a un movimiento filosófico espiritual o cultural. Efectivamente, el psicoanálisis no solo ejerce efecto en la medida en que procede sólo a curas analíticas, sino que también produce “ideas” (ver más adelante) y también aporta a la historia de las ideas de la época importantes contribuciones. Este efecto, que no procede del tratamiento analítico, sino de la difusión de las ideas, es un acontecimiento de tanto interés como el análisis en sí mismo, pero sólo podrá ser aprehendido a partir de este. Porque la verdadera comprensión del psicoanálisis no ocurre a través de la transmisión de *contenidos* de conocimiento, sino a través de la utilización de la participación consciente y la inconsciente de la propia persona. Es posible que también en relación a la divulgación de cualquier otro conocimiento sea posible transitar por este camino.

Esta es una razón para la gran divulgación de los pensamientos analíticos. Es la esperanza de un método especial acerca de cómo una convicción puede ser transmitida. La comprobación lógica (procedimiento final de la lógica formal), la comprobación geométrica (la evidencia lógica en la experiencia), la evidencia (por ejemplo, la observación experimental a través de herramientas sensoriales), la credibilidad en relación a una persona y con ello a sus afirmaciones, la

<sup>84</sup> Más exactamente: a través de un experimento pasivo; su disposición experimental provoca que el conocimiento surge por sí mismo.

inspiración en un estado excepcional psíquico (éxtasis, iluminación), la revelación a partir de la fusión personal con lo sobrehumano (tal vez experimentado grupalmente), todas estas son formas de adquisición del conocimiento que se *diferencian* del proceso de la adquisición psicoanalítica. En esta ocurre una adquisición que sólo es posible de lograr en el trato entre dos personas, a la cual se puede sumar cualquiera de las mencionadas anteriormente, pero ninguna de ellas es la decisiva.

Ahora bien, si este modus psicoanalítico no está vinculado a los contenidos específicos de la esfera psicológica investigada por Sigmund Freud, sino que es aplicable a otras zonas del ser y del conocimiento, entonces el método también es aplicable allí donde la meta no es la psicoterapia, sino la transformación en cualquier otro sentido. El vencimiento de las resistencias en un ser humano, que tiene como meta su libertad *dentro* de una sociedad, también es la meta de cualquier otra educación, de cualquier educación para la vida, de cualquier vida comprendida como educación.

Pero más allá de esto, si este método puede ser emancipado de los contenidos psicológicos del simbolismo de la libido y del Complejo de Edipo, se convierte en un instrumento tan formal, tan transferible a cualquier otro mito, que entonces también *dentro* de la ciencia médica existe la posibilidad de rellenarlo con una materia diferente a la que específicamente prefería Freud. Dicho de otro modo, entonces deberá ser posible de ser aplicado también a *padecimientos* que se diferencian de las neurosis de Freud. De este modo se produciría, presuponiendo la naturaleza puramente formal de los efectos psicoanalíticos, una ampliación por fuera y también por dentro de la medicina. Desde fuera, en la medida en que, por ejemplo, se pudiera divulgar también por vía “analítica” una convicción política que tenga fuerza formadora de grupos; por dentro, en la medida en que también se pudieran comprender por esta vía o alguna similar, otros padecimientos que difieren de los psiconeuróticos considerados por Freud.

El psicoanálisis se comporta de manera formal en relación a la idea en sí misma y abandona rápidamente lo que parece surgir como

idea (sobre todo también en las obras metapsicológicas de Freud, ¡no sólo en sus análisis!), cuando surge una nueva *experiencia* decisiva (en el sentido positivista). Para el psicoanálisis el espíritu es solo epifenómeno, su fuente es siempre la experiencia.

Un segundo punto que ilumina esta situación, no se encuentra en el campo de la esencia teórica, sino en el histórico de la curación. Así como en lo que se refiere al suelo de la historia de las ideas y del idealismo, el psicoanálisis es malentendido como espíritu, así ocurre respecto al suelo de la historia de la curación del alma como salvación, incluso como redención religiosa. Según mi opinión, también aquí ocurre regularmente el malentendido por parte de los seguidores, patrocinadores, amigos y enemigos. En algunas oportunidades el mismo Freud (*Totem y tabú* 1913) incluyó la evolución de la raza humana en la secuencia histórica del mito, pasando por la religión hasta la ciencia y con ello ofreció una filosofía de la historia de la creciente libertad humana, que descubre ciertas falencias y puntos flacos de su cultura espiritual. Sin embargo, si el psicoanálisis logra diferenciar la salvación del alma de la salud y la redención de la terapia, esto no tiene tanta importancia. ¡Si es que! Antes de fijar los límites, tenemos que *comprender* que es probable, más bien inevitable, que estos límites sean difusos. Así como en la crítica del objeto el punto esencial se desplazó desde el campo del complejo y del símbolo hacia la transferencia, en la crítica del sentimiento, la parapsicología del yo, del ello y del superyó ocupa hoy el lugar de la teoría de la libido. Si bien en su momento se buscaba poner diques a la extensión del concepto de género, a la actitud de hurgar en el alma y al peligro de la sumisión que representaba el análisis<sup>85</sup> y, si bien esta resistencia provenía en parte de las fuerzas sexuales en sí mismas, actualmente la resistencia se puede llamar política y proviene de las fuerzas de los órdenes sociales, comunitarios y de la fe. Porque la transferencia analítica y la superación analítica se mueven acorde a las leyes del

<sup>85</sup> La experiencia enseñó que, a raíz del aumento en la publicación de lo sexual en lo moral, la teoría de la libido se transformó en algo inocuo, que la verdadera suciedad existe en todos lados y que se había sobreestimado la obediencia de los analizados.

yo, del ello y del superyó, de la identificación y la sublimación y son formas revolucionarias de la formación de la comunidad. (Aquí no me referiré a su interesante vinculación con las formas socialistas y comunistas).

Es indiscutible que también aquí, se observa la evolución del psicoanálisis en paralelo a la transformación de la medicina en sí misma. Ahora el estado de las cosas en el aspecto médico general no sólo se manifiesta en forma negativa a través de la desilusión, el escepticismo y del fastidio relacionado con lo científico, sino de manera positiva en cuanto a la ampliación y renovación entusiasmada del sentimiento y de la voluntad médica, en el novedoso movimiento psicoterapéutico, pedagógico y humanitario. La lucha contra el materialismo clínico (considerar *a los* enfermos como “material”, *al* enfermo como un “caso”), contra la psiquiatría institucional, contra la “medicina académica” en general y la universidad en particular, se vuelve manifiestamente polémica. La inclusión de los incurables, de los discapacitados y débiles, de los fracasados, de los enfermos mentales, de los enfermos *sociales*, en el círculo de las tareas de la medicina activa, terapéutica y científica, representa las consecuencias de aquella inclinación hacia el enfermo, que ahora ya no se define considerando su disminución objetiva del rendimiento, sino desde su estado subjetivo de sufrimiento y desde su condición subjetiva de la existencia. Sin embargo, este movimiento no ocurre sólo desde una conmoción espiritual, ética o religiosa, sino también desde la revolución social, cuyo signo más importante es la desvalorización y la reducción del viejo mundo burgués y la entrada de las masas en la dinámica política.

En este contexto se hace presente el histórico doble rostro del psicoanálisis. Porque mientras deja de lado los valores burgueses e idealizados del hombre comprometidos con la ética, y con ello *destruye* a través del silencio lo que la masa revolucionaria *destruye*, en su calidad de ayuda médica representa uno de los asuntos más valiosos, y en su calidad de ciencia un asunto de aristocracia espiritual. Si bien se podría decir que para el psicoanálisis toda persona es un proletario, existe al igual que su fundador, solo en la forma de un intelectual de

la cultura, de la ciencia y del espíritu. La *mayoría* de las personas no son lo suficientemente intelectuales para el psicoanálisis y para la mayoría de las personas simplemente no es lo suficientemente accesible. Este estado de cosas se percibe claramente en los movimientos más tempranos de secesión: ya sea que estén vinculados con Alfred Adler y se inclinan hacia el niño, el “tonto” y “débil” como tal, para derivar luego, sobre la base de aparentes pensamientos socialistas, en acciones que apaciguan al pueblo y representan la salvación del mundo; o si algunos clérigos profundamente comprensivos, lo transforman en un ancla de salvación para los que se encuentran en sufrimiento anímico que, sin embargo, se basa en un fundamento que, al fin y al cabo, “pertenece a este mundo” y que, por lo tanto, no *puede* representar un mensaje para todos.

Inmerso en estos equívocos, que surgen entre cuestiones socio-políticas y contenidos revolucionarios, sería un gran error considerar a este contenido como teniendo tanta capacidad formativa y adaptativa que, ni bien se calmen las olas, todo podría permanecer igual que siempre. La actitud implacable de Freud (que permanentemente también se tiene que transformar en dogmatismo no médico) expresa lo implacable de una realidad, en oposición a lo que se dice y se piensa, a todo lo ideológico y abstracto. Por otro lado: lo que se dijo aquí acerca de las *divulgaciones* médico-sociales, humanitarias y psicoterapéuticas, no tendrá que considerarse sólo como un desecho y una disolución del psicoanálisis (como este, lo consideraba todavía hasta hace poco<sup>86</sup>) sino que se encuentra profundamente relacionado con él. Por cierto, que su objeto es algo especial, porque la psique del psicoanálisis tiene algo que ver con el *alma* del ser humano, con algo que en ningún lugar y nunca ha podido ser comprendido acabadamente. Y en este tema, que el psicoanalista comparte con el clérigo, el maestro y el médico, se vuelve a expresar la ausencia de idea y de espiritualidad que es necesario subrayar aquí, donde no ponemos la mirada

<sup>86</sup> En el año 1926 por primera vez tuvo lugar en Alemania un congreso médico general, en el que se reunieron psicoanalistas, psicoterapeutas y representantes de todos los ámbitos especiales, para realizar un trabajo en común.



en su esencia teórica sino en su importancia terapéutica. Porque en realidad el alma (*Seele*), que por lo visto aquí se vuelve objeto de una ciencia natural, es aquello que nunca puede ser alcanzado por ella. El alma comenzó a participar en el juego representando distritos que parecían pertenecerle y que de pronto podrían ser alcanzados; como cosas que eran consideradas personales e individuales y se mostraron acorde a leyes generales; como una propiedad privada que se publicaba y expropiaba; como secretos del pudor y de la defensa personal que se volvían públicos y reconocidos por cualquiera.

Aquí esta exposición se refiere a una evolución que ya se encontraba en Werther, Rousseau, en la novela sentimental y psicológica, en Nietzsche y en relación a los cuales las obras de Freud se comportan como una científicación y un cierre alejandrino. Y cuanto mejor lo comprendemos tanto más se destaca la particularidad por la cual el psicoanálisis es un comienzo novedoso, a saber: su carácter psicotécnico, *médico*, o sea que nuevamente no es su contenido histórico espiritual o cultural, sino su contenido específicamente terapéutico. *En la medida en que* el psicoanálisis es una “ciencia natural” no difiere tanto de lo que fue también la psicología experimental, la fisiología, la bacteriología, etc. al servicio de la medicina ¿...*tant de bruit*...? Sin embargo, en la medida en que tiene algo que ver con la sanación del alma enferma, se trata de algo diferente y de algo que se opone por completo a aquellas disciplinas auxiliares mencionadas. Hablaremos sobre esto en la segunda parte de este esbozo. Del mismo modo que, si el “cielo” se vuelve un sector óptico del espacio físico, ya no puede ser el lugar donde habita Dios, el alma no puede habitar ciertos sentimientos y pensamientos, si estos sentimientos y pensamientos son reconocidos como formas psicológicas de energía. Por desgracia el psicoanálisis a veces tuvo la pretensión de haber suprimido el alma antigua, del mismo modo en que la ciencia natural a veces creía haber suprimido al antiguo Dios.

Por supuesto que no tenemos que pensar que el plan de la medicina moderna racional, de ampliar las posibilidades de curación a través de investigaciones científico naturales, haya fracasado. Era

comprensible que se produjeran retrocesos de ánimo cuando no se llegaba a los resultados esperados, pero eso no significaba para nada que el camino estaba equivocado. Es cierto que la medicina percibía que lo que daba resultado para la técnica, a saber: el dominio experimental y mecánico de los procesos, no era tan exitoso y que el principio de la escuela académica técnica había tenido una influencia demasiado profunda. Medicina no es técnica; pero *también* es técnica. Durante un tiempo se proporcionó ayuda suponiendo que los organismos son más difíciles de dominar a causa de su complejidad. Pero es una hipótesis totalmente indemostrable que la complejidad sea la culpable. En realidad, se trata de un postulado que salva la forma de pensar mecanicista. Freud no participaba de este escepticismo y, como sucede muchas veces con los *outsider*, tenía esperanza y estaba más confiado en el estímulo proveniente del lado de la medicina somática de lo que estaban muchos médicos organicistas. Él es representante de la medicina *racional*. Pero desde cambio de siglo surgieron diferentes síntomas de una crisis de confianza respecto de la medicina racional, sin llegar a sacudirla verdaderamente. Este movimiento podría ser considerado como una política de alternativas externas ya que, para ayudarle, había que adjuntar algo a la tarea de curar. En su exageración, el increíble impulso hacia la especialización y el perfeccionamiento de la medicina orgánica representa su debilidad. El desamparo frente a los grandes procesos patológicos quiere ser sustituido por un tratamiento especial micrológico. Otro síntoma es la interpretación estética. La medicina en realidad es un arte y “trabaja con” la inspiración y la intuición más que con la razón.

Otra sugerencia sostenía que se debería incluir en el plan de estudios la ética médica. Todas estas cosas siguen siendo afirmaciones débiles y sólo muestran un trastorno interno del equilibrio de la confianza en la medicina que no se sabe interpretar a sí misma. Pocas afirmaciones se imponen realmente. Y recién la separación de médicos serios e importantes, hasta llegar a la ruptura social, como ocurrió en el caso de Freud, ponen en evidencia que estos anexos no llegaron a tocar el núcleo. A ello se sumaba, lo que era casi una ironía, que

Freud, por su abundante uso de términos que se referían a imágenes energéticas y cuantitativas para explicar los procesos psicológicos, generalmente era considerado un materialista. En su calidad de psicólogo de las pulsiones también era sospechado de ser un materialista ético, de modo que no era apto para ser considerado un aliado de las corrientes antimecanicistas. No se percibía que ya sólo su referencia al simbolismo y su concepto antilógico del inconsciente dinamitaba al mecanismo; que afirmaciones como las que sostienen que el inconsciente es atemporal, o la idea de que la contradicción no es válida, contenían puntos de partida para un antimecanicismo radical.

Es así que sólo muy lentamente, se llegó a un examen serio y a una discusión abierta entre el psicoanálisis y la medicina clínica. En ello colaboró la aversión personal de Freud respecto de polémicas científicas. El rechazo apresurado y superficial por parte de algunos profesores académicos, tampoco ayudó a amortiguar a tiempo los indiscutibles fenómenos de depravación surgidos en el así llamado psicoanálisis silvestre. A pesar de que su difamación, que le reprochaba la “excesiva exageración”, los “abusos”, los “errores geniales”, haya sido eliminada y se hayan aumentado de año a año los indiscutibles “inmensos méritos”, la grieta sigue siendo más profunda de lo que los amigos relativos del psicoanálisis a veces toman consciencia.

Habrá que subrayar siempre que, de acuerdo a las leyes conocidas sobre la ambivalencia, la figura de Freud, ya sea recibida con odio o con amor, ha tenido un efecto más profundamente inquietante que todos los demás sistemas teóricos terapéuticos psicológicos anteriores o contemporáneos. Sólo la introducción de la hipnosis puede ser comparada en su importancia. Su originaria<sup>87</sup> prioridad se basa en la posibilidad de ejercer influencia hipnótica sobre los síntomas corporales y esta influencia no sólo llega a las zonas de la así llamada musculatura voluntaria, sino también, como sabemos ahora, a los capilares sanguíneos, al movimiento del agua entre la sangre y los tejidos, a la eliminación del agua a través del riñón, a las glándulas salivares, del

<sup>87</sup> N. de la T.: en el sentido de fundante.

estómago y del páncreas, al movimiento gástrico y del intestino, etc. Si bien algo así ya podía esperarse de las famosas investigaciones de Pavlov, ahora se vuelve más claro que la psicofísica de estas influencias no ocurre de acuerdo al esquema de los reflejos, sino que la principal condición es una cierta postura general de la persona psicofísica *bajo la cual* se logran estas sugerencias. Los afectos acompañantes o los lazos personales respecto al experimentador, son un indicio de ello. Pero siempre se confirma que la esfera consciente representada por la percepción, el pensamiento, la reflexión, la voluntad, la inteligencia, no es capaz de intervenir por sí misma directamente en esta esfera corporal, sino que a ello le corresponde un compromiso de las así llamadas capas más profundas, que deberán ser consideradas como formando parte de la estructura de la personalidad. Por lo tanto, aquí se encuentra un punto nodal que se le había escapado a casi todas las anteriores disciplinas psicofísicas y que excluye la aplicación simple del principio de las paralelas en la psicofísica –se vislumbra o se intuye un tercer reino o una originaria<sup>88</sup> unidad de cuerpo y alma.

Resulta llamativo que el tratamiento psicoanalítico, que puede exhibir curaciones que apuntan directamente a la supresión de los síntomas orgánicos, las registra en menor medida y tampoco las busca. Su campo de aplicación es el de las psiconeurosis más que el de las órganoneurosis. Sin embargo, esta clasificación tiene el significado de una descripción práctica. En teoría toda órganoneurosis es también una psiconeurosis y viceversa; y toda neurosis es una transformación funcional acompañada del equivalente estructural y viceversa. La terapia hipnótica y el análisis no se diferencian por lo material sino por la meta terapéutica. Como podemos decir, utilizando provisoriamente una expresión de Scheler, aquella es quirúrgica y esta es socrática. En este sentido surge una pregunta al sistema de la medicina teórica: ¿existe un tal tercer reino o una tal unidad originaria y es el asiento de la enfermedad y es accesible a la terapia? Mientras respondemos a

<sup>88</sup> N. de la T.: en el sentido de “origen”.

esta pregunta con una afirmación rotunda damos también una respuesta a otra: ¿qué es el hombre?

Deberá hacerse cada vez más evidente la idea de que la cuestión no es simplemente la siguiente: ¿es que el psicoanálisis puede presentar éxitos terapéuticos tan significativos en el caso de las neurosis o de los síntomas órgano-neuróticos, que se justifique incluirlo en el tesoro metodológico de la medicina? Independientemente de cómo resulte su respuesta, quién pregunta o responde de esta manera no comprendió la situación. Más bien: bajo la influencia del psicoanálisis surge o, mejor todavía: en el surgimiento del psicoanálisis también surge una nueva idea del hombre enfermo y un nuevo tratamiento médico para el hombre enfermo, en el cual todas las ideas y tratamientos anteriores, de acuerdo a su esencia y su valor, aparecen bajo otra luz. A lo expresado más arriba de manera histórica agregaremos ahora lo siguiente.

La manera más fácil de entender lo que queremos decir es la de seguir el desarrollo del concepto de neurosis. Podemos distinguir las siguientes etapas: 1— Se comprende a la neurosis como una enfermedad en el sector del sistema nervioso material, en el cual *todavía* no se ha encontrado una modificación anatómica. Se trata de ejercer influencia a través de baños, electricidad y medicamentos. 2— Se comprende a la neurosis como una escisión o separación psicomecánica de contenidos de la consciencia, donde a veces se pone más acento en la representación o en los afectos, a veces en los actos voluntarios. Se la busca combatir a través de la hipnosis, de la sugestión o de los medios educativos violentos. 3— La neurosis es considerada como síntoma de una inhibición psíquica parcial del desarrollo, que por lo general comienza en la primera infancia o con el trauma del nacimiento. Se la intenta eliminar “desenrollando” esta génesis (punto culminante del psicoanálisis). 4— La neurosis es concebida como estructura psicológica de la personalidad como un todo, que sin embargo también es considerado como reversible. Se intenta mejorar la personalidad como un todo a través de trabajo analítico, enseñanza y liberación (psicología individual y forma caracterológica de la

psicoterapia analítica). 5— *La neurosis es una expresión del “tipo” común a todos los hombres y de su ubicación psíquica y física intermedia entre la esfera subhumana y sobrehumana.* La expresión “neurosis” significa ahora sencillamente *el umbral* casual-individual, donde la carencia general del hombre se vuelve “clínica” y conduce a trastornos subjetivos o sociales. Personalmente esta es la interpretación que represento.

Nos ocuparemos aquí sólo de la última interpretación, que es la que vuelve a introducir el problema en el campo de la medicina *general* y de todo acto médico. En mayor o menor medida abarca las etapas anteriores, pero con otros acentos. Si por ahora sostenemos la definición en su forma general, no sólo se muestra abierta hacia ámbitos médicos, sino también hacia los pedagógicos, sociológicos, teológicos, biológicos y filosóficos. Precisamente esta es la situación que el psicoanálisis colaboró en convocar: *el que* haya surgido una tal “apertura” del problema médico hacia todos los ámbitos.

Sin embargo, en cierto sentido se abre un camino de división para la actuación médica, dado que el médico tiene la libertad de dirigirse más hacia el aspecto sobrehumano o más al infrahumano. Esto se comprende mejor si entendemos que *el mismo* síntoma puede ser eliminado a través de dos medios totalmente *diferentes*. Por ejemplo, un dolor (tal vez el de una parturienta) a través de morfina u otras drogas, pero también a través de la sugestión en la hipnosis. Tenemos, por así decir, dos medios diametralmente distintos para el mismo padecimiento: *la medicación* y *la palabra*. Esto significa que, a lo largo de un trecho bastante prolongado, un padecimiento orgánico y un padecimiento psicógeno pueden presentar los mismos *síntomas*. Los más conocidos son los hechos observados en el ámbito de los padecimientos orgánicos del sistema nervioso central. Encefalitis e histeria, tumores en su estado inicial, parálisis, arterioesclerosis del cerebro y neurastenias, pero también tumores y neurosis del estómago, enfermedades del músculo cardíaco, etc., muchas veces recorren un trecho prolongado con idénticas manifestaciones sintomáticas, de modo que su diagnóstico diferencial es un tema inagotable para la patología especial.

Y lo que vale para los síntomas objetivos también vale para el sujeto que vivencia, para el enfermo. El dolor, la debilidad, el miedo, el sentimiento de insuficiencia, el cansancio, la irritabilidad y la excitación, la apatía, la adicción a dormir o el insomnio, etc., representan síntomas comunes de estados orgánicos tanto como de psicógenos, e individualmente se experimentan del mismo modo en las enfermedades infecciosas como en una neurosis. Poco investigados, pero sin duda presentes, son decursos funcionales orgánicos anormales en la neurosis psicógena como, por ejemplo, extrasístoles cardíacas, variaciones sanguíneas, anormalidades en las secreciones y en la motilidad en los órganos digestivos, etc. Podemos resumir, entonces, diciendo que existe un modo del estar enfermo universalmente válido y una sintomatología del *estar enfermo en general* (indistinto de si el origen es orgánico o psíquico) y existe un doble camino para ejercer influencia médica sobre este sector, uno somático y uno psicológico.

Estos hechos serían de relativamente poco interés si este sector fuese considerado, no sólo como limitado, sino sobre todo como de segundo orden. Es probable que así pensaban muchos representantes de una medicina rigurosamente racional. Consideran que un fenómeno como el dolor o el miedo son síntomas secundarios, simples síntomas de segundo orden, cuyo tratamiento sólo tiene valor sintomático, no causal. Precisamente en este punto se vuelve evidente la importancia que tiene el psicoanálisis y la psicoterapia para la medicina en su totalidad: *¿y si las cosas fuesen de otro modo?* ¿Y si el miedo fuese más central, más original, un hecho *más cercano* a la prima causa de la enfermedad que la presencia de bacterias, las consecuencias histológicas de su efecto, o el efecto contrario serológico? Prácticamente ningún médico discute que el surgimiento y el decurso de una infección a veces depende de “factores anímicos” tales como el miedo. Pero que semejantes observaciones ocasionales se refieran a una relación fundamental *siempre* presente es algo poco investigado, pero tal vez posible de ser investigado y tal afirmación suele ser rechazada por los médicos de las ciencias naturales. Y no obstante el tercer reino menciona-

do más arriba con su unidad original (*ursprünglich*), es justamente el lugar donde debe comenzar la terapia, si es que sigue a esta estrella.

Si a través de una psicoterapia el curso de una tuberculosis pulmonar, que transcurre muchas veces sobre el filo entre la catástrofe y la curación, puede lograr, aunque sea la más mínima inclinación hacia el lado favorable, entonces el psicoanálisis significa un progreso también para la terapia pulmonar, si es que el psicoanálisis significó un progreso para la psicoterapia. Actualmente la principal resistencia contra esta conclusión se formula de esta manera: desde siempre los buenos médicos han conocido y practicado la psicoterapia, pero no se la puede aprender; en realidad lo mejor es que no se la tenga que aprender. Lo verdadero y lo falso de tales afirmaciones de boca de médicos que siempre están abiertos a pensamientos avanzados, se distingue claramente, cuando se acepta que la psicoterapia de las enfermedades orgánicas internas se encuentra en los primeros comienzos de un desarrollo. ¿Quién sabe hasta dónde llegará? Se trata de una cuestión relacionada con el desarrollo subsiguiente psicofísico de la especie humana en su totalidad.

Pero lo que se puede mostrar, son los prejuicios y las dificultades concretas a las que se enfrenta semejante empresa. En relación a los prejuicios, la experiencia muestra que no suelen ser vencidos a través de informes casuísticos y estadísticos sobre éxitos terapéuticos. El "caso" siempre es tan complicado que otras explicaciones son posibles. El reconocimiento de la psicoterapia científica y disciplinada presupone escalas de valor diferentes a las que posee el clínico o practicante científico natural. De esto ya hemos hablado. Pero los prejuicios se fundamentan en dificultades más profundas. Es cierto que a un enfermo se le puede indicar medicamentos, dieta, rayos ultravioletas y una psicoterapia; así parece. Pero aquí surge la dificultad más grande: en el mismo médico. Porque la formación en psicoterapia exige un desarrollo especial de la persona y de la psique del médico, incluyendo la esfera en la que se desenvuelve la neurosis del enfermo. Debemos dedicar algunas palabras a esto. Al fin y al cabo, la psicoterapia siempre es una conversación aparentemente unilateral. Su técnica



utiliza simplemente la palabra como medio para la conversación, o también las posturas y los gestos que la reemplazan. Ahora bien, la manera de relacionarse del médico formado en las ciencias naturales es sencillamente la de su estrato social, sus costumbres y convenciones. A esto se agrega una convención de su posición social y su adaptación a la posición y la personalidad del enfermo comprendida de manera intuitiva. La medicina académica no posee una teoría sobre homilética y técnica de la conversación y el médico puede, según su inclinación, reflexión o inspiración espontáneas, formar libremente su comportamiento personal e idiomático. En realidad, lo forma *dentro* de la situación mencionada.

Como sabemos, el psicoanálisis y otras formas de psicoterapia relacionadas, rompen con esta libertad y la sustituyen por un método que no describiremos aquí. Sin embargo, la modificación escalonada de los procesos psíquicos en el terapeuta durante la terapia es un fenómeno común y fundamental en cualquier psicoterapia. Paso a paso ciertas actitudes y reacciones anímicas, que provienen de su estado cultural y natural, deberán sufrir una transformación dentro de él. Esto no vale sólo para sus reacciones pulsionales, sexuales, sensuales o de algún modo irracionales en relación al enfermo, sino también para sus opiniones o sentimientos culturales, nacionales, políticas, sociales, convencionales, como también para lo específicamente estético, espiritual, ético y religioso. No es que esto se pueda eliminar. Pero se requiere que el terapeuta no debe ni liberar, ni reprimir, cada una de estas tendencias dentro de él, sino que las debe reconocer y hacer consciente como lo que son. Debe llevar a su propia consciencia reflexiva, todos los masivos recónditos caminos psíquicos y todas las vestimentas simuladas de estas mociones.

El sentido de esta exigencia es que, sólo si es cumplida, el terapeuta no comete aquella interminable *autorepresentación* en su conocimiento del paciente, por la que nos extendemos con nuestras reacciones normales biológicas y con nuestros juicios sobre otras personas y que siempre contienen los criterios de valor y las caracterizaciones objetivas. El *primer* escalón de esta objetividad psicológica

de la psicoterapia consiste en que el paciente se vuelve *carte blanche*, para nuestra forma de reaccionar y de opinar. Si se compara esta (negativa) objetividad con la de un experimento científico natural con un animal<sup>89</sup>, el teórico registra en seguida la oposición contradictoria. El experimento con un animal sólo resulta bajo condiciones de una máxima estructura y actitud intelectual y técnico manual muy diferenciada del *experimentador*: es altamente espontánea, mientras que el psicoterapeuta tiene que permanecer en un estado de máxima receptividad. Pero lo que se afirma aquí del experimento fisiológico con animales (¿y dónde está el médico clínico que no se ha formado de esta manera?) ¡vale punto por punto para la somatoterapia clínica! El sostén científico y el instrumento crítico de la somatoterapia clínica en su totalidad es la técnica intelectual del experimento, es decir, una operación psicológica de la consciencia *inversa* a la postura psicoterapéutica.

En el caso particular, esta contradicción formal entre una formación científico natural y una psicoterapéutica, en ocasiones tiene efectos catastróficos para el paciente y el médico. Pero naturalmente también es una contradicción material. ¿Es que tenemos que demostrar con ejemplos que la sustancia y el conocimiento respecto del alma se diferencian ampliamente de los ámbitos que abarcan los elementos, los iones, las moléculas, la biología hereditaria y la fisiología cerebral? Menos evidentes son los problemas de la próxima etapa de la terapia que se presentan con la formación y disolución de las transferencias. Son las más interesantes. Ahora tendrá que salir de su postura receptiva. Aquí tenemos que decir que esto vale tanto para el somatoterapeuta como para el psicoterapeuta; a saber, que la actividad científica implica el peligro de una postura autista, narcisista, egoísta. Porque la actitud exclusivamente objetiva de la investigación, exige una renuncia a la subjetividad que puede desembocar en una despersonalización y puede sujetar fuerzas anímicas que la vida de hombre a hombre, precisamente exige. La inclinación del sujeto hacia

<sup>89</sup> Casi todos los métodos clínicos de reconocimiento son una analogía de estos.

la cosa representa un peligro para que se pueda inclinar hacia el tú, quedando así adherido al yo.

Ambas cosas: tanto el incremento de la consciencia como la hiperracionalización de todo lo psíquico a través del proceso descrito del autoanálisis y, por otro lado, el incremento de la referencia a uno mismo a través del hábito de la investigación científica, representan los mayores peligros de toda combinación activa entre ciencia y medicina. Representan una invitación para el combate precisamente en la clínica. La pérdida de la ingenuidad y de la sencillez es un precio que puede volverse demasiado caro, pero también es cierto que la amplificación de la consciencia y del conocimiento no le resta nada a la fuerza y verdad vital original (*ursprünglichen*).

Por supuesto que en cierto nivel las acciones médicas se realizan de manera más efectiva cuando no son interferidas por la reflexión. Pero, en otro nivel, las tareas terapéuticas como, por ejemplo, en el caso de las “neurosis”, no se resuelven y sólo son accesibles para quien recorre el camino del conocimiento también en la región de su propia alma, más allá de lo que por lo general es necesario. Esto puede significar un sacrificio para el médico y debe ser una advertencia ante demasiados reproches por las falencias y particularidades de su persona, que en cierto modo son mutilaciones de guerra de su profesión. Sin embargo, este punto conduce a uno de similar importancia, a saber: que todos los procesos de conocimiento en la somatoterapia permanecen como propiedad exclusiva del terapeuta, pero en la psicoterapia se vuelven una parte de la terapia en sí misma, en la medida en que se introducen en el *paciente*. No se trata del mismo conocimiento que el de las ciencias naturales; pero no obstante es conocimiento; ser curado y sanar, *también* significa: *reconocer*.

El error más común que se suele cometer es que el médico, educado en el pensamiento terapéutico causal, intenta administrarle al enfermo *su* conocimiento psicológico, simplemente como si se tratara de un medicamento, como si pudiera tener el efecto de un suero sanador, sin saber que el conocimiento en psicoterapia es lo *último* y que la terapia exitosa solo es síntoma *indicador*, cuya anticipación pre-

cisamente suele impedir la terapia. Porque lo primero que tiene que aprender el enfermo, es que también él debe volverse *carte blanche*, tal como hemos descripto más arriba en relación al terapeuta.

De los combates que surgen en la transferencia sólo comentaremos *una* oposición entre la terapia psíquica y la somática: se refiere al balance entre el dar y el tomar entre médico y paciente. Mientras que, en relación a las formas de energía *físicas*, el suministro de dieta (calorías), medicamentos, reposo, régimen de vida, significa un abastecimiento para el enfermo, es decir un *ingreso* (o un ahorro de gasto), todos los actos que le corresponden de indicación, órdenes, ataduras y compromiso, desde el punto de vista psicológico, para él significan *gastos*: renuncia a la autodeterminación, subordinación, ejercicio de la confianza hacia el médico, limitaciones de todo tipo. A la inversa: cuando el médico, como psicoterapeuta, se desliga de la actividad como hemos descripto, le sucede *a él* una pérdida de energía por la represión voluntaria de acciones externas y vitalidad normal, lo cual beneficia al paciente, porque este se libera de las resistencias que son activas en la neurosis. De estas circunstancias muy complicadas en el caso individual nos interesa sólo esto: desde el punto de vista psicológico la “somatoterapia” y la psicoterapia metódica presentan balances energéticos opuestos y en la aplicación simultánea y asistemática tienen que estorbarse mutuamente. Dicho de manera trivial: no se le puede decir a un enfermo al comienzo de un tratamiento: “diariamente tiene que caminar dos horas” y al mismo tiempo: “me comportaré ante usted de manera totalmente pasiva y sólo incorporaré lo que usted me brinda”. Con ello no queremos afirmar de ninguna manera que la unificación de tratamiento activo y pasivo sea ilógica y por eso imposible. Sólo hablamos aquí de las dificultades en la formación de un médico *integral* que busca esta unificación.

Una y otra vez nos encontramos así con la profunda oscuridad que rodea el movimiento vital en sí mismo. ¿A qué llamamos en realidad activo y pasivo, qué es inhibición, síntoma, energía, qué es fuerza y qué es debilidad, qué es salud y enfermedad? ¿Qué es lo que tiene que ver en ello el alma y dónde se encuentra *ella* en realidad?

El psicoanálisis no pudo o no quiso avanzar hacia estas regiones sin elaborar un sistema de conceptos y con frecuencia esto se transformó en un obstáculo para la opinión de personas con demasiada sensibilidad artística o con demasiado pensamiento abstracto, como para estar disponibles para el trabajo espiritual freudiano. De hecho, sólo se puede comprender su mundo espiritual cuando uno se despoja tanto de la técnica lógico-abstracta de las ciencias naturales exactas como, también, de la conformación libre de la novela romántica. Los términos del psicoanálisis tienen que ser contemplados de manera *transparente*, de una manera que no es textual descriptiva, pero tampoco figurativa en el sentido de la alegoría (como por ejemplo la imagen de la "*Justitia*"). Detrás de estos conceptos se encuentra algo bien determinado que, sin embargo, es imposible de ser expresado adecuadamente. No es otra cosa que el proceso *vital* en sí mismo y este término se utiliza aquí sin énfasis y por cierto también sin definición. Por lo tanto, en esto consiste el tremendo signo científico negativo del psicoanálisis. Su transparencia es indiscutible, pero nunca alcanza la claridad conceptual ni la claridad de la exposición objetiva. ¿A qué se debe y cómo se resuelve este problema? Según mi opinión, sólo se puede comprender que las preguntas y respuestas ocurren en el mismo proceso vital *común* de analista y analizado o, digamos mejor ahora, de médico y enfermo. Las acciones del médico y las acciones del enfermo surgen del proceso vital y retornan a él, *sin que* en este movimiento circular experimenten una total resolución racional o intuitiva.

En esto coincide el fondo de la acción *médica* de curación con la *autocuración* de una herida o de una enfermedad infecciosa y en esto la así llamada somatoterapia no se diferencia sustancialmente de la así llamada psicoterapia. Las acciones racionalizadas y aquellas concebidas a través de la experiencia, no son otra cosa que la expresión necesaria de la estructura del hombre y lo representan *a él mismo*. La medicina comprendida como ciencia o como técnica, como arte o como instinto, siempre es una tal autorepresentación del hombre, de su posición intermedia, por debajo de su supermundo y por encima

de su inframundo. Por cierto, que aquí habrá que tomar una última decisión que aproximadamente sería así: en el fondo la medicina es *antropológica* y no biológica. Y en este punto esta consideración se separa de Freud y del psicoanálisis.

La medicina se hubiera apropiado rápida y fácilmente del psicoanálisis si este hubiese sido sólo una “ciencia natural” o sólo una, por cierto, novedosa, biología. Y una ciencia atea y deshumanizada desde hace tiempo que hubiera soportado fácilmente la aparente proletarianización y naturalización de todas las mociones y fuerzas humanas y divinas, después de haber soportado con tranquilidad, casi podríamos decir con alegría, el ateísmo y el materialismo. Pero no lo hizo porque, tal como expresó el mismo Freud (1917), el mundo no soportó que el hombre no sólo que no ocupa el centro del sistema solar, ni es libre en su descendencia del mono, ahora ni siquiera es dueño de sí mismo “en su misma casa”, en su propio corazón. En lugar de mayor libertad, mayor servidumbre, mayor autoengaño de la libertad.

No representaría un intento promisorio si escapásemos de estas conclusiones, si alguien denominara al psicoanálisis una ciencia natural o una biología y pensara que podemos achacarle las consecuencias a la corporeidad, tal como hacemos cuando proclamamos que nuestras funciones orgánicas están sujetas a ley, pero que nuestro espíritu es libre. Para lograr tranquilidad, el descubrimiento del psicoanálisis no puede comprarse a un precio tan barato. Ni de lejos se generó tanta alteración por la formulación de la ley de Fechner, como por la de la psicomecánica de la teoría de la libido. Una y otra vez esto se debe a que Freud no sólo incrementó nuestro conocimiento de la naturaleza, sino que, una vez más, con fuerza gigantesca dudó de él. Desenrolló el problema de la ilustración: “El saber libera” en la medida en que no investigó idealizando el conocimiento, sino que enseñó una vez más a dudar de un modo diferente del conocimiento y de todo lo consciente. Su suposición consiste en la duda respecto de la consciencia, en cuanto testigo infalible de aquello que vale como verdadero para nosotros; su afirmación consiste en la existencia de un trasfondo inconsciente de la consciencia; su conclusión es la necesidad

de hacer consciente lo inconsciente; su esperanza es la de liberar de este modo al hombre de su delirio (*Wahn*) y de su sufrimiento.

Así como la ciencia natural criticó la objetividad de los colores y de las tonalidades, él critica todo lo que se encuentra en la consciencia. Su empresa conmociona la inmanencia de la consciencia, la máxima postulación también de toda filosofía idealista moderna. Y, sin embargo, al mismo tiempo emprende la tarea de expulsar al íncubo demoníaco, el inconsciente, de la consciencia, en la medida en que busca iluminar estos inconvenientes *a través* de la consciencia. A quien se le pasa por alto esta dialéctica radical del psicoanálisis en relación a *todo* lo consciente (no sólo en relación a lo representado, sentido, percibido) no entiende su importancia. Porque este critica a la psique a través de la psicología —así como la “pura” crítica a la razón fue a través de la razón —y busca suprimir la toma de partido de las represiones, sin poder garantizar que ella misma no vaya incurrir en la toma de partido<sup>90</sup>. Tiene a su disposición una cantidad de evidencia psíquica y de autoestima, como también la investigación de la naturaleza se puede apoyar en una cantidad de percepciones sensoriales y certezas lógicas. Pero el psicoanálisis difiere tanto de la ciencia natural, como la autopercepción difiere de la percepción sensorial y como la persona difiere de la lógica.

En cuanto al empirismo positivista, el conocimiento psicoanalítico como forma de conocimiento, no tiene gran valor original en relación a la ciencia natural. Pero en la medida en que la “ciencia natural” no fue utilizada para gobernar “funciones orgánicas”, sino en la medida en que *su* saber, *el* saber, como *saber*, se vuelve un factor de un suceso de curación, sucede algo que desde hace siglos la civilización científico natural de los pueblos ya provocaba de manera inconsciente, y que ahora se realiza en el enfermo conscientemente y con un fin determinado. *Esto es lo nuevo* del psicoanálisis como método de tratamiento. También en otros tiempos se trató al hombre

<sup>90</sup> Compárese la objeción de Hegel a Kant.

enfermo con *palabras*, pero nunca fueron palabras cuya importancia y forma era un conocimiento científico.

De esta manera la doctrina médica del hombre como un todo sufriría una gran transformación —que no sería menor que la transformación sufrida durante la transición de la medicina mágica a la racional, científico natural. Así como la medicina mágico-animista todavía sigue persistiendo en los métodos de la sugestión hipnótica, y así como la medicina científico natural queda representada por el medicamento y el cuchillo, el psicoanálisis no necesita combatir polémicamente el ámbito de la medicina ejercida hasta ahora. Para este, el hombre no es un estado de células, un complejo de órganos o una suma de funciones; el hombre es para él un proceso del desarrollo histórico-psicológico, a saber, y esto es lo más importante, un proceso de relaciones entre pulsión y consciencia; para él la enfermedad no es una contrariedad de las reglas, sino sólo un grado de alteración en el desarrollo de esta relación entre pulsión y consciencia, derivado de nuestras exigencias culturales y sociales, necesario de ser corregido: para la neurosis la terapia no es sólo la eliminación de cualquier peligro material de la existencia material de una parte o de todo el organismo, sino la supresión de una *forma* de vida cultural y socialmente indeseada. Así como para Freud la neurosis era consecuencia de la cultura y no de la naturaleza, la terapia psicoanalítica consecuentemente tiene que ser una terapia de la cultura y no de la naturaleza. ¿Y de qué cultura estamos hablando?

A este punto tiene que llegar nuestra exposición, si queremos alcanzar una correcta plataforma para una crítica fructífera del psicoanálisis como aspiración médica o asistencial. Cualquier crítica que evalúe al psicoanálisis sólo en relación a las posibilidades y metas de la “medicina académica” (o como quiera que llamemos al complejo que constituye la enseñanza y la consciencia de los institutos oficiales y de las leyes de autorización), se equivoca. El psicoanálisis y otras ramas considerables del movimiento psicoterapéutico y de la medicina social en general, tienen y pueden aspirar a algo diferente, ya sea junto con, al lado de, o por encima de aquella medicina académica.



Y una crítica fructífera del psicoanálisis sólo puede comenzar allí, dónde se pregunta con toda seriedad si es que en realidad existe algo así como la enfermedad cultural, la enfermedad del espíritu, la enfermedad del alma, la enfermedad social; y esto no sólo en la medida en que algún factor irrumpa sin sentido en un proceso cultural, sin espíritu en algo espiritual, desalmado en el alma, como algo aislado en algo social y significativo, sino también en el sentido de que verdaderamente existen enfermedades culturales, que el espíritu verdaderamente puede enfermar, que el alma realmente puede enfermar (no sólo sufrir), que la sociedad en sí misma realmente puede enfermar. Así como antes nos preguntábamos: ¿y de qué cultura hablamos? ahora nos tenemos que preguntar: ¿qué espíritu, qué alma, qué sociedad o comunidad?

Al preguntar de esta manera no es difícil determinar la posición doble del psicoanálisis. Si bien proviene de la idea del hombre natural, descubre al verdadero hombre de cultura, al hombre social entusiasmado y animado. De mala gana se separa de sus orígenes e inevitablemente desemboca en el mundo amplio y movido del hombre que no es sólo natural. En la medida en que a través de los médicos y de los actos médicos actúa sobre el hombre vivo, se ubica en un punto de viraje de la medicina.

La observación de la evolución de la obra de Freud en relación a la metapsicología, puede ser un argumento en el sentido de que la evolución tiene que ocurrir en la dirección indicada. La necesidad espiritual filosófica así expresada, puede que indique una insatisfacción que no pudo ser eliminada en el ámbito médico. Y en este ámbito médico, Freud perseveró en sostener algunas tesis que fueron insostenibles en la psicoterapia. La meta de la terapia ya no es la "capacidad para gozar y trabajar", porque esta no es la meta de las esferas a las que nos referíamos con la idea de cultura, espíritu, alma y sociedad. Injertar la motivación de trabajo y goce, que a veces es suficiente en una somatoterapia, conduce a criterios superficiales y verdaderamente equivocados en una psicoterapia. Una persona histérica puede ser capaz de gozar, un neurótico puede ser muy capaz

de trabajar, y la merma en ambos sentidos ni de lejos suele ser una motivación suficiente para un tratamiento psicoterapéutico. Este más bien se propone lograr transformaciones por completo diferentes en la persona, como ya puede verse al revisar superficialmente algunos conceptos académicos como la ganancia de placer, el narcisismo y similares. Es precisamente el psicoanálisis, el que está siempre pendiente de la ganancia de placer del neurótico, cuestionándolo como un placer equivocado “neurótico”, partiendo de una instancia totalmente diferente a la “capacidad de gozar” indiferenciada, es decir desde una instancia que proviene de una profunda veracidad o de un ideal humano inexpresado, indefinido, inconsciente (¿!). Por cierto, que comparte con gran cantidad de terapias diferentes y aspiraciones médicas este misterio, siempre encubierto por el análisis, de sus móviles últimos de curación. Pero no se puede permitir este encubrimiento como lo puede hacer la cirugía y la medicina interna, porque tiene la responsabilidad de encontrarse en aquel punto de viraje que mencionamos e incluso lo provoca. ¿Y cómo ha de ubicarse si logra que una persona se acerque a su verdad analítica, pero se aleje cada vez más de su “capacidad de gozar y de trabajar”? este caso, que se presenta de manera indiscutible, se encuentra hoy en seria discusión y cada uno tendrá que decidir si tiene el coraje de confirmarlo o si prefiere otra solución.

Precisamente a partir de esta alternativa surgen las diferentes desviaciones del psicoanálisis hacia otras psicoterapias y de esta manera, esta exposición ha llegado a su límite natural.

Porque ahora se dividen las opiniones. A partir de aquí buscaremos en vano dentro del psicoanálisis los puntos de vista, según los cuales un paciente podrá decidir si es que debe consultar a un psicoterapeuta y a quién irá a consultar; o los criterios según los cuales un médico puede decidir si el padecimiento del paciente justifica la transformación de la persona que se espera a partir de la terapia. Porque puede suceder que la terapia modifique de tal manera al paciente, que también se modifiquen sus lazos familiares, su matrimonio, sus aspiraciones profesionales y otras tantas cosas y las consecuencias

de la terapia se irradian alcanzando regiones cuya autonomía se había propuesto no tocar: pero no podrá evitar esta responsabilidad, así como no la podemos evitar en cualquier relación humana. Si bien esto no es un argumento contra la terapia en sí, es aleccionador para mostrar que con la fórmula “trabajo y goce” se ha dicho demasiado poco. Porque existe una capacidad para trabajar específica que en terapia se puede desplazar de un tipo a otro, y también una capacidad para gozar específica que se puede transformar y esto puede ocurrir en los ámbitos más diversos de la vida.

Recién nos encontramos al comienzo de una teoría acerca de tal transformación psicogenética de tipos, pero (para solo citar un ejemplo) no cabe duda de que en relación a la agudización de la consciencia que ocurre en el análisis, cosas como la actividad de la fantasía y todo lo así llamado “creativo”, se encuentran en una relación dinámica que puede llegar a una exclusión mutua. También en cuanto a la *elección* del médico y del método, nuestro tema nuevamente llega hasta la profundidad de las grandes oposiciones: iluminación o fe. Porque constituye una diferencia si es que considero a lo desconocido y al oculto fondo del alma, como algo “aún todavía no investigado” o como el evidente misterio de Dios. Diferentes formas de ciencia, distintas ideas del hombre, del enfermo y del médico, surgen allí donde la decisión, en lugar de optar por la primera opción, opta por la última. *Esta* decisión se sustrae a una iluminación crítica y designa con agudeza el lugar donde esta exposición encuentra su razonable final.

## Neurosis orgánicas del sistema nervioso<sup>91</sup>

La observación de la epilepsia nos enseñó que las enfermedades corporales y anímicas evolucionan de manera entrelazada y, además, que esta enfermedad representa un excelente ejemplo para mostrar tales relaciones. Nuestra intención es dedicarnos, en primer lugar, a las neurosis y con ello a las enfermedades en las cuales las modificaciones corporales, desde el punto de vista anatómico, no son muy concretas. Si bien actualmente sólo en ellas los procesos anímicos son bien conocidos, su expresión corporal es bastante significativa. Los síntomas orgánicos de las neurosis no están limitados al sistema nervioso. Todos los órganos pueden participar: el estómago, el corazón. En estos casos solemos hablar de neurosis orgánicas. Si contemplamos estas situaciones desde el órgano también podemos decir: existen neurosis del estómago, del corazón, etc. así como *neurosis del sistema nervioso*. Nada nos impide ubicar a la epilepsia entre estas últimas. Si lo hacemos, entonces tenemos que agregar aquellos estados que parecen ocupar una posición sistemática parecida y que al mismo tiempo se ubican entre el tipo de la epilepsia y las neurosis, que son predominantemente comprensibles desde lo anímico. Nos referimos a la migraña, ciertas neuralgias, los tics y otros.

Si bien es probable que todas las manifestaciones vitales posean un carácter rítmico, esto es especialmente llamativo en todas las funciones del sistema nervioso. En el caso de la epilepsia lo periódico está por así decir aumentado hasta la deformación en su manera de

<sup>91</sup> Viktor von Weizsäcker, 1929. Este artículo forma parte de un trabajo titulado "Enfermedades epilépticas, neurosis orgánicas del sistema nervioso y teoría general de las neurosis". *Gesammelte Schriften*, tomo 6, Editorial Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1986.

Traducido por Dorrit Busch.

presentarse en *forma de ataque*. La epilepsia comparte esta particularidad con la *migraña* y el tétano, que aquí no será comentado, así como con muchos otros síndromes que aparecen en forma de ataque y que afectan a los órganos de los sentidos. Este carácter periódico vuelve a presentarse en el caso de los ataques histéricos y en muchos estados puramente psíquicos y psicóticos.

La *migraña*, un ataque de dolor de cabeza en sentido temporal muy parecido al que ocurre en la epilepsia, tal vez comparta con ella el fundamento de un espasmo (Krampf) vasomotor. Varias cuestiones hablan en su favor: la hemilateralidad en muchos casos (hemicránea), la perfusión sanguínea o palidez del lado afectado de la cabeza, la aparición de síntomas locales cerebrales en algunos casos. El ataque de migraña grave puede durar días enteros; obliga al enfermo a guardar reposo total y a permanecer en la oscuridad por su fobia a la luz. Los vómitos sólo aparecen en algunos casos. La herencia juega un papel relevante. Del hecho de que existen enfermos que, junto con o en lugar de ataques de migraña, padecen periódicamente parálisis de los nervios cerebrales, sobre todo en los músculos oculares (también de los internos), se ha querido deducir que subyacen espasmos de los vasos en ciertos sectores del cerebro. También se han observado periódicas parálisis de las extremidades. El “escotoma centelleante”, es decir la aparición del centelleo en el campo visual en forma de ataque (una figura dentada centelleante se expande en forma concéntrica), acompañada de dolor de cabeza y vómitos, así como las hemianopsias en forma de ataque, pertenecen a este grupo. En algunos casos muy graves las lesiones pueden permanecer después del ataque, al parecer por necrosis isquémica de las células ganglionares. También algunos casos de la así llamada enfermedad de Meniere (zumbido en los oídos, vértigo, vómitos, todos ellos en forma de ataque) se pueden incluir aquí, como también una parte de las neuralgias periódicas del trigémino.

Por lo general el *dolor de cabeza* suele ser una cruz para el médico que tiene que hacer el diagnóstico. Porque tal vez no exista otro síntoma tan ambiguo como este, y muchas veces se presta tan poco para ser

considerado una neurosis, que exige una investigación muy minuciosa para descartar otras causas: infección de las fosas paranasales, enfermedades en los dientes, catarros del oído medio, iritis, glaucoma y fallas dióptricas en el ojo, infecciones latentes, enfermedades del metabolismo, nefritis, arterioesclerosis, tumores cerebrales, etc. Se puede decir que casi toda la medicina interna y la neurología ocupan su consultorio ocasionalmente, y en ciertos estadios, con un paciente que padece dolor de cabeza.

La migraña verdadera se caracteriza por ser ampliamente refractaria al tratamiento medicamentoso. Por el contrario, se sabe con certeza que algunos casos son tratables, incluso curables, a través del tratamiento psicoanalítico. Dentro de este pronóstico desfavorable también habrá que considerar la desaparición espontánea, sobre todo después del climaterio. Otras personas que sufren de cefalea encuentran alivio a través de masajes en la cabeza o aplicación de algún tratamiento no analítico de la neurosis.

Un segundo grupo de estas neurosis orgánicas del sistema nervioso es de índole motora: las así llamadas *patologías del tic*. Se trata de cuadros que también contienen indicios claros en relación a determinadas partes del cerebro, sobre todo a las zonas motoras centrales: cuerpo estriado y pallidum. Se observan también una gran cantidad de formas particulares. En su mayoría ocurren por contracciones involuntarias y absurdas de determinados sectores musculares, en parte duraderas, en parte favorecidas por situaciones. Lo más frecuente es el compromiso de las zonas faciales (párpados, zona bucal), la lengua, la laringe y faringe, los músculos del cuello (tortícolis). El paciente puede efectuar muecas, soplidos, gruñidos, puede carraspear o cosas parecidas. Tal como ocurre en las neurosis cardíacas, del estómago, del intestino, etc., encontramos todos los estadios de transición entre casos psicogenéticos y aquellos tratables por vía psíquica y los que se pueden tratar de manera pasajera a través de la hipnosis o ejercicios de entrenamiento voluntario, hasta aquellos que son refractarios a cualquier comprensión o cualquier terapia, pero para los cuales no se ha podido encontrar un origen orgánico. Sin embargo, el que en

estos casos también es recomendable una terapia, lo demuestran las enfermedades del estriado en la encefalitis, que pueden tener como consecuencia las mismas patologías del tic. Precisamente la gran epidemia de la encefalitis letárgica ocasionó sorprendente cantidad de enfermedades del tic, que desde el punto de vista sintomático tienen el mismo aspecto que aquellas de origen psíquico. Y estos enfermos responden muy bien al tratamiento psíquico —sólo que los éxitos terapéuticos suelen ser de muy corta duración.

Finalmente debemos incluir aquí las neurosis motoras más acopladas a rendimientos altamente diferenciados de la vida cultural o técnica, como, por ejemplo, la así llamada *neurosis del habla* y la *neurosis del empleo*. En primer lugar, habrá que considerar el tartamudeo y otros trastornos del habla. El verdadero tartamudeo, por lo general clónico, que ya se anuncia cuando el niño aprende a hablar, refiere su origen orgánico por el hecho de que con particular frecuencia aparece en los zurdos, lo que sugiere una debilidad innata del hemisferio cerebral izquierdo. Es especialmente refractaria al tratamiento. Más favorables son otros casos de tartamudeo, por lo general de origen psicogénico, y aquellos en los cuales los sonidos labiales y guturales no son formados de modo clónico, sino que una inhibición para formar las palabras simplemente interrumpe el habla. Se ubican más próximos a las neurosis que padecen los que escriben, los pianistas, los cantantes, los violinistas y los oradores. Los taquimecanógrafos, deportistas, técnicos y diseñadores tienen, cada uno de ellos, su típica neurosis del empleo y no nos equivocaremos si sospechamos que aquí no se trata tanto de ciertos núcleos o sistemas anatómicos determinados, como de unidades funcionales fisiológicas del sistema nervioso que deniegan su servicio a una persona profundamente trastornada en su armonía. Todas ellas pertenecen a las así llamadas neurosis de fatiga excesiva en las cuales el médico debería preguntar: ¿quién se fatiga en exceso? ¿Y qué es lo que está excesivamente fatigado? De seguro que no se trata de un nervio aislado, de seguro que se trata siempre de un desequilibrio entre la tarea exigida y las tendencias más profundas y ocultas de la persona que tiene que realizar dicha

tarea. La curación puede resultar tanto de un tratamiento gimnástico inteligente de los grupos musculares afectados y su tensión irracional, como también de la eliminación de una meta profesional equivocada (por ser inadecuada, demasiado exigente). Como sucede con el amplio espectro de las neurosis, es particularmente evidente que la función interferida es, en cierto modo, el *punto de encuentro* de las fuerzas vitales que se chocan en todos los campos, a saber, una fuerza directriz ideal, buscada, que aspira a la realización, y una fuerza limitada de la estructura, del acopio de energía. Allí donde la fuerza directriz y la fuerza limitada ya no se encuentran en concordancia, allí fallará el rendimiento. Por lo tanto, el médico tiene la doble posibilidad: modificar la dirección de la aspiración o ampliar el límite de la capacidad.





## Percepción y verdad<sup>92</sup>

En las últimas décadas y en medio de una creciente especialización y una dificultad cada vez mayor de abarcar el conocimiento, se hace un enorme esfuerzo que tiene como objetivo lograr la unidad de la ciencia. Observamos que la biología, la química y la física se están acercando mutuamente con rapidez. Pareciera que la geometría se está convirtiendo en una parte de la física, la lógica en una parte de la matemática o viceversa. Lentamente desaparecen, o son sistemáticamente discutidas, diferenciaciones más antiguas como la de naturaleza orgánica e inorgánica, de ciencia descriptiva y explicativa, de conocimiento a priori y a posteriori. Esta transformación será combatida o celebrada, según el estado de ánimo o las creencias; pero el proceso en sí mismo ya es innegable.

Es natural que las ciencias en particular tendrán que realizar importantes renunciaciones y, con el objetivo de lograr nuevas ganancias significativas en unidad y claridad, están dispuestas a ello. Un ejemplo más antiguo es el desistimiento de la biología de una fuerza vital especial, un nuevo desistimiento de la física de obtener claridad y determinación causal general. Es obvio que no pueden ser sólo ventajas formales o económicas, tales como obtener unidad y claridad, las que determinan a los científicos a abandonar estos férreos principios. Más bien son nuevos valores vislumbrados e inconscientes de la ciencia, los que tientan a aventurarse por caminos desconocidos.

Es cierto que desde hace algunos siglos se observa cómo el aumento del conocimiento objetivo de la naturaleza le da al hombre

<sup>92</sup> Viktor von Weizsäcker 1943, *Wahrheit und Wahrnehmung*, Gesammelte Schriften tomo 4, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1997.

Traducido por Dorrit Busch.

un poder creciente sobre las fuerzas de la naturaleza en técnica y en medicina. Sin embargo, el investigador, que durante su trabajo piensa en la utilidad y la ventaja, corre el peligro de volverse parcial. Está más que justificado cuando rechaza la prescripción de tales objetivos prácticos y así surgieron muchas veces, fuertes tensiones entre él y las exigencias también justificadas de la sociedad. Surge una situación por completo diferente para ambas partes, cuando se descubre que las metas del conocimiento puro en sí mismo sólo se pueden alcanzar a través de la acción y cuando la acción práctica sólo es posible de acuerdo a una norma teórica. Un tal estado de las cosas, por más extraño y desacostumbrado que le resulte a la tradición y a la escuela científica, debería, aunque sólo fuese posible, despertar nuestro mayor interés.

En tanto y en cuanto que el espíritu humano únicamente sepa que sólo se puede acercarse a la elevada meta de la verdad a través del puro conocimiento, le será imposible renunciar a ciertos ideales. Estos ideales serían entonces: imagen completa del mundo, concordancia sin contradicciones de las afirmaciones, pureza de las metas subjetivas y de las dependencias personales. Sin embargo, de inmediato cada uno de estos ideales brilla bajo otra luz cuando una persona como esa es invadida y presa del deseo no sólo de conocer a la verdad sino también de realizarla. Al instante empalidecen aquellos ideales; pasan de una posición dominante a una dependiente y en su lugar aparece una búsqueda de otros senderos e indicaciones, que ahora todos ellos deberán satisfacer la nueva condición; no es que: la verdad es desconocida pero existente y ahora se puede encontrar, sino: es *posible* pero recién si se realiza. El valor cognoscitivo le cede el lugar al valor del ser.

Una posición en relación a la verdad así modificada tendría una importancia tan general y abarcativa, que probablemente deberá ser examinada en cada uno de los campos con el mayor cuidado. De acuerdo a su naturaleza cada cual elige su campo de investigación y por eso trataré de mostrar, sobre la base del problema de la percepción sensorial, al cual me he dedicado, cómo la unión entre conocer y actuar es aquí la que puede satisfacer más completamente la existen-

cia de la verdad, que el mero conocer o el mero accionar. La misma palabra “percepción”<sup>93</sup> denuncia, con su profundo sentido del lenguaje, que lo verdadero no puede ser poseído, sino que es tomado. La percepción sensorial, siempre próxima a la vida y que se apropia con seguridad del mundo, de lo actual y presente, seguramente pareciera prometer un buen ejemplo de una tal nueva concepción práctica de la verdad. Al mismo tiempo el problema de la percepción no sólo nos conduce hacia delante en la investigación, sino también hacia atrás en el recuerdo, hacia el punto decisivo de origen de nuestras ciencias en el pensamiento presocrático griego, en donde, la naturaleza engañosa de las afirmaciones procedentes de los sentidos, se reconocían, como así también el que eran indispensable para la fundamentación del conocimiento. El engaño de los sentidos, por un lado, y el desvalimiento del simple raciocinio por el otro, siguen siendo hasta nuestros días una paradoja para el ser humano que busca la verdad. No obstante, desde hace mucho tiempo la ciencia europea ofrece en su conjunto la imagen de un progresivo triunfo del pensamiento lógico sobre las declaraciones de los sentidos. No se trata aquí de alabar a los sentidos porque le han proporcionado al hombre las primeras noticias de lo real. Se reconoce, sin embargo, que sin ellos ni siquiera se hubiera podido comenzar a arrebatarse a la naturaleza su secreto y, además, de que una y otra vez deben ser escuchados cuando nuestros instrumentos le dirigen una pregunta a la naturaleza. Sin embargo, en lo que respecta al instrumento de observación la percepción de los sentidos por lo general sólo tendrá que decir “sí” o “no”, es decir, sólo tendrá que tomar la decisión por demás formal. Al menos en toda ciencia de la naturaleza que procede con *mediciones* se parece al guarda que controla los pasajes, que no tiene que decir más que “válido” o “inválido”. En este caso queda excluida de toda otra afirmación sobre lo real objetivo. Se sobreentiende que sólo se puede notar la dudosa certeza de las percepciones sensoriales cuando se les ha planteado una

<sup>93</sup> La palabra alemana para percepción es “Wahrnehmung” y se compone de “wahr” que es “verdadero” y “nehmen” que es “tomar”, “apresar”.

pregunta y luego ha quedado desilusionado. Pero entonces queremos saber de qué está hecha la verdadera realidad, que es más oculta que mostrada por los sentidos y queremos saber por qué los sentidos no nos muestran lo real en sí mismo sino sólo una apariencia de ello. Una manera de mostrar esto se observa por ejemplo en la teoría de los átomos. Los átomos, cuya realidad antes era sospechada y luego fue comprobada, son demasiado pequeños para ser percibidos por los sentidos. Es así como se explicaría la diferencia entre realidad y percepción. Luego se encontró todavía una explicación diferente para ello. El que percibe la realidad no puede estar al mismo tiempo en todas partes. Inevitablemente ve la realidad sólo desde su posición actual y momentánea. Pero todavía existen otros puntos de vista y otras personas que perciben. Ahora es la subjetividad la que inevitablemente condena a la percepción a quedar atrás de la realidad objetiva. Ahora bien, la imperfección y la grosería de los órganos de la percepción y la imperfección del punto de vista subjetivo son dos defectos que, una vez que se los reconoce, deberían ser factibles de corrección. Sin duda el éxito de las ciencias naturales exactas se basa también en estas dos correcciones. El perfeccionamiento de los instrumentos y la eliminación de la subjetividad le posibilitan realizar afirmaciones cada vez más objetivas sobre la naturaleza externa.

Mientras tanto, la comprensión de la limitación de la percepción sensorial todavía presenta otra faceta. Aprendemos algo sobre el observador, el ser humano en sí mismo. En el momento en que este nos interesa más que la naturaleza exterior, tenemos que preguntarnos cómo está hecho y en que consiste su punto de vista subjetivo. El físico puede descuidar esta pregunta mientras se pueda sentir con derecho a abstraer el sujeto, el "sí mismo", en cada caso que estudia, sin perturbar o falsear con ello las afirmaciones acerca de la realidad. Esto cambia cuando esta condición pierde validez porque se pone de relieve que esta abstracción del Yo resulta imposible.

En realidad, es sorprendente que se pudo estar convencido de que era posible un tal acercamiento a la plena objetividad. Puesto que nadie consideraba al menos *un* componente importante del conoci-

miento como algo que provenía del objeto, a saber: el pensamiento y la memoria. Al menos es así desde Descartes; la naturaleza exterior es res extensa, su observador, res cogitans; y las mónadas de Leibniz no encontraron aceptación entre los físicos. Entonces al menos la memoria y el pensamiento no proceden del objeto de la física, de la naturaleza exterior. Sin embargo, la memoria y el pensamiento les suministran sólo la forma vacía, no el contenido.

Otra cosa es cuando se trata de la experiencia. Espacio, tiempo, fuerza, sonido, calor, luz, son fenómenos sensoriales, que podían ser concebidos, eso sí, con limitaciones, simultáneamente como realidad objetiva y como vivencias subjetivas. Sin embargo, una contemplación histórica mostraría cómo finalmente cada uno de estos fenómenos sensoriales, no sólo calor, luz y sonido sino también fuerza, espacio y tiempo, eran explicados sólo desde un condicionamiento subjetivo y entonces eran abstraídos del objeto en sí mismo. Por lo tanto, hay que constatar que la grieta entre el hombre natural y sensible y el mundo exterior objetivo y pensado, se hizo más profunda a medida que la ciencia natural se volvía más objetiva. Más precisamente diremos que ahora la imagen natural que provee la percepción sensorial, se ha desvalorizado por completo en relación a la apreciación objetiva de la naturaleza por parte del espíritu investigador pensante.

Una situación nueva y un desarrollo de algún modo regresivo se produce, como ya habíamos insinuado, cuando se reconoce que de ninguna manera es posible una objetividad libre de subjetividad. En primer lugar, se comprende que justamente el pensamiento procede del sujeto. Pero luego se vio también que, sin lo experimentado desde los sentidos, si bien proceden del sujeto, no se podría tener acceso a la naturaleza objetiva. Más bien es justamente ella, la desvalorizada percepción sensorial, la que le brinda al pensamiento la garantía de que le corresponde algo real. Es así que la construcción de un puente entre el espíritu pensante y la realidad objetiva le corresponde aquí a los órganos sensoriales. Pero nos preguntamos: ¿es que después de todo este puente todavía está firme?

En tanto y en cuanto la condición de los investigadores de la naturaleza era indiscutible, es decir que al menos la parte inmediatamente medible de lo percibido, y esto era lo espacial, permitía una afirmación acerca de las circunstancias de la naturaleza, estos no tendrían que preocuparse acerca del valor de ese instrumento. Aun cuando el ojo lo engañaba de que no era el sol lo que se movía sino la tierra, una transformación matemática confiable podía corregir el error. Con la ayuda de la simple suposición de la relatividad de la percepción sensorial, se pudo explicar el engaño óptico como una consecuencia, hasta necesaria, del punto de vista casual del observador. Ahora bien, los investigadores de la naturaleza examinaban, al menos hasta el siglo XVIII, su instrumento matemático con el mayor empeño y éxito, pero no hacían lo mismo con su órgano de los sentidos. Esto recién fue cambiando cuando las dudas respecto de la objetividad de los sentidos no sólo se comenzaron a extender a las cualidades de la sensación, sino también a las así llamadas cualidades primarias, es decir, a las formas de la experiencia del tiempo y sobre todo del espacio. Ahora surgen de verdad dificultades muy serias, como ser la de tener que decidir si, por ejemplo, la representación del tiempo y del espacio, que se captó a través de la percepción sensorial, resulta suficiente para establecer un juicio sobre la naturaleza objetiva. Si la respuesta resultaba ser negativa, que no alcanzaba, la conclusión de que tampoco era necesaria estaba a un paso. Este es el momento en el cual el puente sensorial que, a pesar de ser muy angosto, une el pensamiento y la realidad, amenaza con derrumbarse.

En este punto la administración de obras se tomará el trabajo de volver a revisar este puente.

Fueron –sobre todo la fisiología y la psicología de los órganos de los sentidos– los que se ocuparon sistemáticamente de la percepción y ellos pudieron mostrar que en determinados casos ocurren percepciones falsas muy llamativas que se suelen denominar engaño de los sentidos. Un concepto como ese presupone que existen percepciones falsas y verdaderas. Pero no se pudo establecer un principio que indicara *por qué* y *cuándo* una percepción se vuelve falsa o correcta. La

subsiguiente investigación nos ha enseñado más bien que, tanto las así llamadas percepciones falsas, como las así llamadas correctas, se encuentran en una evidente relación singular regular, en todo caso lógica, con el así llamado estado de las cosas. En lo que sigue denominaré antilógica a esta relación singular. Mi próxima tarea será informar acerca de ello.

Un ejemplo para la antilógica de la percepción es que en una distancia a-b el trayecto de a hacia b despierta una impresión sensorial distinta y es muy claramente diferenciable del trayecto de b hacia a. Según las mediciones y la matemática la distancia ab es igual a ba. Toda ecuación iguala desde la lógica, lo que desde la experiencia es desigual. De este ejemplo ya se ve que se puede realizar una especulación teórica a partir de la cual podemos desarrollar ciertas relaciones necesarias entre la percepción sensorial y el estado de cosas lógico-objetivo. Pero si este es el caso, se puede suponer en general que podría ser posible una doctrina teórica de la percepción, una suerte de “axiomática”, por la cual podríamos realizar suposiciones sobre el comportamiento efectivo de las percepciones sensoriales en determinadas circunstancias objetivas; suposiciones que luego se podrán examinar experimentalmente para ser confirmadas o rechazadas. Por la importancia que tiene una tal perspectiva de obtener leyes exactas de la percepción, quisiera adelantar una discusión árida pero fundamental del *concepto de movimiento*. Luego serán relatados algunos resultados obtenidos de una serie de observaciones experimentales. En ellos le mostramos a los sentidos determinados procesos objetivos y dejamos que la percepción responda cómo ella misma los percibe. Este procedimiento opuesto al método físico ha de mostrar si las percepciones sensoriales, esperadas según el axioma de la antilógica, efectivamente suceden. Si esto ocurre entonces hemos ganado con ello una contribución al concepto del observador, que según lo que anticipamos también le interesa al investigador, quien ha tomado noticia que la realidad objetiva no puede ser evaluada sin el observador.

Sin embargo, nuestra especulación teórica sobre el movimiento muestra que: una persona percibe lo siguiente: “Yo veo que el punto



P se mueve". El presente idiomático "yo veo" indica la presencia de un movimiento. Ahora bien, el concepto del desarrollo físico objetivo sostiene que P en sucesión temporal está presente en los lugares vecinos de O1, O2, O3... en los tiempos T1, T2, T3... Una *actualidad* de P en *más de un* lugar, en *un* momento no es posible y una *presencia de P en movimiento* en *un* momento dado en más de un lugar es imposible. Ambas cosas anularían el movimiento o el P. Sin embargo, es precisamente esto lo que sostiene el presente de la afirmación perceptiva "yo veo que P se mueve". La actualidad espacial de un movimiento es incompatible desde la lógica con el transcurso real de la presencia de P en las posiciones sucesivas. Por lo tanto, la percepción de un movimiento exige un almacenamiento de un pasado y una simultaneidad de algo que ocurre en tiempos diferentes, como así también una identificación de P en O1, O2, O3... en los momentos T1, T2, T3, ... Resumiremos diciendo que aquí no es posible percibir lo objetivo y por lo tanto la percepción tampoco puede ser objetiva. Si uno se imagina el movimiento objetivo como una *serie* de posiciones del objeto en lugares contiguos del espacio y en momentos contiguos en el tiempo, entonces la percepción del movimiento en *una* presencia espacial es igual a una *negación* de esta multiplicidad de diferencias extensivas en espacio y en tiempo. Pero esta negación no es sólo una negación repulsiva, sino también sintética; reúne las distancias en una sola, en la medida en que anula la separación objetiva reuniéndola en la identidad del objeto que ahora se mueve. Por lo tanto, no es posible percibir lo objetivo del movimiento.

Debido a lo que hemos discutido aquí Zenón, alumno de Parménides (450 a.C.), ha emitido la conocida afirmación de que no existe ni el espacio, ni el movimiento, ni la multiplicidad de las cosas. Lo demuestra mostrando que no es posible pensar conceptual y objetivamente el continuo sensorial. Kant le ha dado a esta dificultad una explicación que no he podido comprender. Dice que las categorías de la razón tienen que conducir a afirmaciones contradictorias cuando en lugar de aplicarlas a las cosas sensoriales se las aplica a las cosas en sí, a la realidad absoluta. Por lo tanto, entiende las antinomias como una

señal para la limitación empírica de nuestro conocimiento. Pero, por el contrario, de acuerdo a la deducción recién ofrecida, la antilógica de la percepción es precisamente el *don* que posee la percepción, por el cual es capaz de conducir algo que está objetivamente separado a una experiencia unificada. En seguida volveremos sobre esta interpretación optimista de la paradoja de Zenón.

Ahora utilizaremos esta especulación teórica sobre el concepto de movimiento, para comparar el procedimiento utilizado para la investigación de la percepción con el de la física. Mientras que la física parte de una declaración procedente de la percepción y critica su contenido y lo corrige a través de mediciones más precisas y mediante la sustracción de las condiciones subjetivas del punto de vista, el experimento de la percepción procede justamente al revés: parte de un estado de cosas objetivo y observa cómo el órgano de los sentidos lo percibe. De algún modo ambos procedimientos se comportan entre sí de manera contraria. Ahora bien, aparentemente el astrónomo o el físico, luego de haber percibido el movimiento con el ojo, tiene una libertad para elegir el patrón de medida y también tiene una libertad para elegir el sistema de referencia en el que se basará. Por ejemplo, puede medir según el metro o la pulgada; puede medir el tiempo según el patrón de medida espacial, como cuando se refiere al año solar, o el espacio con el patrón de medida temporal, como cuando presupone la constancia de la vara de medición. Puede referir los movimientos de la luna a una tierra que se encuentra en quietud o a un sol que se encuentra en quietud o al así llamado continuum espacio temporal. Dado que ninguna de estas formas de medición, en relación a la percepción sensorial, tiene por el momento una preferencia sobre la otra, es de esperar que pueda tener lugar una y la misma percepción sensorial del estado de cosas objetivo en circunstancias muy diferentes. La conclusión no es obligatoria y deberá ser examinada por la experiencia. Pero se puede anticipar lo siguiente: dado que desde la física una determinada percepción puede ser *interpretada* objetivamente de un modo diferente, también debería ser posible que *pueda* producirse de una manera objetivamente diferente. A la libertad en la

elección de los medios físicos de interpretación le corresponde ahora una multiplicidad del estado de las cosas cuando se produce la misma percepción. Podría ser, por ejemplo, que yo reciba la misma impresión sensorial en el caso de que A se mueva objetivamente hacia B como cuando B se mueva objetivamente hacia A, dado que también el movimiento de los astros primero pudo ser explicado a través de la quietud de la tierra y otra vez por la rotación de la tierra.

Con ello finalizaremos la especulación teórica de la percepción mediante el ejemplo del movimiento, y nos volveremos hacia una tarea más sencilla, la de comunicar algunos experimentos de la percepción. Podemos suponer que ya se sabe lo que sucede con la diferencia entre las así llamadas percepciones falsas y las correctas. Detrás de ella sólo se oculta la repetida disolución de una imagen perceptible a través del pensamiento. De acuerdo a los patrones de medida y los sistemas de referencia que puedo elegir, se encuentra una congruencia mayor o menor entre la afirmación de la percepción y la interpretación objetiva. El axioma de la antilógica también vuelve comprensible el que en la historia pudieran ocurrir una y otra vez revoluciones tan grandes de la imagen del mundo, como, por ejemplo, que la tierra fuera concebida como un disco, luego como una hondonada en forma de plato, luego como una esfera, o que lo absolutamente quieto era una vez el sol, otra vez la tierra, otra vez el espacio de la estrella fija, a veces el éter, otras veces el continuo espacio temporal.

Ahora bien, el examen experimental ha demostrado que nuestra percepción de ninguna manera realiza afirmaciones sólo en tales casos astronómicos del movimiento cósmico, que luego se pueden corregir desde la física y que, por lo tanto, son ambiguas. Por el contrario, sabemos que también en el pequeño mundo de nuestras relaciones más próximas y cotidianas son posibles las desviaciones más flagrantes de las afirmaciones de la percepción con el estado de cosas objetivo. Si por ejemplo se hace aparecer en la oscuridad un único punto de luz inmóvil, después de algún tiempo este parece efectuar movimientos que recién cesan cuando se muestra un segundo punto inmóvil. Si se deja transcurrir ante nuestros ojos puntos aislados sobre una recta

con una velocidad constante, pueden ocurrir cosas muy diferentes. Si el movimiento es muy lento se ve quietud, si es muy rápido se ve una línea inmóvil, o sea nuevamente quietud. Si el movimiento ocurre a velocidad mediana se ve movimiento, pero ahora la velocidad observada depende de la ruta ofrecida. Con la misma velocidad objetiva, una ruta más corta parece haber sido recorrida a mayor velocidad que una más larga. Si en la oscuridad se muestran dos puntos luminosos de los cuales uno está quieto y el otro se mueve, entonces bajo condiciones favorables se ve que cada uno realiza medio movimiento, a veces el que está quieto realiza el movimiento completo, y el que se mueve está quieto. Dado que esto describe por así decir una prueba desde la experiencia de la relatividad de Newton, resulta interesante observar qué hay con las rotaciones, porque Newton quería hacer valer su relatividad sólo para movimientos rectilíneos, pero no para las rotaciones. Si uno se sienta en una silla giratoria que se encuentra asimismo dentro de una cabina giratoria y hace girar la silla y la cabina a la misma velocidad y en el mismo sentido no se percibe movimiento alguno. Desde el punto de vista de la percepción sensorial no existe ninguna rotación absoluta que se pueda constatar, contrariamente a Newton y tal vez análogo al punto de vista adoptado por Ernst Mach.

Sin embargo, es curioso que en un *espacio oscuro* se pueda reconocer muy nítidamente como móvil un punto luminoso que rota con la silla giratoria aun antes de que la propia rotación de la persona sentada en la silla pueda ser percibida por ella. Por lo tanto, ahora vemos algo nuevo: esta vez la percepción del movimiento resulta ser independiente del movimiento *relativo* objetivo, pero dependiente de la *realización sensorial del espacio*. Porque la gran labilidad y relatividad de la visión en quietud y de la visión en movimiento cesa, en la medida en que las cosas que se pueden ver son cambiadas por un espacio visual lleno de cosas, como el lugar de trabajo, el paisaje, el propio cuerpo. También en este caso sigue siendo válido que en la percepción el movimiento objetivo *de un grupo* puede ser reemplazado, sustituido, por el movimiento aparente de otro grupo de objetos. Todo esto

significa que *para la percepción no existe un sistema de referencia absoluto, permanente y objetivo*. Lo único *regular* es la *sustitución* del movimiento y denominamos esta sustitución, para diferenciarla de la relatividad física, como *equivalencia*.

Ya mencioné que una determinada velocidad objetiva aparenta ser más elevada cuando la distancia recorrida es acortada. Por lo tanto, aquí un aumento de velocidad puede ser representado de forma equivalente por una disminución de la distancia. También podemos observar lo contrario. Si, por ejemplo, se mueve en círculo a un punto luminoso y luego se aumenta su velocidad, este círculo parece ser más grande y no más rápido. Si se lo hace rotar en una velocidad despareja se asemeja a una pera o a una especie de globo aerostático. Esta equivalencia entre velocidad y recorrido resulta particularmente impactante en el siguiente ejemplo: en lugar de hacer girar un punto luminoso, hacemos relampaguear sucesivamente una cantidad de puntos luminosos ordenados en forma de círculo. También en ese caso tenemos la impresión de un movimiento circular que, sin embargo, está interrumpido. Si agrupamos los puntos luminosos arriba de manera más densa y abajo más escasa, este movimiento parece ser arriba más lento y abajo más rápido, a pesar de que las distancias medidas objetivamente por unidad temporal son las mismas arriba y abajo. En otras palabras: cuanto mayor es el número de los puntos luminosos relampagueantes por unidad de distancia, tanto más lento aparenta ser el movimiento. También este experimento nos recuerda de nuevo a la paradoja de Zenón de Aquiles y la tortuga. Aquiles nunca puede alcanzar a la tortuga porque, en la medida en que se acerca a ella, tiene que reducir la distancia a la mitad, esta mitad nuevamente a la mitad y así sucesivamente hasta lo infinito. Necesita, por lo tanto, un tiempo infinito para alcanzarla. Del mismo modo pareciera ser que el movimiento, cuanto más lo dividimos con interrupciones, tanto más lento se vuelve. Nuestro experimento y la paradoja de Zenón contienen algo similar: que en la percepción y en la experiencia existe una equivalencia entre el número de partículas y la impresión temporal.

Cuanto mayor es el número de partículas, tanto más demorado se nos aparece el proceso compuesto por ellas. La realización sensorial es equivalente al tamaño del espacio, del tiempo y de la velocidad. Así también se explica el conocido engaño de que una distancia subdividida parece ser más grande que una no subdividida. También se puede compensar así nomás la aparente demora producida por el incremento de la cantidad de partículas, a través de un aumento objetivo de la velocidad. En este caso el movimiento es igual al del ámbito que contiene menos partículas.

Si resumimos estos resultados diremos que, en la percepción, bajo determinadas condiciones y dentro de ciertos límites, el espacio y el tiempo dependen entre sí. Por lo tanto, objetivas variaciones temporales pueden ser percibidas como variaciones espaciales y viceversa. En la persona sana estos intercambios se encuentran dentro de límites bastante estrechos. Pero en el caso de un sistema nervioso enfermo puede adquirir grandes dimensiones. Los resultados del experimento de la percepción revelan que para la percepción no existe una decisión absoluta para saber si una modificación del movimiento percibida ha ocurrido por un cambio en la distancia temporal, o por un cambio en la distancia espacial. Esta condición de su relación con los hechos objetivos también ha sido comprobada para las alteraciones en el sistema nervioso.

Sólo que en el caso de estos experimentos, siempre me ha llamado la atención que cuando percibimos tales movimientos muchas veces tenemos la sensación de que en ellos operan *fuerzas*. La impresión sensorial no tiene un carácter geométrico sino uno dinámico. Por este motivo hemos considerado todavía un grupo de observación que debe esclarecer directamente la percepción de fuerzas. He mencionado que un punto luminoso objetivamente móvil y uno objetivamente quieto se pueden inducir mutuamente, de tal manera que ambos parecen estar en movimiento o también que el quieto parece moverse y el móvil parece quieto. Ahora bien, existen condiciones en las cuales estas inducciones se vuelven muy firmes y por completo obligatorias. Un ejemplo es el así llamado experimento

de los planetas. Hacemos que un punto luminoso en una habitación oscura vaya y venga en una línea recta horizontal. También se lo ve así. Ahora, mientras realiza este movimiento, en el mismo plano procedemos a hacer girar un segundo punto luminoso alrededor del primero en un radio que permanece igual. En el mismo instante, el movimiento rectilíneo horizontal del primero se vuelve invisible y ambos puntos efectúan movimientos circulares, como lo hace la tierra y la luna en su recorrido alrededor del sol. De ninguna manera podemos percibir ahora el movimiento del primer punto que sigue siendo objetivamente *rectilíneo*.

En este experimento el eje rotatorio firme, o sea por decir así el sol, no estaba visiblemente representado y luego hemos realizado experimentos en relación a la influencia de su visibilidad sobre los movimientos circulares. Si, por ejemplo, uno hace oscilar en la oscuridad una cantidad de puntos luminosos sobre el brazo de una especie de báscula y uno muestra también el centro de rotación, esto se ve. Pero si uno hace desaparecer el centro de rotación, entonces los puntos luminosos ubicados en línea recta, se ven en movimientos plegados, tal como si entre 2 y 3 existiera una articulación parecida a una caja de dos cambios. Hemos realizado una gran cantidad de experimentos como estos y ahora creemos que la percepción se puede representar de acuerdo a una regla de la constancia de la suma de los vectores, es decir análogo a una ley, que según Kepler domina el movimiento de los planetas, según Newton el movimiento de un sistema de masas libremente móviles. Por consiguiente, la percepción se comporta como un manejo inconsciente de leyes físicas. Si uno ve un grupo de puntos luminosos que se mueven, uno los ve tal como se deberían mover las masas móviles de acuerdo a las leyes de la mecánica.

Ahora bien, en el caso de la percepción de fuerzas es de suponer que uno se dirija directamente al órgano que pareciera estar hecho para eso, o sea, a los *músculos*.

Se suele suponer que nuestros músculos poseen un órgano sensorial que es capaz de percibir fuerzas y compararlas: el sentido de la fuerza de E.H. Webers. Aunque la percepción no debiera ocurrir

en relación proporcional sino en la logarítmica —una formulación de la corrección que se basa en G. Th. Fechner. Hemos observado lo que percibimos cuando se mueve una especie de remo a través de una masa espesa de resistencia variable, más o menos como cuando durante el remar uno hunde demasiado el remo en el agua y entra y sale del blando barro. En el caso de esta acción se observa que disminuimos la velocidad del movimiento cuando aumenta la resistencia y a la inversa. El resultado es que la *fuerza* permanece *igual* durante todo el movimiento, como se ha podido ver en los registros.

Pero lo que se *percibe* no es la constancia de la fuerza y la modificación de la velocidad, sino que lo que se percibe es el aumento y la disminución de la resistencia de la materia, en realidad directamente su fricción interna. Aquí la percepción es más objetiva que el registro del medidor de fuerzas del aparato (que habíamos conectado) en la medida en que pone en evidencia, una cualidad interna de la materia (su coeficiente de fricción). El órgano lo logra en la medida en que varía el trabajo en relación a la unidad de tiempo en lugar de variar la fuerza. Se puede decir: la percepción activa supera en este momento al concepto de fuerza e inventa al concepto más abarcativo de trabajo y logra con ello, la percepción de la fricción interna. De este modo, el así llamado sentido de fuerza se demuestra ahora como sentido del trabajo. Permítanme recordarles que la física necesitó todo el lapso entre Galileo y Robert Mayer para esclarecer esta diferencia definitivamente. Aparentemente esto se debe a que los sentidos manejan estos conceptos de manera *inconsciente*. Si existiera un sentido de fuerza consciente y junto a este un sentido del trabajo consciente, el descubrimiento de estos conceptos tal vez no hubiera sido necesario. Pero, en lugar de variar la fuerza y de percibirla objetivamente, sustituimos involuntariamente activos una modificación en la velocidad, mantenemos la fuerza constante y llegamos, con la ayuda de esta equivalencia de fuerza y velocidad, a la afirmación sobre una propiedad de la materia, que sólo es posible definir a través de un producto formado de fuerza y velocidad (más o menos como los productos  $mv$  o  $mv^2$  de la mecánica). Regularmente el sujeto del experimento es víctima del



engaño de que no varió la velocidad sino la fuerza. Pero precisamente este engaño es constitutivo para la fricción interna de la materia.

Claro que estamos recién al comienzo de un esclarecimiento de las relaciones lógicas entre las percepciones y los conceptos fundamentales de la física. Normalmente la cosa es así que un así llamado engaño de la percepción es la condición constitutiva para que podamos percibir un estado de cosas objetivo a través de su deformación subjetiva. Este engaño es un “*engaño constitutivo*” en tanto que el objeto le *tiene* que aparecer de manera determinada e individualizada a cualquier punto de vista subjetivo. Pero precisamente este “tiene que” contiene *in nuce* y en cierta manera en negativo el estado de cosas objetivo, y esta antilógica es lo que, en mi opinión, se ha pasado por alto hasta ahora en la teoría de la percepción. Los ejemplos más sencillos los ofrece la perspectiva óptica. Cuando las paralelas de un par de vías rectas que se están alejando de mí parecen converger en la distancia esto *tiene que* ser así en su proyección geométrica hacia un determinado lugar de observación. Es por eso y no por la reproducción sobre la retina que yo las veo converger y *el hecho* de que las vea así es precisamente la condición para que *al mismo tiempo* las pueda percibir como paralelas en la realidad. La antilógica de la percepción sostiene, por lo tanto, que por la convergencia percibo el paralelismo.

En la medida en que hemos incorporado a nuestro estudio el fenómeno de las fuerzas objetivas de la percepción también aquí se llegó al resultado que en una imagen de movimiento percibimos fuerzas a través de lo geométrico y manejamos inconscientemente leyes físicas. Esto se demostró cuando por ejemplo un movimiento contradice a una determinada ley o bien sentimos una fuerza adicional o vemos el movimiento figurado de otro modo. Nuevamente les recuerdo el ejemplo de los movimientos desaparejos circulares y su desfiguración.

En esto finalmente todavía tenemos que tocar un tema que nos ha conducido de nuevo a una llamativa analogía, esta vez con la física más moderna post clásica. Si nuestro ojo posee la innegable capacidad de ver los movimientos como actuales a pesar de que lo pasado ya no es y lo futuro no es todavía, podemos afirmar con un

giro optimista que esta antinomia se anula y supera a través del don de la percepción. Este don trae consigo a otro don, a saber: la capacidad de percibir el camino, la *figura* del movimiento. Ahora se podría objetar que esto no era necesario. Porque nuestro ojo está capacitado para captar una figura quieta o sea la posición simultánea de todas sus partículas. Cuando el objeto se mueve ocurre un efecto retardado, si bien limitado, y esta imagen retardada se asemejaría entonces a la figura simultánea. Pero esto puede ser muy discutido; por ejemplo, también la percepción de una figura quieta necesita de un tiempo considerable como se puede observar en los experimentos realizados con el taquistoscopio<sup>94</sup>. También se vio que asimismo percibimos cosas que todavía no son, que sólo son esperadas: las así llamadas percepciones prolepticas. O sea que también la figura que percibimos como quieta para la percepción recién surge con el tiempo, y también esto es un comportamiento antilógico, en la medida en que exige una “memoria”, lo que la física no quiere concederle a la materia; podríamos calificarlo mejor como un “retener” pero, a propósito de aquella prolepsis, tenemos que añadir enseguida una “mirada prospectiva”.

Sin embargo, no es así que este don que supera al tiempo, sea ilimitado y fuese en cierta medida su ley omnipotente; por el contrario, es muy limitado y también esto tiene su gran importancia. Porque si nuestro ojo es utilizado para ver no sólo puntos luminosos que se mueven, sino para seguir a una figura entera que se mueve, observamos fenómenos nuevos y extraños. Porque aquí exigimos simultáneamente la visión de lo móvil como la visión de figuras y, por lo que hemos dicho, es de esperar que ambos rendimientos le exijan al ojo algo contradictorio. Porque ahora un determinado punto P de la figura deberá ser percibido al mismo tiempo como en movimiento (con la figura en su totalidad) y, estando en relación a todos los demás puntos de la figura, como también inmóvil. A esta expectativa le corresponde ahora que el experimento muestra todas las posibles

<sup>94</sup> El taquistoscopio (del griego *τάχυστος* “muy rápido” y *σκοπέω* “mirar”) es un aparato que sirve para presentar a una persona imágenes luminosas durante un tiempo muy breve, con el fin de experimentar y medir ciertas modalidades de la percepción.

soluciones de compromiso. Por lo general el órgano móvil, el ojo, sólo le puede seguir a la figura en movimiento con cierta dificultad. Si uno sigue por ejemplo a un cuadrado que es llevado como un todo y siempre paralelo a sí mismo en círculo, mientras el movimiento sea lento se lo ve como un cuadrado bueno. Sin embargo, si aumenta la velocidad, aparecen movimientos nuevos a saber los de las partes del cuadrado entre sí; la figura se deshace, se vuelve irreconocible y finalmente toma otra forma. Mientras la *figura* es clara retrocede la impresión del *movimiento* de sus partes, con la aparición de los *movimientos* desaparece la *figura*.

Esta alternativa de figura y movimiento nos retrotrae a la anterior especulación teórica sobre el movimiento en general. En ese momento ya hubiéramos podido deducir que la figura y el movimiento se encuentran en una relación antilógica y de algún modo se excluyen mutuamente en la percepción, tienen que desplazarse y, por lo tanto, también se representan. Porque el concepto de una figura sencillamente reposada, por ejemplo, de un cuadrado, un rectángulo, un círculo, no se puede formar ni en la experiencia, ni en el pensamiento, sin que uno se tenga que *trasladar* de un lugar a otro, es decir sin que se tenga que realizar un determinado movimiento y tenga que presuponer una determinada movilidad de la figura. Sin embargo, con ello queda demostrado también para la figura la antilógica del movimiento percibido como una simultaneidad de lo sucesivo.

Me veo apoyado en esta opinión por la axiomática de la geometría tanto la de Helmholtz como la de Hilbert. Mientras que el primero prácticamente calificaba la rigidez empírica y la movilidad del cuerpo como precondition de la geometría, según mi opinión, en el caso de los axiomas de la disposición y de la conexión de Hilbert, el concepto de movimiento al menos está latente.

El experimento de la percepción muestra entonces que, en el caso de la visión de figuras en movimiento, el ojo no está limitado ni a la visión de una figura completamente quieta, ni a la visión de una total modificación del lugar. Sino que aparece una solución intermedia por la cual somos capaces de percibir figuras completas en movimiento

y también movimiento dentro de la figura, o sea, podemos percibir modificaciones de la figura. La percepción constituye de manera antilógica aquello que en realidad en la vida cotidiana es lo habitual. Seres vivos, por ejemplo, seres humanos, son percibidos en el espacio como moviéndose, en la medida en que ellos mismos se mueven. Aquí la modificación de la figura es el alma verdadera de la modificación del lugar de la figura.

Sin embargo, ahora tenemos que abandonar este tema atractivo. Un solo ejemplo ha de iluminar todavía el don constitutivo de la percepción antilógica. A través de ella se comprende que el arte es capaz de mostrar el movimiento a través de una figura rígida. Contemplan ustedes la estatua del lanzador de disco o del Apolo en marcha, de inmediato se les volverá evidente lo que queremos decir: el valor equivalente entre figura rígida y movimiento. Cuanto más grande es el artista tanto más completamente expresa a través de la quietud algo que está en movimiento, así como el gran mimo expresa la fisonomía del alma reposada y atemporal sólo a través del movimiento.

Sin embargo, también encontramos una confirmación a través de experimentos áridos, que muestran que la mayoría de las percepciones sólo son soluciones de compromiso *entre* la claridad figural y el movimiento rico en acontecimientos. En un caso se ve más la figura, pero no sucede gran cosa, en el otro caso sucede mucho, pero se ve poca figura. La simple modificación de la velocidad puede ser suficiente para que se produzca uno u otro fenómeno. En la esfera óptica las “fuerzas” que hemos descripto son preponderantes en la percepción del movimiento y no tanto en la percepción de figuras. Lo que vale para el movimiento también vale para la fuerza, a saber: que en la medida que logra claridad desaparece la ubicación de lugar y lo figural y viceversa. Por lo tanto, también se puede decir: en la percepción las fuerzas y las figuras se encuentran en una relación de la mutua exclusión y, en consideración al estado de cosas físico-objetivas, de representatividad. No se puede evitar que le prestemos atención a la analogía que presenta este hallazgo con la relación de

incertidumbre física de la determinación de la posición y la determinación del impulso en la mecánica cuántica.

Aunque sea grande la tentación de ver en todas estas analogías que hemos mencionado entre las leyes de la percepción y las leyes físicas, sobre todo en la analogía con la relatividad de Newton y Mach, con la ley de la gravitación y la mecánica, la relatividad del continuo témporo espacial y la relación de la indeterminación, digo: aunque la tentación sea grande de ver en estas analogías la promesa de una legalidad semejante de la naturaleza exterior y el proceso psicofísico interior, quisiera rechazar precisamente esta interpretación.

La coordinación del hombre con la naturaleza exterior es de una índole por completo diversa de la pensada por la fisiología de los sentidos y por la del movimiento, y también, como la pensada por la psicología de la Gestalt. Por ejemplo, la postura de Hemholtz se ha vuelto del todo insostenible. Helmholtz, junto con la imagen del mundo de las ciencias naturales de su época, se imagina al hombre como estando en la naturaleza, rodeado por la naturaleza, es decir existente él mismo en espacio y tiempo y desde allí intenta ver cómo influye la naturaleza sobre el hombre y cómo, en virtud de este efecto, la puede percibir y experimentar. Se trata de su así llamado empirismo. Sin embargo, entre tanto hemos tenido que aprender que no podemos ni percibir ni pensar a esta naturaleza si no producimos algo, que precisamente es nuestra verdad altamente personal e individual. Esta individuación y personificación es ahora la condición decisiva también de la naturaleza objetiva, pensada como independiente del hombre. No estamos sólo en espacio y tiempo, sino que espacio y tiempo también surgen respectivamente dentro de nosotros, y *por eso* existe el movimiento exterior. La consecuencia es inevitable: se originan al mismo tiempo. Si, en vista de los innumerables así llamados engaños de los sentidos, nos preguntamos cómo es en realidad posible que podamos vivir con la naturaleza, tuvimos que reconocer esto; el engaño al que sucumbimos permanentemente no sólo en relación al mundo circundante cósmico de la tierra, del sol, del espacio sideral, sino también en relación a las cosas del pequeño mundo que nos

rodea como la habitación, la casa, el taller, la calle, el paisaje. ¿Cómo es que en vista de esta naturaleza contradictoria de veras podemos existir hasta cierto punto a salvo, si no existiese una armonía predefinida entre la naturaleza exterior e interior?

Con ello descubrimos en primer lugar que no podemos ni percibir ni actuar lo objetivo en forma independiente de nosotros. Pero también podemos realizar las grandes acciones de las ciencias naturales sólo en la medida en que realizamos a la naturaleza dentro de nosotros. El experimento de la percepción da como resultado que es la misma sensorialidad la que construye los primeros conceptos objetivos en la medida en que en cada caso particular muestra la idealidad pensada de modo evidente. No es que el entendimiento labra el material en bruto de los sentidos, lo purifica y tira el resto a la basura, sino que la misma percepción posee entendimiento, pero un entendimiento inconsciente. Helmholtz experimentó esto correctamente, pero no ha pensado, o no se ha atrevido, de sacar las conclusiones: el que nosotros no pensamos a la naturaleza, sino que somos pensados por ella. Vale la palabra de San Pablo quien dijo: “Ahora lo reconocemos en partes, pero luego lo reconoceremos, del mismo modo que nosotros hemos sido reconocidos”.

De este modo, se devela ahora que la situación actual modificada de la ciencia al mismo tiempo forma parte de una posición del hombre en relación a la naturaleza, que es de tipo general y no sólo científico. En la medida en que la llamo supercientífica en suma ya se ha expresado una despedida de la cosmovisión así llamada científica.

Si ahora me puedo atrever a agregar a un asunto tan grande algunas afirmaciones más bien en forma de tesis, sólo podrían ser las siguientes: aquello que las clásicas ciencias naturales modernas llamaron la naturaleza objetiva, resulta ser la naturaleza del hombre, *sui* naturaleza y ella forma parte de él como él forma parte de ella y con ello de su manera sensible-racional como de lo activo-realizador. Esto vale para los sectores físicos como también para los biológicos de la empresa general científica del hombre. No existe un conocimiento puro de la verdad previamente existente que sólo habrá que descu-

brir, sino que la verdad es *posible*, pero la tenemos que realizar —para nosotros el valor del conocimiento tendrá que volverse el valor del ser. La renuncia de la física a una determinación total de la cual nos enteramos, no rescata la unidad de la imagen del mundo objetiva científico natural, sino que significa inevitablemente, según creo, la nueva centralización en la unidad de la persona humana. Pero tampoco la renuncia de la biología a una fuerza vital propia y especial de los seres vivos, rescata a los seres vivos de su aislamiento peligroso en medio de una naturaleza exterior dominada por leyes necesarias, sino que esta renuncia al vitalismo significa verdaderamente una renuncia total a una posición especial del hombre en relación a la naturaleza exterior. Pero, si se sacrifica la independencia de la naturaleza exterior del hombre y si se sacrifica la independencia del hombre de la naturaleza exterior, entonces se origina con éxito parejo *una* dependencia del hombre-naturaleza de un *fundamento* que en sí mismo nunca podrá ser objeto, o sea que nunca podrá ser conocido científicamente. Esta simple dependencia de un fundamento que no puede volverse objeto es una dependencia que nunca podrá ser introducida en la ciencia, sino que ésta misma depende de aquella. Este fundamento que jamás podrá ser objeto, ni para ser reconocido ni para ser realizado, sólo aparece siempre en ella como negación. Nuestra tarea fue mostrar cómo la exteriorización vital de la percepción, que florece sin cesar, precisamente sólo muestra lo objetivo a través del no-objeto —en el sujeto. Este es ahora el destino común de biología y física.

Para resolver sólo una pequeña parte de esta tarea hemos recurrido aquí al ejemplo de la percepción sensorial. De acuerdo a los sucesos y a las relaciones históricas esto tuvo que desembocar en una rehabilitación casi diría un rescate heroico de los sentidos. Sin embargo, esto no significa una restauración de la sensorialidad, sino más bien un descubrimiento de la lógica inconsciente de los sentidos. Nuevamente, este hallazgo no significa una conexión con el idealismo crítico de Kant, sino que es más bien un regreso a Parménides, quien enseña: “Sólo existe lo que es. Puesto que es *posible* que realmente esté disponible; lo que no es, es imposible; solicito que esto sea tenido en cuenta”.

Sólo el *ser* se nos puede aparecer; pero también: el ser sólo se nos puede *aparecer*; sin embargo, eso *que* se nos aparece así *no es* una apariencia sino el *ser en sí mismo*.

Ahora bien, la biología trata con cosas que, o bien *viven* —o *no* son; esto significa que todas las cosas de la biología son objetos que contienen ellas mismas un sujeto. Por lo tanto, la introducción del sujeto en la biología es inevitable. Pero si me puedo permitir una sospecha en relación a la física, esta sería la siguiente: la inclusión del observador en la física, de la cual hemos tomado noticia, no es menos importante aquí, sino tal vez más, a saber, que junto al observador precisamente también en el objeto de la física se introduce un sujeto.

Nos asombra que Leibniz pudo ser todavía un representante de una naturaleza animada y al mismo tiempo un gran físico. Esta unión que se ha vuelto tan extraña se merece la mayor atención en nuestra situación general actual de la ciencia. Claro que encontramos allí grandes diferencias. El siglo XVII es universalista —el siglo XX sin embargo es activista. Tenemos que renunciar a aquella imagen objetiva del mundo, pero lo podemos hacer cuando al descubrimiento de la naturaleza exterior le sigue uno semejante de la *interior* y de este sólo se habló al margen con la percepción sensorial, pero al menos un pequeño fragmento de ella. Lo que contenía la idea de las mónadas no se nos aclaró en el camino a través de la investigación del concepto de sustancia, sino yo diría a partir de la presión de la libertad interior. El racionalismo moderno había colocado, por así decir, al investigador entre el hombre y la naturaleza y en esta situación se le hizo consciente lo dilemático de su comportamiento. Casi se adueña de la naturaleza, pero en ese momento el ser humano le tuvo que recordar su simple dependencia. La mirada de su ojo todavía lo rige; su instante<sup>95</sup> quiere apresar lo que inevitablemente transcurre; pero sólo lo que está transcurriendo conforma su ser.

Por lo tanto, la apuesta con el diablo todavía no estaba resuelta.

<sup>95</sup> N. de la T.: el autor juega con las palabras porque en alemán la palabra “instante” es “Augenblick” que literalmente significa “mirada del ojo”.





## Sobre la cuestión de la medicina “cristiana”<sup>96</sup>

HEIDELBERG, SEPTIEMBRE 1947

Estimado Sr. Knorr,

Usted plantea la pregunta: “¿Existe una medicina cristiana?”. Mientras me dispongo a responderle, primero debo mover un poco mis extremidades, para ver de qué manera puedo en verdad tratar con semejante tema y hasta dónde tengo esperanzas de avanzar. Tengo un insuperable rechazo a presentarme frente a los demás como cristiano, como si uno supiera quién es y qué es eso; la expresión “desde el punto de vista cristiano”, que tan a menudo se escucha, refleja una seguridad y una confianza de las que yo no puedo jactarme. Pero igual de inadmisibile me parece hablar como si alguien supiera qué es “la medicina”, como si fuera un objeto sobre cuya naturaleza todos estuvieran de acuerdo. No podemos manejarnos con estos conceptos tan flexibles y variables del mismo modo en que el artesano maneja sus sólidas herramientas, y por eso el comentario que usted me solicita se parecerá más a un movimiento de búsqueda que a un golpe de martillo.

Usted retoma la discusión de Bad Boll sobre “La iglesia y la esfera pública”. Fue evidente que en aquel encuentro de investigadores y eruditos, se habló demasiado poco de ciencia y medicina, en relación a lo que se habló sobre teología, historia, jurisprudencia y filosofía. Así se impuso un clima que uno se encuentra a menudo en las uni-

<sup>96</sup> Viktor von Weizsäcker (1947), “Zur Frage der ‘christlichen’ Medizin”, en *Gesammelte Schriften*, Tomo 7, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1987. Este texto es una carta dirigida al editor de la “Circular médica de Tutzingen”, Dr.A. Knorr. Uno de los objetivos de esta circular era informar sobre los congresos médicos realizados en diferentes academias evangélicas (n. de la t.).

Traducido por María Adamo.

versidades, según el cual la iglesia y la religión son un problema de las humanidades, en el que la ciencia y la medicina tendrían una participación mínima o apenas indirecta.

Dejando de lado el hecho de que sobre Bad Boll aún pendía algo de la atmósfera de Blumhardt<sup>97</sup>, no se puede concebir un evento de este tipo sin tener en cuenta que Jesús en Galilea curó enfermos. No sé qué fue primero, si la curación de enfermos o la prédica; tampoco cuál de las dos acciones tuvo el mayor o el primer efecto sobre el pueblo. Pero sería inadmisibile ignorar las curaciones. Y me parece particularmente importante que no se considere a todas como milagros. Se describen muchas que no sólo podrían ser obra de los discípulos, sino también de los modernos. Los esfuerzos por explicar una parte de estos casos como curaciones de histeria no son tan en vano. Si consideramos que se trató de posibilidades naturales y no de milagros, entonces hay que admitir que, en cierto sentido, Jesús también fue un médico. Por cierto, es una curiosa confusión que siempre se defina a los milagros como algo sobrenatural y antinatural, como si la naturaleza misma no pudiera ser un milagro. Sea como fuere, parece que el oficio de curar enfermedades, que era asignado aún a los apóstoles, se fue perdiendo durante las generaciones posteriores entre quienes dirigían la comunidad cristiana. De lo contrario, Cosma e Damiano<sup>98</sup> no habrían sido venerados tan expresamente como médicos cristianos. Y siempre me sorprendió que en la formación de la sucesión apostólica se esperara de los párrocos un cierto dominio de la teología, pero ya no un indicio de una capacidad de curar. Uno sospecha entonces que la fuerza curativa fue sustituida por la teología. La capacidad médica de los primeros cristianos se ha perdido en el camino.

Con estas observaciones quiero introducir la cuestión de si, tal vez, incluyendo a las ciencias naturales y a la medicina en el aná-

<sup>97</sup> N. de la T.: Johann Christoph Blumhardt fue un pastor luterano que ejerció en Bad Boll desde 1852 hasta 1880.

<sup>98</sup> N. de la T.: Según la leyenda, Cosme y Damián fueron hermanos mellizos, médicos cristianos, que realizaban curas milagrosas y que murieron como mártires, decapitados por la orden de Diocleciano hacia 300 d.C. Se los considera patronos protectores de los médicos.

lisis de nuestra situación espiritual actual, esta podría tomar otro rumbo. Si la situación espiritual de nuestra época se viera aquejada por el hecho de que el espíritu se comprende únicamente de manera intelectual y no ya religiosa, es decir, por el hecho de que el espíritu racional no tiene la fuerza transformadora de cuerpo y alma que tiene el espíritu santo, sólo entonces podría ser que las ciencias del espíritu hayan cometido un error al haber cedido la acción sobre cuerpo y alma a las ciencias naturales y a la medicina. Porque el oficio apostólico bien entendido también demostró tener, originalmente, fuerza curativa sobre el cuerpo y el alma; entre los cristianos el tratamiento de enfermos era considerado como algo que contenía un sentido y una fuerza transformadora espiritual: se comprendía, o se daba por sentado inconscientemente, que la enfermedad era una forma equivocada de la existencia (así como en la Biblia se designa a la muerte como el pago por el pecado). El resultado es que, hasta donde yo sé, ni la teología protestante ni la católica critican a la medicina científica, a pesar de que en la práctica muy a menudo chocan con ella (por ejemplo, cuando el pastor quiere familiarizar al enfermo con la muerte, mientras que el médico considera esto como un pesimismo que lo debilitará. Por lo que yo sé, el Evangelio no conoce tal contradicción).

Podríamos recordar muchas situaciones que muestran cuán separada está en nuestra época la perspectiva cristiana de la práctica mundana. Si una persona que se considera cristiana se enferma o está relacionada con alguien enfermo, busca al mejor especialista médico, sin que le importe que sea cristiano o no. Si es un buen cirujano, da igual que considere a todo el cristianismo como un engaño.

El lector del Testamento encuentra edificante el hecho de que fueron tantos los enfermos que se unieron a Jesús en el camino, que este emprendió la fuga y huyó a la soledad. Se asustó al descubrir su poder curativo. ¿Por qué a este lector edificado no le parece poco edificante que, hoy en día, la larga procesión de tuberculosos, enfermos de cáncer, paralíticos y sufrientes se dirija a la clínica y no a la iglesia? Porque aquí no se trata de una decisión espiritual o de filosofía existencial, sino de una lucha por la de vida o la muerte. Esto es

fácil de comprender. Esta interminable caravana de tísicos, diabéticos, heridos graves y enfermos mentales pasa de largo frente a la puerta de la iglesia, hacia el hospital. Esta vez la imagen pierde toda pátina académica. Ya no se trata de un tema de la historia del pensamiento, sino de una decisión muy práctica: ¿quién ayuda y quién no?

No quiero ampliar más este contraste sensacional entre el lector religioso y el hombre enfermo. Queremos llegar a un resultado: ¿es equivocado remitirse hoy a la medicina, ya que ella no ayuda, o es correcto, porque no hay nada mejor? Espero que mi respuesta no sea confusa: la medicina actual ofrece exactamente aquello que alguien sensato espera de ella. Es adecuada para quien espera de ella lo que ella puede ofrecer, y nada más. Y es equivocada para quien busca algo que ella no puede ofrecer. Por el momento voy a dejar abierta la pregunta acerca de si es posible demostrarle a alguien que algo que él no está buscando es deseable; es decir, si se le puede enseñar a desear algo que uno mismo desea, pero el otro, hasta ahora, no. La cuestión de la educabilidad es sin duda una cuestión de la iglesia, no del Evangelio. Mis siguientes exposiciones buscan esclarecer por qué la medicina se ha vuelto irreligiosa, no cristiana y, pasando por encima de la iglesia, puramente práctica; por qué se ha vuelto autónoma en todo sentido. Esta es una cuestión histórica retrospectiva, de la cual esperamos poder aprender qué es la medicina y tal vez qué debería ser.

Si observamos este tema en su conjunto, la primera impresión es que un individuo no está en condiciones de sostener algo de validez universal que resulte ejemplar para todos los demás. Pero está claro que no es posible que cada individuo busque y encuentre su propio camino. Son las necesidades del individualismo específicamente protestante, las que hacen surgir un impulso tan fuerte por realizar congresos y reuniones y las que, seguramente, también participan en el hecho de que “la iglesia y la esfera pública” se haya vuelto un tema tan acentuado en el círculo evangélico. Con “la esfera pública” surge una suerte de obligación a no poder conformarse más con el examen subjetivo de consciencia y con el ombliguismo de la teoría

del conocimiento. Ni bien nos entregamos a esta obligación y establecemos la meta de lograr afirmaciones más objetivas y universales, ya vuelve a surgir el sentimiento moral protestante que nos advierte que la verdad no debería referirse a un colectivo abstracto (algo que también sería entonces la iglesia), sino a la persona humana. Quiero señalar que en la abarcadora ponencia teológica de Thielicke (1947) se planteó la pregunta de si la teoría debía basarse en el ser universal o en la persona, es decir si debía ser ontológica o personalista; si debía considerar a la naturaleza del mundo, es decir, pensar de manera cosmológica, o si debía proceder considerando en primer lugar el carácter único del ser humano, es decir de manera antropológica. Y, en una clara destitución de la doctrina católica, la ponencia se decidía contra la perspectiva ontológico-cosmológica y a favor de la personalístico-antropológica. Me parece que esta alternativa se habría presentado de manera aún más fuerte si, desde el principio, en el primer plano no sólo hubieran estado los ámbitos histórico-filosóficos de la existencia —en realidad los de las ciencias del espíritu—, sino los científico-naturales y médicos y, con ello, también los ámbitos técnicos de la vida. Porque aquí la civilización moderna se acostumbró a ignorar sin escrúpulos las decisiones morales y religiosas, como si fueran algo que no viene al caso, y a aceptar sin protestar la autonomía del juicio científico. Se considera que la medicina debe inclinarse ante las leyes naturales y ante los órdenes cósmicos, y con ello se constataría que su ámbito es absolutamente opuesto y, en última instancia, incompatible con el proceder antropológico de la teología protestante. Recuerdo un nacionalsocialista que una vez dijo que no se podía mirar por un microscopio de manera nacionalsocialista; de igual modo, un teólogo podría decir que no se puede mirar por un microscopio de manera cristiana. Y así habríamos llegado de nuevo al dualismo. Pero me parece que un ejemplo tan extremo es necesario para poder reflexionar de manera suficientemente aguda sobre una posible superación, y la medicina es particularmente apta para obligarnos a ello. Por lo demás, fue bastante impresionante escuchar que casi todos los juristas presentes opinaron que una renuncia al derecho natural en la

jurisprudencia, no sería aceptable. Esto apunta en la misma dirección y despierta también la pregunta sobre si aquella alternativa es tan insuperable, si no sería factible una tercera opción.

La ponencia de Thielicke me resultó digna de agradecimiento en otro aspecto. Me dio la impresión de que su teología cuestiona de manera general la autonomía de todas las especialidades de la ciencia positivista. Que, si esta teología tuviera el poder suficiente, haría imposible una autonomía de las especialidades, y esto desde la astronomía hasta la filología, desde la medicina hasta la pedagogía. Pero con ello se diferenciaría profundamente de dos teorías que ahora tienen gran influencia, a saber, la filosofía existencialista y la teología dialéctica. Dado que mis próximos comentarios se referirán a la cuestión de si la medicina puede desarrollar desde sí misma y sobre su propio suelo una teoría del ser humano —es decir, una antropología médica— y si al hacerlo puede renunciar a la autonomía científico-natural —si puede destruirla—, consigno de entrada que no puede esperar apoyo de la filosofía existencialista ni de la teología dialéctica, ya que ellas no cuestionan la autonomía de las especialidades de la ciencia positivista. Pero una teología que discuta el autonomismo del conocimiento natural e histórico, una teología así, sería una aliada o al menos podría dirigirse de manera convergente hacia la misma meta.

La pregunta, planteada en un círculo más estrecho, acerca de si existe una medicina cristiana, se responde de manera afirmativa si se lo hace desde la Biblia: la enfermedad es una maldición. Pero ya en la introducción dije que un a priori bíblico así, no me gusta, vuelve la cuestión demasiado fácil. Simplemente se desplaza la solución de las dificultades hacia la religiosidad y se la trata, desde la medicina, como algo extraterritorial. Entonces la medicina continúa siendo como es y uno deja todos los escrúpulos de conciencia para más tarde, para la epicrisis religiosa. Eso no puede ser bueno. El estado de la medicina moderna se explica muy bien cuando se lo describe como un estado que en sí mismo no está definido religiosamente; pero nos habíamos propuesto considerar si es intocable por naturaleza. Obviamente también es correcto que existe una ética médica que

determina: cómo hay que aplicar la ciencia y la técnica y cómo no hay que hacerlo. Pero es significativo que en general no se vaya más allá del juramento hipocrático, que —después de todo— proviene de un pagano sobre el que no existen sospechas de que haya entrado en contacto con el cristianismo. (Recuerdo un candidato a examen que, cuando le preguntaron cuándo vivió Hipócrates, respondió: “¡O bien antes de Cristo o bien después de Cristo!”. La respuesta fue tan acertada, que le puse una nota más alta, en reconocimiento a su velocidad de réplica). Sin dudas, la actual ética médica contiene elementos que provienen del cristianismo o de la cultura cristiana. La idea de la Cruz Roja, de los Convenios de Ginebra, la estrecha relación entre la misión y el cuidado de enfermos (la Misión de Basilea), el pensamiento caritativo, los sanatorios confesionales, la formación de enfermeras en ambas confesiones, de hermanas diaconales y católicas, deben ser apreciadas plenamente. Pero es igual de claro que en el examen de licenciatura médica, en el nombramiento del médico, no hay un solo punto que haga la más mínima referencia al cristianismo. Paracelso, quien formalmente aún era católico, es el último médico conocido cuya enseñanza médica debe ser caracterizada como cristiana. Desde entonces, la medicina se ha vuelto una ciencia laica.

Ahora quisiera dirigir su atención sobre el hecho de que la medicina y las ciencias naturales modernas han surgido en su mayor parte luego de la Reforma, y sobre todo en el ámbito cultural protestante o influido por el protestantismo. La explicación de este hecho nos enredaría en una maraña de opiniones preconcebidas y tomas de posición tendenciosas. Un judío diría que en la Antigüedad tardía y en la Edad Media los médicos judíos ocupaban un lugar privilegiado, que en el siglo XIX y XX muchos médicos e investigadores judíos impulsaron la medicina y se les reconocía que poseían una aptitud particular para ejercerla. Un católico podría sostener que la descristianización del médico moderno es una consecuencia de las herejías protestantes. Un protestante podría atribuir a la Reforma la liberación del espíritu científico de las cadenas que le imponían Aristóteles y la teología medieval. Un comunista sostendría que los



progresos puramente científicos, prácticos y eficaces sólo pueden surgir allí donde la idea de dios ha desaparecido y donde la religión ha perdido toda influencia. Yo propongo no abandonar el ámbito de la medicina científico-natural y, en cambio, preguntarnos desde allí si ella misma no contiene algún rasgo que a primera vista no parezca irreligioso, profano y no cristiano, pero que no obstante conduzca a un distanciamiento de la naturaleza. Las ciencias naturales como un distanciamiento de la naturaleza: sería un tema que podría atraparnos sin que caigamos en opiniones preconcebidas sobre la relación entre la fe y el conocimiento.

Al escribir esta carta debo tener cuidado de no caer en un ensayo histórico-científico, en el cual al final se pierda la cuestión principal. Usted no me preguntó si una medicina cristiana es posible, sino si yo creo que una medicina cristiana es posible. Es fácil estar de acuerdo en que hoy en día ella no existe y en que la Christian Science no es tal medicina. También coincidiremos en que hay buenos motivos para no abandonar el carácter profano de las ciencias naturales en la medicina y sustituirlo sin más, por plegarias o por un carisma personal. Después de todo, lo que podría movernos a querer modificar el estado actual de la medicina no es un apriorismo bíblico o un postulado eclesiástico-teológico, sino una crítica de la medicina realizada desde la misma experiencia médica. Hay muchas cosas de la práctica médica que no nos gustan y es de allí de donde partieron nuestras conversaciones, que llevan años. Así llegamos por fin a preguntarnos de dónde provienen la particular frialdad y el peligro de un punto de vista puramente objetivo, que trata al ser humano sólo como un objeto. Y nos topamos entonces con la sospecha recién mencionada, que estaría en juego un distanciamiento de la naturaleza ocasionado por las mismas ciencias naturales. Al fin y al cabo, lo que nos llama la atención en el transcurso de una hora generosa de consulta y en una visita clínica es sencillamente la falta de calor humano que los enfermos deben padecer. No estoy seguro de que hagamos bien en culpar por ello a las ciencias naturales y no, más bien, a nosotros mismos. Y ahí nos damos cuenta de que las fuerzas anímicas de un

ser humano tienen sus límites y que el pensamiento y la acción mecánicas, disminuyen menos ante el cansancio, son más resistentes que el sentimiento, que se agota más rápido.

Cuando uno les pregunta a los jóvenes por qué eligieron la profesión médica, suelen responder que es porque aman la naturaleza. Últimamente también afirman que es porque quieren ayudar a las personas que sufren. Luego, cuando estudian, uno los ve cautivados y entusiasmados por el sofisticado sistema que ha construido el estudio de la naturaleza: lo que ellos admiran no es tanto la naturaleza, como la audacia, el arte y la perspicacia con las que ha sido construida esta obra humana que es la ciencia. Esto es precisamente lo que llamo “distanciamiento de la naturaleza” y lo que se expresa aquí en la gran auto-admiración del hombre moderno, en la auto-admiración de la ciencia que creó.

Estoy seguro de que, si una persona dedicada a la medicina tiene esta actitud y, en algún momento, se le derrumba la admiración por la ciencia, perderá toda la confianza que sentía. De pronto, o de a poco, pierde el sostén dentro de su ámbito, la seguridad dentro del sistema, y este es el proceso a través del cual una persona que se dedica a la medicina se transforma en un médico. Ahora se encuentra en condiciones de sentirse afectado por el enfermo que tiene delante. Ahora comprende que se siente conmovido por el enfermo y que sólo puede atender bien a aquel paciente que lo conmueve. Se produce algo así como el protonacimiento del verdadero médico. Me parece que aquí es donde, por primera vez, estamos en condiciones de discutir la cuestión de si esta profesión tiene algo que ver con la religión.

Me apuro a abandonar enseguida esta comparación con un nacimiento. Es posible que mi huida esté motivada por el miedo al sentimentalismo, por comprender que algo así no es enseñable ni analizable, por la preocupación de que pudiera invadirnos un falso misticismo. Además, hay suficientes cosas razonables y metódicas para conversar, que son discutibles y representables y que contribuyen a nuestro tema central. Si nos hemos dado cuenta de que la profesión médica y la religión *pueden* tener algo que ver, entonces, en esencia,

estamos suficientemente preparados como para preguntar de manera bien directa cómo sería una medicina cristiana, en caso de que alguna vez exista. Hay que nombrar dos rasgos esenciales que no podrían faltar: el amor y la resurrección del cuerpo. Son dos rasgos del cristianismo que tienen que poder reconocerse en una medicina cristiana. Allí donde los reconozcamos, empezaría la posibilidad de existencia para una medicina cristiana.

Con esto hemos dicho todo lo que puede decirse aquí, y cualquier otra cosa sólo sería un intento de aclaración. Pero ya que usted me ha pedido que diga algo en esta dirección, tiene que aceptar que en estas aclaraciones aparezca algo sobre las inconmensurables dificultades que se le presentarían a una supuesta medicina cristiana. Veamos algunas experiencias.

En primer lugar, uno tiene la impresión de que las únicas personas que creen en dios sin reparos son los enfermos mentales. No puedo demostrar esta frase, sólo puedo plantearla, con la recomendación de reflexionar sobre ella.

En segundo lugar, me ha llamado la atención que clérigos o teólogos neuróticos a menudo tienen sueños en los que expresan las peores blasfemias. Por ejemplo, que juran en nombre de Moscú, que Stalin tiene la cara de Cristo, que Hitler aparece como el principio del bien o como la fuerza que salva al mundo. En este tipo de sueños parece imponerse una antigua tradición que dice que el anticristo es idéntico a Cristo, que aparece con sus rasgos justo antes del apocalipsis y que, como el mundo lo confunde con Cristo, ocasiona, precisamente, el fin del mundo.

En tercer lugar, puede constatarse que la persona mentalmente sana no concibe su enfermedad en el sentido del cristianismo (como un pecado, como su salvación, como una obra propia), sino como algo que no ha sido hecho por él, como una casualidad o un destino ajeno al yo; en todo caso, la concibe de manera pagana o natural. En contra de esta afirmación puede objetarse que los cristianos (mejor dicho, aquellos que se consideran cristianos) y también los no cristianos (aquellos que no se consideran cristianos) suelen sentir culpa frente

a su enfermedad. A veces, ellos contemplan su sufrimiento como un mensaje de dios, como la consecuencia de pecados cometidos o como una obra de sus enemigos (resultado del disgusto con un vecino, un cónyuge, etc.). Pero estas quejas, acusaciones o autorreproches tienen carácter psicológico, son el resultado de determinadas posturas intelectuales o de la superstición. La actitud primaria frente a la enfermedad no deja de ser la actitud frente a un “ello”, un objeto o una causalidad, es decir, algo objetivamente sobrio y ajeno. Los enfermos mentalmente sanos se comportan igual que la medicina científica.

La impresión que tuvimos de los enfermos mentales, las manifestaciones sobre los sueños y la falta de fe presente en la consciencia de los enfermos normales, refuerzan la certeza de que no se puede ser cristiano en un estado de consciencia normal. También es significativo el hecho de que la consciencia normal haya creado el concepto de “milagro” para lo que es divino y cristiano. Lo que se encuentra más allá de la razón, no se encuentra dentro de la razón. La paradoja cristiana es fundamental y el amor por el enemigo forma parte de ella. Una medicina del amor no sería cristiana si no fuera ante todo amor por el enemigo. El amor propio, el amor por el prójimo, el amor por dios, el amor sin más y en todo sentido no serían nada, si no fueran siempre, también, amor por el enemigo.

Existe un proyecto de la medicina actual que opera en esta frontera con lo irracional: es el tratamiento de las enfermedades desde el alma. Sería un milagro si las enfermedades orgánicas pudieran curarse a través de la fuerza anímica; donde sucede, es un milagro. No podemos decir: esto sucede en algunos casos, pero en la mayoría no. Si sucedió en uno, entonces, si la fuerza anímica tiene la suficiente potencia, también puede suceder en todos los demás. Como suele ocurrir, la forma de defenderse de este quiebre radical con las ideas conocidas y seguras fue retirarse un poco y brindarle a lo nuevo una porción del propio territorio para que se instale. A esto nuevo se lo llama “medicina psicosomática”. Se espera que ella sea una variante de la medicina exacta y hay que darle la bienvenida como a una aliada. Esto es un engaño. El tratamiento psíquico de una enfermedad

orgánica está siempre lleno de ocultismo, y un ocultismo legalizado sigue siendo ocultismo.

Nuestra alma retrocede asustada ante estos avances y nos invade el sentimiento de impotencia frente a la enfermedad, ya que no sentimos que nuestras fuerzas estén a la altura de lo que exigen las curaciones anímicas. Se despiertan expectativas que no estamos seguros de poder cumplir. Al temor inicial le sigue una retirada para ganar tiempo; le sigue la sensación de que aquí hay pensamiento más que acto, un tanteo, que no hay un método. Esto sí es una salida. En el intento de crear nuevos métodos nos damos cuenta de que los conocimientos, las investigaciones, la crítica y las ocurrencias son necesarias y útiles. En las cuestiones teóricas se ve que estamos en camino de modificar nuestros fundamentos.

Algo más al respecto. Un cambio en los fundamentos se produce en un frente amplio y en muchos terrenos de las ciencias individuales. ¿Qué parte es la más importante para nuestro tema principal? Esta: que la enfermedad es una forma de ser humanos, que esta forma es un devenir hacia el destino del hombre, que nuestra vida tiene una razón de ser que nunca podrá convertirse en objeto (ni para el conocimiento ni para la acción). Lo que llamamos “vida” es lo mismo que la fisiología llama “funciones”, pero estas no son así como las presenta la fisiología. En la fisiología hay un error que es necesario corregir y tenemos mucho trabajo que hacer. Es aquí donde empiezan los cambios en los fundamentos de las ciencias naturales.

Por lo tanto: el cuerpo no es lo que parecía ser en la época de las ciencias naturales; es algo diferente y tenemos que tratar de investigarlo. Esta investigación, este progreso ocurre de manera autóctona en la revisión clínica, biológica y psicofísica. No se apoya sobre préstamos de la metafísica ni sobre influencias de una teología. En cambio, a menudo tenemos la impresión de que hay una convergencia entre esta dirección del desarrollo de la medicina y la de la teología: Esta convergencia no se encuentra en la consciencia ni se deja conducir; simplemente, se manifiesta. La perspectiva biográfica de la medicina y la escatológica de la teología son un ejemplo de esta convergen-

cia, de dos direcciones acercándose hacia una meta lejana. La visión del mundo y la visión de la historia sagrada se vuelven entonces más comparables, más parecidas y tal vez, al final, coincidentes. El surgimiento en la caída se vuelve, así, una forma común de representar lo natural y la historia sagrada. Ahora es tiempo de finalizar.

Afectuosamente, su Viktor Weizsäcker



# Cuestiones médicas

## Lecciones sobre terapia general

### Índice<sup>99</sup>

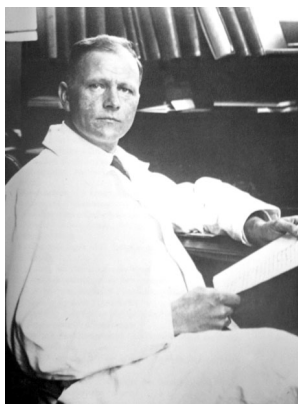
1. El concepto de “terapia”
2. Angustia, síntoma y enfermedad
3. Salud y verdad
4. Síntoma y educación
5. Acerca de la actitud médica fundamental
6. Acerca de la experiencia médica fundamental
7. El yo y el entorno en la enfermedad
8. La enfermedad social
9. El entrelazamiento de las formas de terapia
10. Natura naturans

<sup>99</sup> Viktor von Weizsäcker (1934), *Ärztliche Fragen. Vorlesungen über Allgemeine Therapie*, en *Gesammelte Schriften*, Tomo 5, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1987. Este artículo está compuesto por diez lecciones dictadas por Weizsäcker en el verano de 1933 en Heidelberg. Posteriormente aparecieron impresas en la revista *Deutsche Medizinische Wochenschrift* y en 1934 se editaron en forma de libro. Traducido por María Adamo.





## Prólogo a la segunda edición



Quiero agregar dos comentarios a esta edición que no presenta, en los temas centrales, modificaciones con respecto a la primera. Uno de ellos se refiere a lo mucho que se destaca la neurosis dentro del marco de una “terapia general”. Esto no se debe únicamente a motivos casuales, personales o históricos. El énfasis en la neurosis simboliza más bien la introducción del sujeto humano en el pensamiento de la medicina, que se encuentra orientado hacia la anatomía y la fisiología –no más, pero tampoco menos. Dado que no podemos partir de una medicina que, quiero poder decir, *aún* no existe, tenemos que partir del lugar en donde lo subjetivo irrumpe con mayor evidencia dentro de la forma que tuvo la medicina hasta ahora. Este fue uno de los propósitos del texto. El otro punto gira en torno a la palabra “filosófico”. Una idea científica incómoda corresponde siempre a una ciencia diferente; así, la ciencia propia no necesita seguir siendo cuestionada. Por cierto, cuestionamientos de este tipo fueron siempre algo filosófico. Sin embargo, lo esencial no es comportarse filosóficamente, sino *formular las preguntas* de una manera nueva y diferente dentro del propio ámbito de investigación. En estos casos, “nuevo” suele ser al mismo tiempo algo antiguo, más específicamente: algo que siempre estuvo presente, pero que debe ser desenterrado. Por lo tanto, debo

decir a algunos críticos benevolentes: el elogio de una filosofía que estaría presente en las páginas siguientes no es deseado. Si quedó algo de filosofía que debería devenir medicina, se trata de una de las tantas imperfecciones del texto, no de la cuestión en sí misma. Porque aquí se trata únicamente de medicina.

V. WEIZSÄCKER (NOVIEMBRE 1934)

## 1. El concepto de “terapia”

La teoría de la medicina suele anteponer el diagnóstico a la terapia; habría que conocer para actuar. Pero la experiencia del médico se construye al revés; tenemos que actuar para poder llegar a un conocimiento más profundo. La teoría puede preparar la experiencia, pero recién a partir de la experiencia se ilumina la teoría. Cuando nos encontramos por primera vez con el enfermo, nos sentimos un poco desconcertados. He aquí una situación que la patología no había descrito: el enfermo contiene un sujeto, un yo. Y esto no es lo único: se encuentra en un entorno particular, que tampoco controlamos. Nos damos cuenta de que deberíamos poder dominar ambos, tanto su mundo interno como su entorno, al menos lo suficiente como para llegar a influir en la enfermedad, a poder luchar con ella. Entonces descubrimos que el mundo interno y el entorno no siempre están sanos. Mirándolo bien, su alteración incluso forma parte de la enfermedad, de manera que todo constituye *un mismo* proceso. Sin embargo, se comenzó a desarrollar primero, junto a “la patología y la terapia especializadas”, la psicoterapia y la terapia social, es decir, se comenzó a especializar también al mundo interno y al mundo circundante. Pero, dado que ellos pertenecen a la enfermedad propiamente dicha y dado que todo esto está relacionado, es un suceso indivisible, tenemos que tratar de llegar de nuevo a una medicina unitaria. A pesar de estar aún lejos de esta meta, nos encontramos aquí y allá con situaciones, problemas, experiencias que señalan en esa dirección. En este capítulo contemplamos una pequeña parte.

En primer lugar: *¿qué es la psicoterapia?* Si queremos saber esto, tenemos que preguntarnos: *¿qué es la terapia?* La palabra griega significa cuidar o ayudar, no curar. Porque curar, eso lo puede únicamente la naturaleza misma; el médico que trata la herida no la puede cerrar ni hacerla cicatrizar, tan sólo puede mantener alejado lo nocivo, procurar lo favorable, o sea, posibilitar la curación. “Terapia” es entonces la aplicación de recursos por parte del médico a los fines de permitir una curación natural.

Pero el médico es un individuo, un hombre indivisible, y yo sostengo que hay también sólo *una* terapia, no muchas. Múltiples son sólo los recursos. La expresión “psicoterapia” sería entonces tan engañosa como la palabra hidroterapia o electroterapia. ¿Con esto sólo queremos decir que la psicoterapia sería tanto como una terapia con un recurso particular? La cosa no es tan sencilla. No hay nada en contra de decir que distinguimos entre recursos y métodos climáticos, dietéticos, medicamentosos, quirúrgicos. ¿Pero puede lo anímico someterse a un método?

El sentido de las palabras *alma* y *psique* se ha vuelto tan ambiguo a partir del movimiento desde la religión hacia la ciencia, que tenemos que diferenciar. En lo que se refiere a la medicina, la situación se esclarece cuando determinamos que la palabra “psicoterapia” alude siempre a algo anímico-corporal, a un suceso psicofísico, como se decía antiguamente. Entendamos qué significa esto dentro del sistema de los métodos terapéuticos.

Cuando ustedes neutralizan con bicarbonato el exceso de ácido clorhídrico dentro de un estómago, ocurre un proceso que puede concebirse en términos puramente químicos. Las cosas ya son diferentes cuando le administran digital al paciente con insuficiencia cardíaca. Aquí, el efecto dinámico sobre el corazón no es el único. Hemos aprendido que el medicamento también influye sobre los vasos sanguíneos, que favorece la diuresis. Del mismo modo, la insulina actúa sobre la acción de depósito del glucógeno, pero también sobre la glucólisis. El medicamento actúa en distintos lugares de manera diferente, pero, al mismo tiempo, lo hace sistemática y uniformemente sobre una función biológica determinada, que no podría ser construida sin más a partir de estos efectos parciales. Para ello hay que presuponer la estructura, la coherencia orgánica. Esto sería aún más difícil si quisiéramos entender los efectos de una dieta o del clima analíticamente, como una composición de simples procesos científico-naturales. Sin embargo, ellos participan en una gran medida. ¿Cómo resultaría esto si, yendo un paso más, quisiéramos comprender el efecto que ejerce el mismo médico, con la suma de sus influencias, sus palabras y su

obrar? Su consejo no tiene que ser únicamente dado, sino también seguido, y conseguir esto es a menudo la parte más difícil de su arte. El juicio, el sentimiento, la voluntad y el instinto del enfermo se resisten o se encaminan por sendas equivocadas, y su conducción y superación es la parte que antes llamamos “recurso terapéutico y método”. En *cualquier* terapia el juicio, el sentimiento y la voluntad del enfermo son el “proceso” que, como nivel superior a todos los otros procesos, es al mismo tiempo su fundamento más básico, el único sobre el cual puede desarrollarse una terapia. Lo que solíamos llamar “relación anímico-corporal”, “dependencia psicofísica”, es simplemente un tipo de fisiología superior, dentro de la que queda incluida toda fisiología especial. Dado que esto es así, con nuestra concepción más profunda de la construcción y la esencia de la terapia nos topamos indefectiblemente también con la esencia del hombre personal, con la moralidad, la libertad y la creencia del hombre. Ellos no son el fruto de la terapia, sino el suelo en el cual esta arraiga. Pero no hay ninguna terapia que haga tomar conciencia de esto de manera tan clara y tan crítica como la así llamada “psicoterapia”. Por eso se comprende que, como ustedes saben, justamente ella haya sido tan apasionadamente rechazada como promovida.

Se ha rechazado a la psicoterapia metódica porque se sostenía que el alma no debía ser profanada a través de un exceso de razón ni ser comparada con la materia muerta. Porque ustedes han oído que la hipnosis, la sugestión, el psicoanálisis y la psicopedagogía deben ser técnicas pasibles de ser aprendidas, como las otras técnicas de las ciencias naturales, sólo que estas últimas no bastaban para constituir aquella “fisiología superior” que vendría a ser la psicología. Sobre todo, porque la educación no podría darse en base a reglas materiales, ya que tendría que proceder de la fuerza de la persona, del ser y del valor del educador.

¿Qué decisión se debe tomar aquí? Optamos por una decisión transitoria, que no es muy difícil y tiene buenos fundamentos: la enfermedad designada como *neurosis* constituye un terreno claramente reconocible y delimitable para la psicoterapia metódica. Una

experiencia suficiente nos enseñó que el tratamiento metódico de la psicoterapia es en la neurosis un arma valiosa e indispensable, aunque seguramente no sea la única.

Entre tanto existen otros motivos, además del éxito, para exigir aquí un tipo de tratamiento psíquico metódico y científicamente fundamentado, y oponerse al libre juego de la intuición y del efecto inconsciente de la personalidad. Una razón es que esta forma de salir al encuentro del enfermo sin que medie un control dado por la reflexión y la crítica, se vuelve una fuente de autoengaños respecto de la dirección y de las consecuencias de la influencia médica. Es cierto que la relación únicamente personal y no objetivo-concreta entre médico y enfermo puede lograr curaciones y crear valores que resultan muy fructíferos y liberadores para esa relación en particular. Sin embargo, con ello se crea justamente sólo ese fragmento de relación, pero aún no la libertad para las demás relaciones, por cuyas alteraciones el enfermo fue precisamente llevado a consultar al médico. Aquello que la neurosis perturbaba o destruía en el matrimonio, en la amistad y en la comunidad social todavía no se recompone gracias a este nuevo vínculo con el médico, si este no conlleva una instancia controladora supraindividual, gracias a la cual la nueva capacidad del enfermo para establecer relaciones pueda funcionar también en otros vínculos. Pero vemos que no existe una capacidad de vincularse que pueda ser completada a voluntad y empleada como se desee; es más bien algo *con nombre*, algo existente, determinadas personas, grupos, personajes populares, lo único que puede lograr el establecimiento de vínculos que en la neurosis aparecen alejados y perdidos. No son abstracciones, sino realidades determinadas por nombres propios las que se le han perdido al enfermo y a las que puede acercarse nuevamente a través de la curación.

En este sentido tampoco tiene mucho valor la fórmula de la “totalidad” de la persona, la exigencia de tratar “a todo el ser humano”. Esta fórmula tan sólo puede significar que debemos incluir todo lo importante, con cuidado y con una visión general, y que no debemos conformarnos con el tratamiento de un diente o de una molestia

aislada. Pero si la fórmula significara más, vale decir, el tratamiento de lo esencial en el hombre, entonces francamente ocultaría un conocimiento importante. El destino último de un hombre no puede ser jamás objeto de una terapia. Eso sería una blasfemia. Podemos decir, en resumen, que la psicoterapia tiene por lo menos dos significados, porque contiene algo que toda terapia contiene, a saber, lo personal, y quiere realizarlo de una manera particular, como una terapia metódica de las neurosis. Podemos dejar abierta la cuestión de hasta qué punto esto segundo, este proceder metódico, sería aplicable a otras enfermedades más allá de las neurosis, ya que las pruebas son aquí aún escasas y la base científica es aún estrecha.

Pero no vamos a tomar el camino más largo partiendo abstractamente de los métodos. Antes bien partiremos del *consultorio*, observaremos la molestia del enfermo y su síntoma, y esto debe ser aquí el primer capítulo. Molestia y síntoma son la cara subjetiva y objetiva del mismo suceso; ambos nos interesan por igual. Vemos entonces cómo se forma un síntoma; cuando se vive una penuria<sup>100</sup> se modifican las funciones, aparece el acto fallido fisiológico. Si este es intenso o se prolonga en el tiempo, puede producirse un daño estructural visible del órgano. El desenlace determina si habrá construcción o destrucción.

De este tema surge entonces *la pregunta por las causas*. Como ante una emergencia tendemos a realizar acusaciones, también se agudiza nuestro intelecto para hacer preguntas. Pero en la angustia oscilamos entre la renuncia y la esperanza. Así, por momentos creemos reconocer en la enfermedad algo que estaba predeterminado, algo definitivo, y por momentos algo que tan sólo molesta transitoriamente y que debe ser superado. Así, la constitución es la parte invariable y

<sup>100</sup> N. de T.: Tradujimos la palabra *Not* como "penuria", porque nos parece la más adecuada y porque seguimos así la traducción que realizó Dorrit Busch en otros artículos. *Not* significa además: "necesidad, escasez, falta, miseria, pobreza, apuro, emergencia, urgencia" (Langenscheidt). Más adelante el autor hablará de *Notstand*, una expresión que tiene el sentido de "urgencia" y que tradujimos como "estado de emergencia". En alemán existe un parentesco entre los términos "estado de emergencia" y "penuria" que no pudimos reproducir en castellano.



el trauma la parte evitable de las causas. La perspectiva de recomposición depende otra vez de cuán grandes sean una y otra parte en el proceso patológico.

En tercer lugar, debe decidirse *dónde hay que aplicar la terapia*. No debemos intentar cambiar aquello que es irreparable, sino aspirar a la habituación y a la adaptación. Tampoco debemos fatigarnos ante lo que es reparable, sino que tenemos que destruir la alteración, aunque esto resulte peligroso. De aquí se desprende una división dentro de la psicoterapia. La sugestión, la hipnosis, los somníferos significan una adaptación benéfica a aquello que es un hecho inmodificable. El análisis psíquico, el conocimiento y la educación exigen el triunfo sobre el trauma, la alteración y el destino. Por lo tanto, estas formas y estos escalones de la terapia contienen dentro de sí los opuestos metódicos que ustedes conocen. Pero hoy tenemos que considerarlos de manera práctica y no como expresión de concepciones ideológicas. En toda la medicina reencontramos la distinción entre lo irreparable y lo que puede ser restituido.

La cuarta tarea a resolver surgió de un *grave conflicto del médico con su conciencia social*, pero en primer lugar de una comprensión en relación a las causas de la neurosis. Es indudable que la neurosis está jugando un rol cada vez más importante en todos los grupos sociales, en círculos sociales que son tan diferentes entre sí en aspectos económicos, de clase o de nivel. Aquí se vuelve evidente que la terapia individual —si bien resulta bastante larga y costosa— es accesible para las clases pudientes, pero todavía suele estar vedada a las clases no pudientes. Además, a la diferencia en cuanto a la aplicabilidad de la terapia, se agrega también una diferencia respecto de los motivos de la neurosis. No hay dudas de que corresponde aplicar la terapia individual allí donde existen sucesos personales que han sido elaborados de manera neurótica. Pero donde la neurosis surgió como respuesta a la penuria social de los que se derrumban económicamente o de los que están desocupados, no habría que actuar de manera individual, sino de manera social. En ese caso, la intervención en la situación desfavorable sería más prometedora y también más honesta que lo-

grar un acostumbramiento a la situación de penuria. Aquí la reforma sociopolítica sería un recurso más adecuado que la terapia individual. Pero la política social no puede darse sin política; esta contiene la verdadera fuerza. Así, acercarse a la tarea de combatir la neurosis implica inevitablemente una terapia social; ésta una política social; y esta, a su vez, una política. Lo que aquí resulta tan claro en el ejemplo de la neurosis vale de manera análoga para la construcción de la labor médica en general.

Y aquí llegamos otra vez al límite ¿Dónde debe ponerse un fin a este pavoneo y a esta sobrecarga del actuar y del pensar médico, en qué punto debe indicarse un retorno a la tarea original? En esta pregunta están contenidas las tareas más difíciles de la futura organización del servicio de salud.

A la vez, con esto hemos mostrado sólo un aspecto del tema de la delimitación de la profesión. También en otros lugares existe un desborde inquietante hacia ámbitos ajenos. Piensen ustedes lo siguiente: no pocos de los mejores psicoterapeutas que ejercen en nuestra tierra son descendientes de párrocos o de teólogos. Es fácil comprender cómo un... yo no diría factor hereditario, sino un bien hereditario, pasa en el transcurso histórico de la profesión del padre espiritual a la del médico. No son los médicos quienes se adjudicaron el acercamiento a la penuria del alma; los enfermos que ahora venían a verlos eran los mismos que anteriormente le llevaban idéntico padecimiento al amigo y padre parroquial. Es la secularización de la iglesia medieval, es también el camino desde la fe hacia la ciencia, el que deja al descubierto los ámbitos antiguamente protegidos por la iglesia y ligados a ella, haciéndolos accesibles al cuidado médico. Pero es la historia de la fe la que tuvo que recorrer este camino y aquí también la condición médica corre el peligro de querer satisfacer una pretensión para la cual no está destinada ni capacitada.

Por último, existe un tercer territorio limítrofe allí donde la confianza del enfermo se aleja del médico científico para dirigirse hacia las fuerzas naturales pre-científicas: es la así llamada "curandería", de la cual, si vamos a ser exactos, hay tanto dentro de la medicina oficial

como fuera de este círculo profesional. Pero la crisis de confianza en la medicina científicamente aprobada, no es más que una manifestación parcial de la crisis de la educación pública en general. Y la tarea educativa que a menudo se propone la psicoterapia le ha afluído de todos aquellos lugares en donde ya no resultaba exitosa la educación proveniente de las fuerzas de la iglesia, de la escuela y de la cultura.

Por lo tanto, se comprende mejor que la investigación profunda de las bases y de los métodos de la psicoterapia, termine desembocando en un análisis de la *profesión médica* y de sus límites. Y si estudiamos esto último, no sólo buscaremos obtener definiciones conceptuales, sino que también intentaremos comprender las *posibilidades prácticas* de su ejercicio.

## 2. Angustia, síntoma y enfermedad

Molestia y síntoma son sólo dos caras del mismo suceso en la enfermedad. Podemos concebir a lo “psíquico” y lo “somático” como dos órganos o sistemas de órgano que el hombre construyó siguiendo la imagen de los dos hemisferios tan diferentes del mundo. De esta manera, la molestia subjetiva y el síntoma objetivo aparecen sólo como dos formas de representar una misma cosa, que se encuentra oculta. Pero, así como en el álgebra a veces se puede averiguar una incógnita únicamente a partir de dos ecuaciones que la contienen, la molestia o el síntoma aislados, serían guías demasiado ambiguas y poco confiables. En cambio, si los mantenemos unidos se nos devela la esencia de aquello que les subyace.

En las primeras lecciones clínicas<sup>101</sup> hemos experimentado esto con suficiente claridad. Ustedes vieron una corea menor (Sydenham) y un tic histérico con espasmos múltiples, que un lego a duras penas hubiera podido diferenciar. Se trataba de dos niños. A una alteración le subyacía la infección, a la otra un desacierto en la educación. Después vieron dos alteraciones de la marcha; a una le subyacía una afección del cerebelo, a la otra —la histérica— una catástrofe económica. Les recuerdo también al enfermo que sólo manifestaba las molestias de un neurasténico, y a aquel otro que no tenía más que cefaleas nerviosas; en uno se encontró una tabes dorsalis; en el otro, una leve meningitis; ambos padecían sífilis.

Podemos concluir entonces que los enfermos orgánicos e histéricos (neuróticos) pueden parecerse en los síntomas objetivos, pero también en las molestias subjetivas, a pesar de que subyazcan fenómenos diferentes. Por eso hablamos de una *comunidad de expresión* de las alteraciones orgánicas y neuróticas. La diferencia en la *esencia* de los procesos sólo se devela cuando, en un análisis más minucioso, comparamos molestia y síntoma, pero también formación y desarrollo. No basta con observar sin más la suma de los síntomas, el

<sup>101</sup> Estas lecciones no se han conservado.

“síndrome” objetivo. Incluso síndromes complejos pueden adquirir en alteraciones histéricas una semejanza tan grande con cuadros orgánicos, que al médico más experimentado le resulta difícil el diagnóstico si no se ayuda contemplando el aspecto psíquico del paciente. Así, un enfermo adquirió una parálisis histérica de la pierna y de la vejiga con impotencia eréctil luego de la curación total de una fractura de la primera vértebra lumbar sin lesión medular, o sea un cuadro que *podría* muy bien haberse dado por una lesión medular de la región afectada. El parkinsonismo y el temblor histérico, la lesión talámica y los hemisíndromes histéricos pueden ser tan semejantes que lleven a su mutua confusión.

Si bien en vista de esta similitud o igualdad hemos hablado no sin razón de una “comunidad de expresión”, en otro sentido, esta expresión parece ser cuestionable. Sería mejor hablar de “signo” en lugar de “expresión”, ya que aquí el mismo fenómeno indica precisamente cosas diferentes. El reparo también vale, por cierto, para las formas auténticas de expresión: ¡el enrojecimiento de las mejillas y las formas de escritura tampoco son unívocos, sino ambiguos! Pero justo esto puede llevarnos a la pregunta de si detrás de aquel parecido o de aquella identidad de los fenómenos patológicos no se oculta, en definitiva, algo real que les es común, una realidad sencilla, correspondiente en la misma medida a los estados orgánicos e histéricos que ambos expresan. Si la ambigüedad tiene su razón de ser, también ha de tenerla la comunidad de expresión. No es tan difícil encontrar algo común a todas las enfermedades, algo que ya está contenido en su concepto: vamos a utilizar para ello la palabra *penuria*, que designa tanto lo experimentado conscientemente, como aquello que ocurre de forma inconsciente.

Así pues, veamos si es el carácter común del *estado de penuria* lo que podría subyacer a la comunidad de expresión. Con nuestros ejemplos hay en principio poco para hacer. Las enfermedades que vimos suelen tener un origen oscuro y una larga historia detrás; el resultado nos permite deducir poco acerca de la forma en que se ha producido. Pero si nos dirigimos hacia los sucesos tormentosos con los que la

penuria hace su entrada repentina en una vida, entonces podemos ver enseguida una abundancia de aquello que estamos buscando. La expresión anímica de semejante penuria aguda es la *angustia*, y nos preguntamos: ¿existe también una *fisiología de la angustia*? Pues esta se encuentra al alcance de la mano: vemos la palidez, el sudor, la aceleración del corazón, el temblor, la debilidad y el vértigo. Algunos casos presentan urgencia miccional y urgencia de defecar, de masturbarse; la piloerección, la huida o el estupor ocurren tanto en animales como en humanos. La mayoría de estos síntomas no son pues otra cosa que una alteración de la función, muy precisamente dirigida, en el ámbito del sistema nervioso vegetativo y de los órganos vegetativos. Un síndrome curioso, en el cual resulta difícil interpretar una meta biológica, un sentido fisiológico: no parece haber ningún puente racional que nos lleve desde el fenómeno de la angustia hasta su acompañamiento fisiológico. Y, no obstante, Cannon (1915, 1932) ha intentado tender dicho puente, me parece que con cierto éxito. Él descubrió que diferentes intervenciones que causan terror y angustia a los animales tienen un efecto común, que es la descarga de adrenalina desde las glándulas suprarrenales. Mostró que los consabidos efectos aparecen ante estímulos dolorosos, asfixia, trauma, frío, escalofríos, pero que no se manifiestan si faltan las glándulas suprarrenales o el sistema simpático. Y ahora ustedes se dan cuenta fácilmente de que los efectos de la adrenalina tienen de hecho una gran similitud con los fenómenos concomitantes de la angustia en el corazón, en las pupilas, en el sistema vaso y pilomotor, en la secreción de sudor. Si bien aquí se ha mostrado un mecanismo que simplifica la comprensión fisiológica, queda aún por averiguar si este tiene un fin y una utilidad para el individuo amenazado. Cannon (1928) parece afirmar también esto, en tanto nos recuerda que en el corazón —y, según Orbeli, entre otras cosas también en el músculo esquelético— se logra una *recuperación más veloz* luego de la actividad gracias al influjo de adrenalina y al sistema simpático. La simultánea liberación de glucosa tiene que sustentar entonces la demanda incrementada. Así, se favorecería la

defensa, la huida o la lucha, la disposición rápida y la resistencia, y se fortalecería la adaptación a un medio ambiente peligroso.

A decir verdad, no tenemos por qué aceptar sin reparos este optimismo respecto de la interpretación de la angustia que tiene el investigador de laboratorio. Lo tremendo y lo peligroso de la angustia nos han afectado demasiado como para que podamos tranquilizarnos con el concepto de “funciones de emergencia” acuñado por Cannon, según el cual precisamente este mismo fenómeno del estado de emergencia es el origen del suceso patológico. Porque sobre eso no hay dudas: son las *modificaciones* de la función aquí descritas las que aparecen como *alteraciones* de la función en el cuadro de la neurosis, en particular en la modalidad designada como neurastenia. En gran medida lo que hemos descrito no es otra cosa que el cuadro sintomático de la neurastenia o de la neurosis, sólo que aquí se presenta en el enfermo sin angustia. Por otra parte, conocemos casos donde la angustia sobreviene a pesar de no reconocerse un estado de emergencia—ellos se sienten enfermos de angustia, nosotros hablamos de fobias. Averiguamos entonces algo nuevo. En la angustia que consideramos fundamentada, justificada por un peligro objetivo, vemos aparecer juntos a la angustia y a la función fisiológica de emergencia. En el caso de la enfermedad, vemos que la angustia y su cuadro funcional fisiológico pueden separarse: cada una de las formas de manifestarse puede seguir su propio camino y presentarse sin la otra. Tuvo que ocurrir algo importante que condicionara esta separación; todavía no podemos comprenderlo.

Lo tremendo, grandioso y divino de la angustia verdadera surgida de la emergencia ahora parece haber desaparecido; y con ello, de pronto, también cambiaron la actitud del enfermo hacia el síntoma y la actitud del observador hacia el enfermo. Ahora este observa su molestia desde afuera, en lugar de estar atrapado en ella: habla de su molestia, no del peligro, dice que su corazón está enfermo, que “este”<sup>102</sup> no está funcionando bien, etc. Llamaremos a esto la “*posición*

<sup>102</sup> N. de T.: En alemán “ello”.

*del ello*” del enfermo respecto de su estado. Él se volvió pues objetivo, crítico y distanciado; si lo ha alcanzado algo del mundo de los conceptos médicos llega incluso a decir, por ejemplo: “es que yo soy neurasténico”.

En tales ocasiones se hace evidente que no sólo el enfermo se ubica de otro modo frente al síntoma, que quien sufre una angustia real, sino que también el observador, incluso el médico, son forzados a asumir una postura diferente. Nosotros, los espectadores, ya no estamos conmovidos y, por lo tanto, incluidos en el acontecimiento, sino que también nos encontramos de pronto siendo objetivos, críticos y distantes. Cuando falta la angustia real, los síntomas fisiológicos de la angustia no ejercen ningún efecto —o ejercen uno totalmente diferente— sobre nuestro ánimo. A menudo sentimos incluso rabia, fastidio, aversión, risa, compasión o vergüenza frente a estas quejas. El médico no está excluido de este cambio repentino. Si se entrega a la movilización de su sentimiento original, entonces se mezcla con su disposición a ayudar una inconfundible contracorriente de aversión y escepticismo. Y mi consejo es que no pasen por alto estas movilizaciones, sino que las tengan bien presentes, porque ellas significan algo importante para ustedes y para la cosa en cuestión. Esta vivencia significa que ustedes están en condiciones de realizar un tratamiento sólo allí donde reconocen una penuria y una enfermedad, que deben negarse a realizarlo cuando secretamente niegan el estado de penuria. Creemos que aquí debería existir la libertad de decidir. Esta cuestión moral suena obvia, pero su consecuencia práctica es muy importante: tiene que existir una *libre elección del médico*. Si el médico tiene la libertad de no aceptar, también tiene que tenerla el enfermo que lo consulta. Es cierto que no puede haber una libertad ilimitada, pero es imprescindible que exista un margen para la libertad de elección.

Pero una regulación como esta sólo brinda una solución aparente al problema. La cuestión moral persiste: ¿Qué significa que en el médico surja un sentimiento de desprecio hacia el paciente? Aquí se desliza una actitud no-médica; pero una vez que hemos comprendido que también en el enfermo ocurrió una transformación de angustia



en enfermedad, apenas si podemos sorprendernos del cambio que ocurre en el médico; el paciente no pudo vencer a la angustia con valentía, sino que huyó hacia los síntomas y hacia la protección que ellos podían brindarle. Esto no siempre es demostrable: muchos hombres parecen haber transformado una y otra vez pequeños montos de angustia en síntomas y así haberse resistido de entrada a cualquier angustia grande. Así ocurrió un cambio en la interpretación del contenido vital, y lo notamos en el sentimiento de culpa del enfermo, tanto como en el rechazo moralizante de su observador. Y justo aquí es donde ustedes no deben detenerse. Porque es ese sentimiento de culpa, comprobable en todo neurótico, el que demuestra que el paciente tiene una resistencia contra el propio yo que sólo ahora resulta ineficaz. Por eso, desde el punto de vista de la misión del médico, la desvalorización del paciente sólo significaría que no posee la voluntad o la fuerza o los recursos para ayudar al enfermo en esta resistencia contra sí mismo. Detrás del desprecio se oculta la admisión de la propia incapacidad y cuando el médico evalúa al enfermo en relación a su enfermar, también se evalúa a sí mismo en relación a su capacidad de ayuda. Después de todo, ¿cómo podría saber si él hubiera enfrentado la misma angustia o el mismo estado de emergencia de manera exitosa? ¿Qué escala posee para medir el tamaño de la resistencia que el enfermo le opuso a su tendencia a la enfermedad? Ninguna.

Repetimos la conclusión: Podemos rechazar el tratamiento y debemos hacerlo, si no creemos tener las ganas, la fuerza y los medios para brindar ayuda. Pero una desvalorización del enfermo significa una oculta desvalorización de la propia capacidad de ayuda. Junto a la conclusión nos encontramos ahora con un descubrimiento: la degeneración, la minusvalía, la debilidad constitucional se revelan como conceptos que no son en su esencia individuales, sino sociales. No pueden jamás ser usados por el individuo; con ello se destruiría la actitud médica y sólo se expresaría una proporción entre médico y paciente, en la cual habría una descarga sobre este último. *Así pues, la minusvalía designa aquí el límite del valor que un hombre puede darle a otro, es decir es un parámetro social, no una medida absoluta; en este*

sentido la atribución de minusvalía está dentro de las limitaciones humana generales.

Extraigamos inmediatamente una importante conclusión médico-social. Ustedes saben que nosotros, como médicos, muchas veces tenemos que evaluar la utilidad de un hombre, por ejemplo, para el organismo asegurador. En el sistema que aún rige hoy, esta utilidad, expresada como *capacidad de trabajo*, tiene que ser indicada en porcentajes, como si nosotros poseyéramos un criterio absoluto. Pero si nuestra reflexión es acertada, tenemos que exigir que este valor no se exprese a través de una *medida* abstracta y absoluta, sino de un *lugar* social y concreto. Tenemos que aspirar a un orden en el que no se evalúe, sino que se encuentre el particular *valor de uso* de cada uno. La búsqueda de utilidad en oposición a la valoración de la capacidad de trabajo va a ocuparnos profundamente como meta de una futura política social médica.

Por lo tanto, ustedes decidirán libremente *si reconocen en el enfermo la penuria y si se creen capaces de realizar un tratamiento*. Pero la observación de la vida práctica también muestra la contracara de esta hermosa libertad: por desgracia, tanto en el reconocimiento como en el tratamiento, el médico suele seguir el mismo camino que siguió el enfermo, en lugar de obligarlo a desandararlo. Acepta el cambio de interpretación que transformó la penuria en enfermedad, asume con él la “postura del ello” respecto de la enfermedad, renuncia al análisis de los síntomas ambiguos y busca junto a él la salida en la dirección de la resistencia mínima. El certificado de complacencia, la identificación con la “interpretación del ello” y la fijación de la enfermedad debido a formas inadecuadas de terapia, son las consecuencias que aún van a ocuparnos mucho. Pero, como veremos, esto significa que el combate a la penuria se está dando en el lugar y con los medios equivocados. Por último, prestémosle atención a otra importante consecuencia de este camino. Como clínicos, no hemos podido compartir el optimismo utilitario de la interpretación del estado angustia y de emergencia que manifiestan los fisiólogos; nos causó demasiada impresión el camino que conduce desde la reacción de emergencia

hasta el síntoma nervioso. Si se llegara a comprobar que este último también genera el desarrollo de una enfermedad orgánica, entonces nos veríamos obligados a admitir una limitación aún mayor del principio biológico de lo utilitario. Si este fuera el caso, entonces la terapia de la alteración funcional sería al mismo tiempo una profilaxis de la enfermedad.

### 3. Salud y verdad

La reaparición de las reacciones fisiológicas propias del estado de emergencia (Cannon) en los síntomas de la dolencia nerviosa, no es el único motivo por el cual nosotros, en la patología, nos apartamos de la apreciación biológica optimista de tales fenómenos. El modo de pensar de Darwin aplicado en forma radical, concebiría a la enfermedad en sí misma como un recurso útil de la selección natural (vería entonces al médico como el aguafiestas de este progreso selectivo). Estaríamos frente a un optimismo desagradable y fatal. Si bien esta afirmación no es una objeción a la teoría de la selección, bien podría ser que la descripción del hecho estuviera errada. Y más importante que un dejo de pesimismo resulta la observación de que, en la evolución hacia la alteración de la función, no se puede pasar por alto la *subjetividad*. Cuando un hombre adquiere la virtud de una enfermedad a partir de una penuria, cuando la reacción moral deviene síntoma patológico, ha ocurrido algo como una falsificación del sentido que incita a nuestra conciencia hacia la crítica. La expresión 'huida hacia la enfermedad' es, desde ya, demasiado moralista, porque se trata de un nivel de la existencia que no podría comprenderse suficientemente con los parámetros de la cobardía y del coraje de un individuo. La transición del yo en ello es más que un suceso únicamente moral. Pero si la moralidad nos parece demasiado limitada, quizás pueda ayudarnos la palabra *valoración* para expresar que no estamos abarcando el todo si excluimos los destinos de la subjetividad.

Esto dio como resultado un requisito práctico, la *libre elección* del médico, y una tesis teórica, la *interpretación sociológica de la minusvalía*. Para el ámbito médico la minusvalía no puede ser una medida absoluta, ella designa únicamente el límite del valor que un hombre puede darle a otro. Con ello alcanzamos una base firme para realizar una crítica de la otorgación de valores, pues nosotros queremos averiguar, por ejemplo, qué es lo que *merece un tratamiento* y qué no. Seguro no lo merece aquello cuyo tratamiento es inútil. En nuestra discusión se dijo con razón que la confianza hacia el médico cientí-

fico se ha dañado porque este le ha callado la verdad al enfermo en demasiadas ocasiones.

Aquí no fue casualidad que nuestra discusión se volcara también sobre la pregunta acerca de si *la angustia*, y particularmente *la angustia de muerte*, es pasible de ser tratada. Una vez que hemos comprendido que el neurótico logra un ocultamiento en el enfermar y que revela esto a través de su sentimiento de culpa, semejante suceso tiene que causarnos la mayor impresión. Recordemos ahora cuántas veces hemos visto llamear el sentimiento de culpa también en el enfermo orgánico no neurótico, cómo lucha consigo mismo en el estadio prodrómico, para ver si puede ceder, y en la convalecencia, para ver si aún está enfermo. A menudo la enfermedad grave significa la revisión de toda una época de la vida del enfermo y, en algunas ocasiones, nos hemos sentido decepcionados cuando alguien seguía siendo el mismo luego de una curación afortunada, como si tuviéramos derecho de adscribirle a la enfermedad un poder renovador. Más aún: así como a nadie se le puede prohibir la voluntad de morir, así pareciera que también el enfermo encuentra dentro de sí la voluntad de enfermar. De tanto en tanto, más allá de la huida neurótica hacia la enfermedad, vemos en el enfermo orgánico un lanzarse-hacia la enfermedad. Su voluntad de lucha también encierra una voluntad de sacrificio. Es la dignidad de este suceso lo que nos impide decirle al enfermo la verdad acerca de su final inminente, de manera inescrupulosa y desde un intelecto objetivamente distanciado. El médico, desde el lugar del sano, se encuentra aquí con un límite: no puede ocultarle con mentiras la cercanía del peligro mortal, ni tampoco está autorizado a proferir la brutal declaración de una sentencia de muerte. Ninguna de estas cosas le abriría al enfermo la posibilidad de morir su propia muerte, sino que más bien se la cerraría. Lo primero lo seduciría, pero lo segundo lo destruiría. El “tratamiento de la angustia de muerte” consistiría en una educación hacia la muerte y no en la investigación e información acerca de los hechos concretos. Por lo tanto, si el médico que se encuentra junto al enfermo terminal está ubicado como eslabón de una cadena en el orden de una educación hacia la muerte,

entonces la realización de la tarea planteada no consistirá sólo en la educación del amenazado de muerte, sino más aún en la propia educación del médico por parte del enfermo que está desahuciado. Si bien el sentido práctico nos fuerza a separar la tarea de la educación de la del médico, es innegable que como médicos también estamos ubicados frente a la muerte dentro del orden más abarcador de la vida y le estamos obligados. Es un derecho del médico aliviar sin miramientos los sufrimientos que pueden acompañar al enfermo al morir, es incluso uno de sus deberes más agradecidos; no puede dejarse convencer por ningún rigor absurdo de que él no tiene permiso de detener una providencia. Pero donde el *mismo enfermo* busca saber la verdad acerca de su destino, allí el médico tendrá que recorrer con él; el difícil camino del conocimiento. Se opondrá a ello tanto menos, cuanto más haya comenzado a materializar él mismo en su propio ser el orden general de la vida hacia la muerte. A decir verdad, este servicio que le presta al enfermo es mucho más elevado y más arduo que la inyección de morfina. Aquí encontramos un claro ejemplo de lo imposible que resulta aferrarse en la profesión al plano más simple del sentido práctico objetivo, amante de los hechos concretos, como si pudiéramos desmentir los aspectos de la existencia humana que se encuentran por encima y por debajo de dicho plano.

Porque, ¿dónde hemos llegado precisamente con el ejemplo de la *eutanasia*? Hipócrates pedía que no aplicaran tratamiento a pacientes incurables. El médico no tenía nada que hacer allí donde no había esperanzas de alejar a la muerte. En cambio, Paracelso, como médico cristiano, enseñaba que el médico no tiene absolutamente nada que ver con la muerte, cuya hora está predeterminada desde la concepción. No podemos seguir a Hipócrates, ya que le damos la razón a Paracelso: el sentido del tratamiento no es evitar la muerte, sino posibilitar la realización de la vida con su determinación, y esta no se ve afectada por una probabilidad racional acerca del momento en que ocurrirá la muerte. Si el análisis del enfermar nos enseñó que *la salud tiene algo que ver con la verdad y que la enfermedad tiene algo que ver con la falta de verdad*, entonces lo que el médico no puede pasar

por alto no es la verdad racional sobre la cercanía de la muerte, sino la veracidad de la vida. Con cautela, pero con determinación pronunciamos esta frase de una manera tan generalizada. Está rodeada por un muro de peligros, pero es al mismo tiempo una línea directiva tan simple y clara que nos permite quitarnos el peso de una considerable suma de conocimientos innecesarios y de actos médicos vacíos. Todo se tergiversaría si la entendiéramos como que habría que comenzar siempre con una inquisición sobre mentiras vitales y represiones de la culpa. El verdadero sentido de esta idea y lo que significan aquí palabras como “verdad” y “salud”, puede revelarse a partir de la comprensión y no de la acusación. Tampoco ayudaría si nos remitiéramos a la conocida fórmula de la individualización, según la cual cada caso es diferente y la falta de un claro sentido primordial de la enfermedad puede suplirse atribuyendo esta, a las “circunstancias particulares”. Aquí correremos el riesgo de cederle la partida a la situación particular para que sea esta la que tome una decisión que en realidad no nos atrevemos a tomar. Además, puede demostrarse que *la eliminación de un mal da lugar a otro mal* y que el sentido ineludible del arte de curar se encuentra bajo esta ley, no más allá de ella. La enfermedad niega tan poco su nacimiento a partir de un estado de penuria espiritual o anímica, que se pasea en el atuendo de la penuria; por eso, una vez que ella haya pasado de largo, lo incompleto quedará en evidencia como lo que permanece constante. No es que haya que leer el “sentido” de la enfermedad desde una moral burguesa ni desde una explicación especializada. El “sinsentido” que ella contiene es un poder positivo. No está justificado un optimismo como el que dice que lo enfermo y lo sano deberían comportarse como lo incompleto y lo completo. Cuando hemos sanado somos, por eso mismo, susceptibles de volver a enfermar. El hombre nunca es un ser acabado, su equilibrio es siempre lábil. Sólo algunas enfermedades dejan inmunidad. Por otra parte, a menudo una enfermedad es un suceso que fragua todas las fuerzas en pos de una meta. De este modo, el *trabajo de la enfermedad* impuesto al enfermo puede volverse tan exigente que excluya, como la más alta creación de una obra, la realización de cualquier

otro logro. También hemos visto que una enfermedad puede evitar la aparición o la persistencia de otra, es decir que una enfermedad puede eliminar a otra. La enfermedad no es entonces algo negativo, pues es demoníaca y espiritual.

Pero no sólo una determinación conceptual, sino también una observación y una descripción precisas pueden enseñarnos qué valor de aplicación tiene un postulado básico, qué confirmaciones puede brindar la experiencia. El hombre “no científico” o el que está personalmente afectado por la enfermedad no ve ninguna dificultad en pensar que las enfermedades surgen de penurias anímicas o de conflictos espirituales, de la preocupación o del pesar, y se adjudica el derecho incuestionable de acusar por ello al destino o a sí mismo. Cualquiera de nosotros tiene a mano suficientes ejemplos que puede obtener de la vida cotidiana. La enfermedad adquiere un rasgo más significativo cuando, a la luz de la historia o de los personajes destacados por ella, interviene en contextos importantes y universalmente conocidos. La historia y la prensa le permiten a cualquier lector atento ampliar esta colección, que aquí todavía falta. Veamos los siguientes ejemplos:

1— Primo de Rivera, el dictador español, es derrocado luego de años de ejercer el poder; se ve obligado a abandonar su tierra y, pocos días después, muere en el extranjero por un trastorno circulatorio.

2— Antonina Vallentin (1930): “Briand llegó cansado y desmoralizado. También a él lo consumía la presión de los últimos meses. El organismo agotado estaba maduro para una enfermedad. La fiebre lo tomó, una erupción cutánea que en un primer momento pareció una urticaria inofensiva le deformó la frente. Él no se dejó distraer de su trabajo y al poco tiempo de su llegada acordó una entrevista con Stresemann. Pero en ese momento también intervino la mala estrella que parecía estar suspendida sobre Thoiry. La noche anterior al encuentro acordado, la fiebre arreció. El médico que trajeron al día siguiente constató un caso severo de culebrilla. Stresemann intentó en vano forzar una entrevista al menos muy breve. Pero el médico le prohibió al paciente cualquier esfuerzo y ordenó su inmediata



partida hacia París”. 3– La dolencia de Stresemann (nefritis crónica). Antonina Vallentin (1930): “Gustav Stresemann se sorprende más que nadie por la grave enfermedad que le sobrevino. Siempre había sentido el hecho de estar enfermo casi como un acto de voluntad, como una disminución de la propia fuerza de voluntad y, de pronto, la enfermedad lo arrancaba de la plenitud de su fuerza, del punto culminante de su vida”. 4– De Krupskaja (1933), Recuerdos de Lenin: En Londres: Descripción de los preparativos de un congreso del partido y de la continua emigración de los revolucionarios hacia París, de la negligencia de los colaboradores en Rusia, de la lucha con otras orientaciones en pos de la unidad, del propio aislamiento y de la desesperación. “Wladimir Iljitsch estaba tan sobreexcitado que enfermó de una severa enfermedad nerviosa, el ‘fuego sagrado’, una inflamación de las terminaciones nerviosas del pecho y de la espalda. Tuvo una erupción cutánea y yo traté de informarme en un libro de medicina. De allí parecía desprenderse que la erupción tendría que ser un tipo de culebrilla... Wladimir Iljitsch deliraba durante el viaje hacia Ginebra y luego de nuestra llegada tuvo que recostarse y permanecer en cama dos semanas completas”. 5– Trotski (en “Mi vida”, 1930) describe cómo aumenta la tensión de la oposición con la enfermedad de Lenin y, mientras se cuida de la filosofía, filosofa acerca de cuán servicialmente lo casual ayuda a lo regular. “Hablando en general, lo regular del proceso histórico completo se refleja en lo casual. Si queremos usar el lenguaje de la biología, podemos decir que la regularidad histórica se realiza a través de la selección natural de las casualidades. Sobre esta base se desarrolla la actividad humana consciente, que somete a las casualidades a una selección artificial”. Luego describe cómo, tres meses antes de la muerte de Lenin, estando de caza, se enferma de un resfrío que no cura por completo, sino que se transforma en una enfermedad febril crónica criptogenética que dura varios meses. Para cuando Lenin muere, él ya se encuentra severamente enfermo y con ello está sellado su derrocamiento.

Vemos que la enfermedad ha intervenido en la crisis biográfico-política, no sólo como un fenómeno acompañante, sino como una

fuerza dramática que participa en la decisión. El personaje principal tiene, en tanto personaje principal, un efecto diferente al estar enfermo. Hace historia, pero también su enfermedad hace historia, y el que haya enfermado es también una consecuencia del hecho de que hace historia y se encuentra en la crisis. Todo esto no sólo parece ser así, sino que muchas veces los protagonistas son conscientes de ello: experimentan la enfermedad como parte de un acto voluntario. Aunque no sabemos qué hubiera sido diferente, sabemos que sin la enfermedad las cosas hubieran sido diferentes. Y aunque no sabemos cómo conduce el camino desde la formación de la voluntad hacia el enfermar y viceversa, sabemos que también en la consciencia se encuentran las condiciones para esta formación de la voluntad y su continuación en el enfermar.

La coincidencia temporal de grandes cambios anímicos con epidemias severas (la peste, la sífilis) ha sido notada y comprendida muchas veces en la historia como algo esencial. También es sabido y reconocido, sobre todo en el caso del cólera, que en una epidemia un individuo anímicamente quebrantado se enferma y muere fácilmente, mientras que otros permanecen inmunes. Las muertes por cólera de Hegel y de Niebuhr siguieron a las impresiones causadas por la revolución parisina de 1830. De la práctica clínica de las anginas, pero también de las infecciones sinusales, mandibulares y dentarias, así como de las apendicitis, nos llegaron numerosas observaciones fáciles de recopilar.

Si bien, a los ojos de muchos clínicos, este tipo de experiencias puede tener más valor anecdótico que científico, no hay duda de que resultan mucho más impresionantes y convincentes que ciertos resultados acerca de las condiciones de la virulencia y de la inmunidad obtenidos por caminos más exactos. Pero la base todavía es pequeña, y con gusto reconocemos que sólo se agranda un poco (y sin embargo algo) allí donde se observan las influencias psíquicas sobre el origen y el curso de enfermedades como el asma bronquial, el Morbus Basedow y el eczema; en estos casos existen estudios detallados que no se quedan atrás respecto de lo que exige la ciencia. Y, no obstante, sólo en la

psicología de las así llamadas neurosis encontramos una investigación completa e incluso exhaustiva en una determinada dirección. Es ella la que pudo darnos el coraje de emprender el estudio de las enfermedades así llamadas orgánicas sobre una base análogamente amplia y profunda. Podemos entonces esperar conocimientos fundamentales de la investigación de la neurosis, pero sabemos que ni siquiera la *psico*-neurosis más “pura” ocurre sin un correspondiente síndrome material, o sea fisiológico-funcional. Aquí habría pues un punto de partida para una teoría más amplia de la enfermedad, que alguna vez superará la separación entre el origen corporal y el anímico.

Nos encontraremos primero con la *investigación de las causas*, luego con la pregunta acerca del *mecanismo psicofísico*. Si buscamos causas, puede ayudarnos el punto de vista según el cual el caso particular siempre exige abordar el desarrollo personal individual; pero, al mismo tiempo y de manera categórica, en el caso de la neurosis social encontramos en las circunstancias sociales e históricas un principio con el cual la comprensión resulta más fácil y el orden de los sucesos más cómodo y acertado que con el análisis psicológico individual. Si luego intentamos comprender psicofísicamente la formación del síntoma, nos encontramos también aquí con dos principios opuestos. Uno de ellos concibe al acontecimiento tangible y evidente como motivado en última instancia por fuerzas irracionales —tan grande aparece la irracionalidad en el devenir y transcurrir de formaciones armónicas, pero fugaces. Encontramos una *teoría de las pulsiones*, que no contiene menos metafísica que acaso los planteos de la física teórica, y no debemos creer que podremos pasarla por alto ignorando la tradición. Por el otro lado, desde el inicio de nuestras reflexiones descubrimos lo inevitable que resulta, en la conducta práctica y teórica hacia el enfermo y la enfermedad, el hecho de *atribuir valores*. Pero para evitar que esta valoración degenera en un voluntarismo subjetivo, debería ser dignificada y legitimada a través de una sensata teoría del orden, y no a través de una irracional teoría de las pulsiones.

Si bien el planteo de una teoría de la neurosis ha de considerarse histórica y actualmente como una vía regia hacia la investigación ge-

neral de las enfermedades, lo que expusimos hoy puede interpretarse así: no necesitamos a la neurosis para encontrar y plantear la tarea: el camino del contacto entre verdad y salud, falta de verdad y enfermedad, debe ser buscado y en lo posible hallado. Cada enfermedad, y la “enfermedad orgánica” en particular, puede llevarnos a esa pregunta, siempre que no nos neguemos a escucharla. Porque los ejemplos muestran lo siguiente: un suceso dramático, en ocasiones grandioso, en la vida y en la historia se continúa de un modo inesperado con y a través del arribo de la enfermedad, de un modo que, a la vez, no carece de sentido en esa vida y en la historia. De esta manera, la enfermedad adquiere un lugar importante y todo el suceso sufre una desviación desde su sentido original hacia otro, ahora modificado. Así desaparece un valor pleno de sentido, pero su fuerza retorna en la nueva dirección. El término “*represión*” no significa nada distinto y el caso de la represión de un afecto o de una moción erótica, es sólo un caso especial dentro de una ley general.

Resumamos lo que significa en la práctica la *introducción de lo subjetivo en la patología*. De ahí se desprenden dos consecuencias importantes para el tratamiento. Una sería que, si en el inicio de la enfermedad están la consciencia y el sepultamiento de algo consciente, entonces esto también debe participar en la resolución. El saber, el conocimiento y la resucitación de mociones anímicas se convierten en remedios. Pero entonces aparece un nuevo problema práctico: se trata de la *inclusión de la esfera privada subjetiva dentro del ámbito médico*. ¿Dónde radica el límite de la discreción entre médico y paciente y, más difícil aún, entre ambos y la institución pública (por ejemplo, el seguro médico), a partir de cuyos intereses y a cuyos costos ocurre el tratamiento? También aquí, de una cuestión aparentemente sólo teórica y que a muchos les parece incluso sólo filosófica, se desprende una tarea muy actual, incluso política.



#### 4. Síntoma y educación

La frase que dice que la salud tiene algo que ver con la verdad es una frase filosófica o, mejor dicho, metafísica. Pero si dijéramos que esta frase contiene un fragmento de experiencia no estaríamos contradiciendo esta orientación metafísica, ya que la metafísica no es otra cosa que una experiencia producida en el ámbito metafísico. Aquí podemos apoyarnos en grandes memorias, de las cuales la más famosa es sin duda la palabra de Hipócrates: el médico que es filósofo se asemeja a un dios. Esta frase proviene de la misma época en la que Sócrates dijo que había tenido que hacer descender a la filosofía desde el cielo hasta la tierra. Nuestra propia época quiere llevar a cabo algo similar. Si, entonces, bajamos a la tierra a nuestra definición idealista de la salud, toma la siguiente forma: *la salud tiene algo que ver con la autenticidad de un ser humano*. Pero apresurémonos a asociar una advertencia frente a tal introducción de lo subjetivo en la medicina. Así como Hegel (1837) enseñó que la historia se mueve siempre en un terreno más elevado que el de la mera moralidad, del mismo modo las enfermedades tienen que surgir de un suelo más profundo que el de una mera arbitrariedad o el de una consciencia cotidiana. Tanto más grande es entonces la responsabilidad que conlleva la introducción del sujeto en la patología. La psicoterapia es la aplicación más evidente de nuestra frase, ya que, en gran parte, ella no es otra cosa que un esfuerzo por alcanzar la autenticidad. Ella también es una investigación histórica de aquel aspecto de la gran historia —que podemos llamar privada, personal o interna— en el que nos encontramos nosotros mismos y nuestros enfermos como sujetos existentes. Nuestra discusión ha vuelto a mostrar la actualidad del tema de la “subjetividad”. Discutimos la cuestión de si sólo un libre acuerdo le da al médico el derecho sobre la esfera privada e íntima del enfermo, o si esta irrupción es más bien un deber del médico que él tiene que imponerle al enfermo. Siguiendo la segunda opinión, se llegaría a una suerte de expropiación obligada de la propiedad privada psíquica. El núcleo de esta discusión resultó ser la pregunta acerca de quién es el

que da la orden y los extremos opuestos cristalizaron finalmente bajo la forma de individuo y comunidad, de persona y estado. Traducido al idioma judicial se trata de la alternativa entre un contrato médico privado o un seguro de salud obligatorio, lo cual para el médico significa, en síntesis: médico particular o médico del seguro. Más adelante, cuando hablemos de la enfermedad social, continuaremos con esta línea.

Para esclarecer la esencia de *la subjetividad* tenemos que saber más que aquello que nos enseñan la fisiología de la angustia y la formación vegetativa de síntomas en la neurastenia, en la neurosis de órgano y por cierto también en la enfermedad orgánica. En estos cuadros clínicos se ven afectados precisamente aquellos órganos y funciones que parecen escapar a la voluntad subjetiva y a los que, por eso, antes a menudo se denominaba autónomos. Y en ellos la apelación del médico a la razón y a la voluntad suele ser inútil. La advertencia no es suficiente, la persuasión amistosa y el uso de la fuerza dejan tras de sí un camino poblado de fracasos. Hemos perdido —o nunca tuvimos— el poder sobre estas funciones internas. Apartémonos ahora temporariamente de ellas para contemplar el funcionamiento de aquella musculatura que, bajo el nombre de “voluntaria”, promete a nuestra influencia un camino cómodo. Ella nos proporciona la actividad externa en el trabajo y en el ocio, en el oficio, en el deporte y en toda la vida conciente y responsable.

Pero también aquí la función se halla en la extraña media luz de *dependencia y libertad*. La psicología analítica posterior a Freud, no se ha cansado de mostrar ejemplos de la determinación inconsciente de la así llamada motricidad voluntaria. Y otra vez —así como en el caso de la reacción de angustia— encontramos sucesos en el hombre sano que luego sufren una transición hacia la formación de síntomas patológicos. Ustedes ya conocen a aquella paciente que se lastimó el pie cuando se dirigía a la boda de su hermana y en relación con esto desarrolló luego una parálisis histérica de la pierna; ella misma admitió que su sentimiento de envidia era el trasfondo de la historia de su enfermedad y de su curación. Hemos comprendido este

tipo de “accidentes” no como casualidades, sino como actos fallidos de las intervenciones voluntarias. En representación de innumerables ejemplos mencionemos sólo uno más, en el cual podemos mostrar de nuevo el contraste entre las motivaciones individuales y sociales de la neurosis. Durante un invierno particularmente frío, en el que, a él como a muchos de sus colegas, le faltaba carbón en su casa, un obrero industrial recibió la orden de, además de realizar su tarea habitual, llevar algunas bolsas de carbón al sótano de uno de los directores. El hombre, sano, cayó por las escaleras del sótano con tanta mala suerte que se abrió la cabeza. El golpe fue bastante fuerte y lo obligó en un principio a guardar reposo. Las consecuencias de este episodio fueron molestias reiteradas, incapacidad laboral, despido, desempleo, neurosis y un juicio laboral. Este bosquejo nos basta para conjeturar las mociones anímicas y la motivación del acto fallido. Si no vemos uno, sino muchos episodios de estas características, tenemos derecho a dudar de la participación del azar. A decir verdad, la tendencia que se evidencia en estos conflictos individuales y en estos “sentimientos de clase” sociales nos tienta fácilmente a realizar una toma de partido silenciosa o abierta. Cuidémonos de atribuirle al enfermo un propósito premeditado de caerse. Mejor inclinémonos ante la comprensión de que la propia naturaleza lo conduce de una manera más significativa de lo que él mismo sabe.

Porque nuestro objetivo es averiguar de qué manera nuestra así llamada motricidad voluntaria lleva a cabo estas rarezas en la vida cotidiana y estos enigmas en la neurosis. Además, el temblor, la parálisis, la contractura y los ataques tienen en la histeria una forma que la persona sana no puede reproducir bien de manera voluntaria. La mayoría de las histerias auténticas sólo pueden ser imitadas artificialmente de un modo muy incompleto. El resultado de los estudios analíticos revela que estos síntomas, así como muchos otros, contienen, al igual que los actos fallidos, *más* sentido de lo que denota su apariencia externa. La expresión es ambigua y por lo tanto menos comprensible y más pobre que aquello que opera detrás de ella. Por eso la así llamada motricidad voluntaria es de un contenido más rico



que lo que muestra su mera apariencia y puede indicar la existencia de algo que apremia hacia su realización, pero que aún no se ha realizado en ella. Esto quiere decir, entonces, que el acto fallido y el síntoma son precursores de una posible acción más grande que aún no se ha podido realizar o que no se ha tenido el coraje de llevar a cabo. Podemos intercalar aquí que este significado importante y evidentemente positivo puede ser observado también en las historias previas de las guerras, de las revoluciones y de otros hitos históricos. También aquí aparecen acontecimientos menores, de carácter incomprensible o adverso, cuya relación con un importante suceso posterior es reconocida por la mayoría de los observadores recién cuando este ocurre.

Existen otros ámbitos de la experiencia que nos enseñan que la musculatura voluntaria está mucho más sometida a las inervaciones involuntarias de lo que nosotros creemos. Estamos pensando en la hipnosis. El sólo hecho de que el dormir, que suele ser conseguido de manera involuntaria, sea sometido a la voluntad, nos muestra cuán desplazable es el límite entre lo voluntario y lo involuntario. Lo mismo vale para el dominio artificial de la memoria en la hipnosis. Este nos enseña que la capacidad de recordar y de olvidar, que normalmente podemos controlar muy poco, se somete a las órdenes del hipnotizador. Las órdenes posthipnóticas de realizar determinadas acciones nos muestran cómo la motricidad de los músculos esqueléticos también está sometida a un mandato inconsciente. Lo mismo vale para procesos vegetativos, eritemas, pápulas, ampollas, verrugas y para la menstruación, que eventualmente pueden ser controlados mediante hipnosis. Este tipo de experimentos también suministra el aporte decisivo a la enseñanza de la patología: que algo pleno de sentido y comprensible subyace incluso allí, donde habitualmente no buscábamos tal sentido, porque solíamos conformarnos con conceptos como el de disposición local, alergia específica, química o mecanismo. Pero entonces dudamos y nos atrevemos a preguntar si aquí no subyacerá también, siempre, un sentido oculto, una relación significativa, una creación metódica y espiritual. Si aquellos fenómenos hipnóticos y otros similares rayan en lo fantástico para quienes no

solían asombrarse frente a las enfermedades clínicas (que sin embargo a menudo producen los mismos efectos), esto se debe sólo a que nos hemos asombrado muy poco ante lo incomprensible y, en cambio, demasiado ante lo visible y evidente que ha sido creado por el espíritu. Haríamos mejor entonces en investigar para volver más comprensible aquello que resultó intelectualmente incomprensible, que viendo en los “milagros” de la estigmatización, de la histeria y de la hipnosis unas excepciones a la regla que, en tanto excepciones, nos eximen de tener que suponer algo análogo en cada síntoma de la patología.

Si, no obstante, permanecemos en el ámbito de las neurosis, ya que hasta el momento ellas han sido sometidas a esta exigencia con mayor éxito, entonces, con las últimas reflexiones, arribamos al primero de los puntos principales de la enseñanza: *los síntomas neuróticos son fenómenos arrancados de su origen significativo*. Por ahora, dejamos abierta la pregunta acerca de la medida en que esta afirmación es válida más allá de los síntomas neuróticos. Estamos seguros *que lo es*. Esta afirmación despierta de inmediato una pregunta: *¿cuál es el poder que arrancó al síntoma de su origen?* y, con miras a la terapia, *¿cuál poder puede volver a unir las acciones con los contextos significativos?*

En el caso de las neurosis del ser humano hay una idea que responde a esta pregunta por el poder y que puede valer como una solución bastante elegante al problema. Es la comprensión de que la mayoría de los actos motores externos son el resultado de una *educación*, es decir, de una suma de intervenciones en la función que, para lograr una caracterización precisa, podemos concebir como “traumas”. Es a través de una cadena de traumas que el poder educador, representado por los padres, la crianza, los maestros, etc., interviene en el desarrollo y en la dirección de las inervaciones.

Si dejamos de lado la angustia de la neurosis —desde la cual la mirada podría dirigirse fácilmente hacia los traumas más tempranos, el de la concepción y el del nacimiento—, las primeras sensaciones de frío, hambre y sueño componen el ámbito en el que aparecen las primeras acciones educativas de la madre. Ella tiene

que imponer –y debe imponer–, a pesar de la resistencia, un número acotado de comidas regulares y el ritmo constante de sueño y vigilia. A su debido momento, siguen las exigencias del destete, la habituación a la cuchara y a los cubiertos. Mediante incentivos y castigos se logra la intervención sobre el automatismo de mamar del pecho conocido, y sobre el automatismo de la vejiga y del intestino. Pero también el pararse y el caminar, el cantar y el hablar son actos motores que en el ser humano se adquieren a través de la educación y del aprendizaje. Y luego de que esta educación se haya extendido, a lo largo de varios años, sobre ámbitos más vinculados a la razón que a las pulsiones, llega la poderosa educación de la igualmente poderosa sexualidad. Pero un punto en común es siempre la imposición, mediante la fuerza o los mandatos, de órdenes nuevos sobre los antiguos desarrollos fisiológicos y sobre los ritmos de las inervaciones de determinada musculatura. Se promueven nuevas asociaciones y se introducen nuevas reglas, determinadas por las convenciones, por la costumbre, por el interés o por la cultura, que luego son empujadas a convertirse en hábitos o se deciden en luchas siempre nuevas. No basta con describir a cada una de estas reglas de las inervaciones como una coordinación fija, en el sentido de la síntesis del reflejo, sino que ellas contienen un esquema que permanece igual en las diferentes coordinaciones, al que designaremos como “*comportamiento categorial*”. Tal comportamiento categorial se origina entonces a través de un poder. Los modos de funcionamiento se vuelven así equivalentes a cumplimientos de mandatos.

Si la creación de los nuevos modos de funcionamiento estuvo unida a determinadas relaciones de poder a través de la educación, entonces es esperable que esto también suceda en su *eliminación*. Si el resultado fue patológico, la terapia también será una *cuestión de poder*. En la clínica, las histerias traumáticas son las que muestran de manera más palpable que los síntomas patológicos se forman a lo largo de intervenciones de poder. Por ejemplo, un joven soldado que sufre una retención urinaria histérica luego de haber recibido la patada de un caballo en la sínfisis pubiana; un industrial que en su juventud

fue atropellado, se golpeó la cabeza y, años después, durante una discusión difícil, adquiere un tic en forma de tortícolis que puede ser eliminado mediante catarsis; un empleado de seguros que, en un playón de carga, es rozado en el rostro por una gran caja y permanece con una contractura del nervio facial que desaparece de inmediato luego de la indemnización; un campesino que en el cruce ferroviario es agarrado con su auto por una locomotora y a quien la cabeza le queda fijada en posición lateral, etc. En estos casos es fácil comprender la elección de los síntomas a partir de una situación traumática, pero a la vez aprendemos poco acerca de los motivos más profundos que llevan a la conservación y fijación de la reacción primaria durante semanas o años. Si indagamos, no estamos mejor parados que en el otro grupo de neurosis, en las cuales no existe ningún trauma mecánico grosero y en las que la investigación tuvo que penetrar profundamente en la historia vital íntima, incluso hasta sucesos que la memoria había perdido. Y este camino nos enseñó sin dudas que *los traumas anteriores y más tempranos dejaron huellas en nosotros, que constituyen la disposición para nuevas asociaciones cuando otras influencias de poder suministran fuerzas renovadas para la formación de síntomas*. Si, de acuerdo con nuestro propósito, nos preocupamos principalmente de los síntomas psicofísicos y dejamos de lado, por ahora, a la llamada psiconeurosis pura, entonces, en efecto, encontraremos alteraciones de la función precisamente allí donde la educación y el poder de los mandatos tuvieron que intervenir alguna vez de manera efectiva y reordenadora. Si observamos los siguientes síntomas frecuentes de las neurosis, nos reencontramos con todos aquellos actos de los cuales ya hemos hablado antes al enumerar los traumas educacionales: alteraciones del sueño (dormir mucho o demasiado poco), alteraciones de la micción (enuresis, polaquiuria, retención urinaria), constipación y diarrea, alteraciones de la deglución, vómitos, anorexia, alteraciones de la marcha, tartamudez e inhibiciones en el habla, las neurosis sexuales (onanismo, las llamadas perversiones, impotencia y frigidez, vaginismo, espermatorea y muchas otras), neurosis ocupacionales. Estas formaciones de síntoma aparecen sin excepción en aquellos si-

tios de la función, en donde en algún momento intervino el mandato de un poder educativo que intentó forzar un comportamiento categorial, con éxito absoluto, mediano o nulo. De hecho, hay neurosis que, en cierto modo, representan una persistencia inmodificada de la época *preeducacional* y de su modo de funcionar, como ciertos casos de tartamudez o de enuresis, cuyos síntomas nunca desaparecieron.

La *teoría traumática* de las neurosis aproxima considerablemente este terreno a ciertos sectores de la terapéutica quirúrgica y clínica; permite realizar una analogía con la infección y con las intoxicaciones exógenas y endógenas. Pero para evitar una equiparación equivocada, tenemos que poner mayor énfasis en lo siguiente: La *teoría de los mandatos* de la neurosis no es comparable a nada en la medicina anatómico-fisiológica; con el principio subjetivo ella introduce un *poder* que nunca puede ser equiparado con una *fuerza* físicamente definible. Evitemos entonces desdibujar mediante conceptos biologists el carácter idealista que ingresa a la medicina con la teoría de las neurosis. De nada sirve ocultarlo, es hora de admitirlo. Esto se vuelve más claro en una consecuencia práctica —que volveremos a traer al final— que en la definición conceptual. La teoría traumática y de los mandatos indica que los síntomas neuróticos no son cualidades del organismo, sino comportamientos adquiridos que surgieron a través de caminos comprensibles, plenos de sentido; es por lo tanto una teoría genética. O sea que toma una porción del terreno que ocupan la teoría de la casualidad y la teoría de la constitución. Mientras más podamos hacer avanzar el análisis de la neurosis, más será desplazada la falta de sentido del grosero “trauma” físico y la triste resignación a la determinación constitucional heredada de estos padecimientos.

Una segunda conclusión promete volverse aún más importante. Si en la neurosis se oculta un fracaso de la educación, entonces una parte de la causa y de la responsabilidad se desplaza desde el enfermo hacia el educador. El hecho de que el educador —sea el padre, la madre o el “medio circundante” en un amplio sentido social y cultural— asuma una parte de la etiología, le quita al enfermo el peso de la inferioridad, que un entorno incomprensivo y egoísta ha querido

acumular sobre él, la persona aparentemente “no valiosa”. Tal consideración social le plantea a la terapia y a la profilaxis las tareas más importantes e interesantes, y también esclarece cuestiones de la culpa, que aquí siempre surgen inevitablemente.



## 5. Acerca de la actitud médica fundamental

Hubiera sido demasiado cómodo para nosotros decir: los órganos internos trabajan involuntariamente y con independencia del yo, los músculos esqueléticos en cambio están sujetos a la voluntad. Por cierto, con esta división sería más fácil determinar el tipo y el límite de la intervención terapéutica. Sabríamos sin dudas que en las enfermedades orgánicas podemos ahorrarnos la psicoterapia, este arte tan particularmente difícil. Pero los actos fallidos, las histerias, las neurosis y las así llamadas neurosis de órgano, incluso los casos orgánicos observados de manera aguda e imparcial, dan por tierra con dicha separación. La formación y el transcurso de padecimientos internos, nerviosos y orgánicos están fuertemente condicionados por afectos, y los afectos a su vez no son independientes del yo, de la voluntad. Somos más responsables de lo que sospechábamos de los procesos supuestamente involuntarios de los órganos internos, y nuestros así llamados movimientos voluntarios dependen más de lo que creíamos de poderes indómitos y desconocidos. La conclusión es inevitable: en el fondo hay *un sólo tipo de rendimiento y todo rendimiento es tanto "voluntario" como "involuntario"*. ¿Pero cómo podemos determinar estos dos componentes?

Recién encontraremos la distribución correcta cuando aprendamos a ver cada rendimiento en particular como un rendimiento construido y, así, como el fragmento de un contexto vital más amplio y, en general, poco conocido. En el devenir y el transcurrir descubrimos la liberación de los automatismos y la adquisición de libertades de disposición, en el sentido de modos de comportamiento categoriales; pero también el derrumbe de la libre disposición y la imposición de coacciones compulsivas hacia determinados desarrollos. De manera que es como si junto al desarrollo de libertades ocurriera también su disminución, algo así como una entropía de la voluntad.

Las que determinan este camino son relaciones de poder. Catástrofes traumáticas desgarran la unidad de sucesos conscientes y fisiológicos dentro de un determinado orden; las funciones se emancipan



y se convierten en síntomas patológicos de la alteración. Quedan entonces como lápidas de tareas que el individuo no pudo resolver durante el conflicto. Porque, en la neurosis, el ser humano resuelve una tarea difícil en un plano vital inferior a aquel en el cual esta fue originariamente planteada. El retorno al estado anterior le resultaba tan imposible como el progreso –peligro y sacrificio mediante– hacia un nuevo estado. La angustia, que en la neurosis parece ser tan falta de sentido y a menudo tan carente de un motivo real, deja de serlo en la medida en que comprendemos que en el devenir vital ambos, lo pasado y lo futuro, son peligrosos. Si la angustia neurótica contiene más realidad de lo que parecía primero, entonces la neurosis es también un estado más poderoso que lo que parecía revelar su lastimoso espectáculo. Ella le presta el servicio de no tener que hacer determinadas cosas; fuerza a otras personas a ocuparse de él y a ayudarlo; e incluso pone de manifiesto un talento específico para este tipo de ejercicio del poder, ya que la mayoría de nosotros no somos capaces de crear una neurosis voluntariamente. Por lo tanto, la impresión de subjetividad e irrealidad de las neurosis demuestra no ser del todo justificada.

Con esto tenemos una interpretación de las neurosis, que parece auspicioso trasladar a otras enfermedades. La interpretación es la siguiente: en la neurosis, un hombre ha mostrado no estar a la altura de una tarea mayor, pero al menos se le ha enfrentado. Sobre esta idea se apoya, seguramente, la impresión tan frecuente de que en realidad no se puede curar del todo a un neurótico: él no puede volver al estado anterior y volcarse hacia el próximo podría resultarle aún más peligroso. Si esta interpretación es correcta, entonces la superación de una neurosis es más que sólo una *restitutio ad integrum*. Significa que un hombre es capaz de realizar, ahora, una tarea en la que antes había fracasado, que ahora ha logrado su “muere y transfórmate”<sup>103</sup>.

<sup>103</sup> Cita del poema de Goethe “Dichosa Nostalgia”. Traducción de Rafael Cansinos Assens (Goethe, J.W., Obras completas, T. I).

Así pues, comprendamos lo siguiente: estar sano no es ser normal, es *poder transformarse en el transcurso del tiempo, poder crecer, madurar, morir*.

¿Pero cómo puede ganar el médico el poder para intervenir en aquel desarrollo fallido? Tener poder sobre las personas es considerado con razón como algo muy difícil y es visto por muchos como un regalo de la naturaleza. Pero esto no es del todo cierto en el caso de la neurosis, ya que veremos que en la esencia de este padecimiento existe una inclinación que favorece considerablemente la toma del poder por parte del terapeuta. Una formación metódica en la psicoterapia no habría sido posible sin esa disposición objetiva del enfermo a una sumisión forzosa.

Pero aquí no nos proponemos la tarea de exponer histórica o sistemáticamente las técnicas, ya tantas veces y tan bien descritas, de la persuasión, la sugestión, la hipnosis, el training, el análisis y la psicagogia. La formación en estas técnicas es un estudio y una práctica en sí mismos. Aquí intentaremos ofrecer una orientación sobre los principios más importantes y una guía para el comportamiento práctico de cada médico en relación a cada enfermo que llega a su consultorio. Aquí nos ocuparemos de las primeras entrevistas, tan importantes, que deben realizarse antes de tomar la decisión del tratamiento a seguir. Permítanme comenzar diciendo que deben apartarse por completo del *esquema de la anamnesis* habitual en nuestras clínicas. Este esquema, que comienza preguntando por los antecedentes familiares y continúa con las enfermedades de la infancia y las posteriores y que termina con el interrogatorio acerca de las infecciones sexuales y los abusos de nicotina y alcohol, es capaz de hacer de una historia clínica un formulario estadístico y de destruir la libre expresión del enfermo. El encuentro con él debe empezar de una manera natural, con mínimas preguntas acerca de los deseos y las molestias, y debe permitir un libre fluir de los pensamientos del enfermo. Por eso hay que interrumpirlo lo menos posible, aun cuando parezca desviarse del tema; hay que escucharlo atentamente hasta el final, observando mientras tanto sus gestos, su postura, sus tensiones musculares, su vestimenta, su manera de hablar y la composición de su relato. Es

importante notar si llega muy temprano, puntual o tarde, si y cómo se modifican el color y la luminosidad de su vestimenta en reiteradas consultas —sobre todo en las mujeres—, si olvida llevarse su paraguas o su cartera al partir, si se tropieza o se queda enganchado y en qué oportunidad le sucede. La enfermedad debe aparecerse primero al médico como se le presenta al mismo enfermo, no como se supone que “es” según los cuadros clínicos conocidos y las leyes de la patología. El médico no debe interrumpir la exposición sobre el origen y la esencia de la enfermedad, tal como los registra el paciente, dado que esta imagen subjetiva enseña algo que está ocurriendo en el enfermo. Tiene, por lo tanto, un valor objetivo; se corresponde con una realidad en el enfermo. Si en cambio hacemos preguntas que el mismo enfermo no se hace, entonces esta realidad enmudece: empezará a reaccionar a nuestras preguntas como lo hace un nervio durante el examen de los reflejos, es decir, de una manera artificial, que no se da en la naturaleza; de esta manera ahuyentamos una porción de naturaleza.

El modo en que, en su autorrepresentación, el enfermo satisface, por ejemplo, su *necesidad de explicar las causas* tiene un valor que excede lo meramente psicológico, dado que su comportamiento psicológico es una parte de lo que sucede en su naturaleza. Él enfatizará precisamente aquellas “causas” de la enfermedad que, en su sistema de vida, son importantes o adecuadas para ocultar otros motivos, cuyo encubrimiento es importante para él. Así, sus descripciones permiten revelar la *construcción de un sistema de vida*. Otra referencia aparece cuando el enfermo responde a preguntas que el médico no le ha hecho. Por lo general, más que a una distracción, esto también se debe a tendencias encubridoras o a la influencia exagerada de una determinada idea.

La construcción de un sistema de vida se ilumina a partir de la *selección* que realiza el enfermo en su exposición. Uno revela la sistematización de su vida en torno al estar enfermo, ya que habla más de los médicos y de las curas que tuvieron lugar hasta el momento que de verdaderas alteraciones. Otro oculta de manera evidente una serie de síntomas y de molestias porque tiende a excluir la enfermedad de

su consciencia. Otros, a su vez, son llevados por la reserva de quien los oye con tranquilidad a pasar de pronto de la descripción de sus síntomas a una conversación sobre sus relaciones personales, incluso a confesiones pasionales, sugiriendo así, sin querer, una relación psicofísica en la enfermedad que tal vez rechacen en la teoría. Los lugares donde la vergüenza, la dificultad para recordar, la confusión, la falta de lógica, la contradicción, crean lagunas y ponen límites a la comunicación del enfermo deben interesarnos siempre, tanto o aún más que aquello que él afirma positivamente. Estas “soldaduras” en su relato, que operan como interrupciones, expresan la resistencia que surge de fuerzas inconscientes o un quiebre en la armonía de sus actos, que queremos descubrir.

Si bien todas estas indicaciones son valiosas, estaríamos disimulando las dificultades si quisiéramos designar lo antedicho como un método que señala el camino a seguir. Estos signos no son una mala brújula, pero no sustituyen al mapa. Tras algunas entrevistas, para el médico la situación suele ser la siguiente: el tema de conversación se agota luego del relato de los datos biográficos convencionales y de los recuerdos que se encuentran al alcance de la mano, y el médico principiante que, a partir de la psicología moderna, está preparado para encontrar relaciones interesantes, las busca inútilmente. El enfermo no sabe qué más contar ni el médico sabe qué más preguntar. El “complejo” se hace esperar, surgen las dudas respecto de la “psicogénesis”; las repreguntas a la medicina somática, el deseo de hacer todavía un examen gástrico, radioscopías, punciones, iluminan de manera bastante clara la inseguridad incipiente; el curso de la revisión parece ora un zigzag, ora una procesión del martes de Pascua<sup>104</sup>. Queda claro que hace falta coraje para mantener firme la expectativa del sentido de la enfermedad y la fe en esa teoría. Ya en la alteración neurótica evidente es tan grande el riesgo de lanzar un aparato de métodos objetivos de revisión clínica en el profundo vacío del

<sup>104</sup> Procesión tradicional que se realiza el martes de Pascua, en la cual se avanza tres pasos y se salta dos pasos hacia atrás (N. de la T.).

‘No-poder-comprender’ —a los fines de tapan el agujero—, que pocos médicos logran evitarlo. En esta fase de incertidumbre el enfermo pierde dinero, el médico pierde tiempo y ambos pierden su confianza sincera en la tarea. Hay que decir que aún hoy los daños que se ocasionan al pasar por alto o al desestimar la dinámica neurótica de una formación de síntomas son más frecuentes y de consecuencias más graves que los otros (no por eso menos graves), que ocurren al pasar por alto un proceso orgánico.

Por lo tanto, intentaremos señalar algunas reglas fundamentales para la actitud médica en la “*fase de incertidumbre*”. Con ello no buscamos evitar la incertidumbre, sino utilizarla de manera adecuada: ella es la fuente del conocimiento, el arma contra la tan peligrosa opinión preconcebida. Podemos decir que sólo hay una cantidad finita y no demasiado grande de relaciones típicas y concretas que siempre vuelven a enredar a las personas de maneras típicas y podemos suponer que hay buenas probabilidades de que sean las desencadenantes de las enfermedades. Se trata de las siguientes: *el sexo, la familia, la profesión, el dinero, la política y la religión*. Es una regla lo bastante trivial como para ser útil en la práctica: las escenas de estos ámbitos de la vida, las variaciones sobre estos temas siempre recurrentes, contienen la mayor parte de lo que solemos encontrar en el enfermo cuando buscamos con suficiente paciencia el conflicto patógeno. Estos seis temas sólo son posibilidades, pero son las más evidentes. El médico, que no es él mismo del todo inexperto en lo que respecta a la vida, trae consigo un *saber* [*Wissen*] que no fue enseñado ni aprendido, que jamás podría sustituirse mediante la *ciencia* [*Wissenschaft*] <sup>105</sup>. No lo olvidemos nunca, tengámoslo siempre presente, abordándolo *concretamente*. Los enfermos intelectuales tienden a hablar de sus vivencias concretas mediante reflexiones abstractas y generalizaciones; tenemos que forzarlos a que realicen un relato y una descripción concreta de lo que ha ocurrido. Los enfermos no intelectuales en general callan

<sup>105</sup> La palabra “ciencia” [*Wissenschaft*] está compuesta por “Wissen” (saber, conocimiento) y “schaft” (declinación que alude a la estructura ordenada del saber) (N. de la T.).

lo concreto, ya sea por astucia, por pereza espiritual o bien por una determinada actitud del orgullo, en el sentido de “esto no le incumbe a nadie”. Esta resistencia también debe ser superada. Pero está terminantemente prohibido herir al enfermo interrogándolo sobre asuntos tan importantes en base a un formulario estereotipado. Un cuestionario semejante, ya sólo el lápiz en la mano del médico, puede espantar para siempre la aparición de cuestiones que son esenciales, pero frágiles. Aténganse sólo a su *interés humano en lo humano del enfermo* –no en el sentido sentimental, sino en el sentido de la frase de Goethe: “Allí donde lo aborden, resultará interesante”<sup>106</sup>.

Una segunda regla que puede guiarnos en la fase de la incertidumbre, es la que dice que en la entrevista con el enfermo debemos tener la mayor candidez y *naturalidad*. Esa actitud vale más que el abordaje individual de las condiciones particulares de educación, clase o estatus social del paciente. No hay que tratar de imitar a un campesino al estar frente a un campesino, ni a un oficial frente a un oficial, ni a un niño frente a un niño. Como médicos, podemos hablar con cualquier enfermo sobre las funciones del cuerpo sin reserva alguna, y este es el camino que la naturaleza misma nos señala para acceder a la dependencia psíquica de estas funciones, ya que las funciones corporales y las mociones más íntimas y personales del sentimiento se vinculan estrechamente. En la mujer puede decirse que en ámbitos importantes incluso son idénticas. Su descubrimiento afecta a la vez al cuerpo y al alma; pero el descubrimiento del alma no tiene por qué ser más embarazoso que el desnudamiento del cuerpo, y existen modos de no transgredir las leyes de la vergüenza. Lo que lastima la vergüenza no es el hecho de descubrir lo natural, sino de hacerlo de una manera antinatural, es decir, a través de la fuerza o por curiosidad, de un modo ofensivo. Pero, en realidad, lo ofensivo radica sólo en la concepción materialista de la naturaleza, en considerarla “sólo” mecanismo o “sólo” función. En este sentido, la medicina con orientación puramente físico-química tiene el carácter

<sup>106</sup> Fausto, Prólogo (Goethe, J.W.). Traducido por María Adamo.

de una ofensa a la naturaleza, que sólo deja de lastimar al enfermo allí donde él mismo ya ha puesto ese fisicalismo al servicio de una neurosis civilizadora, es decir, lo utiliza.

De ahí que la timidez, la inhibición y, ante todo, la mendacidad del neurótico, no reflejan una vergüenza genuina, sino que son el resultado de una pérdida de inocencia y de un “ofenderse a sí mismo”<sup>107</sup> en su naturalidad; son, en realidad, sólo una expresión de la falta de vergüenza que se encuentra en el secreto de su neurosis y que debe permanecer allí oculta. La naturalidad con que su secreto es develado en la consulta médica resulta mucho más importante que aquello que se devela. Así ayudamos al enfermo a “*des-avergonzarse*” y sólo este proceso ya tiene para él un efecto benéfico. Es lo mismo que hace a la felicidad de la amistad y del amor. Este des-avergonzarse evita la desvergüenza que radicaba en la necesidad, compulsiva y traicionera, de ocultar.

Si ser concreto y ser natural son los dos rasgos activos de la adecuada actitud médica fundamental, entonces las dos reglas que siguen pueden considerarse sus equivalentes pasivos. Tal vez no sea fácil comprender que la pasividad también debe ser un rasgo decisivo de la actitud médica fundamental. Antes de que nos adentremos en este tema, debe quedar claro que con la revelación concreta y natural de los síntomas y de las molestias íntimas y personales por parte del paciente ocurre una entrega y una ligazón con el médico, que así adquiere un poder sobre el enfermo. Esta transferencia mágica se llevó a cabo de manera desapercibida, lo deseen o no los participantes. Con ello se crea una responsabilidad y una obligación recíproca: el enfermo le debe algo al médico por cargar con la responsabilidad; el médico, dentro de sus posibilidades, le debe al enfermo el cumplimiento de esta responsabilidad. No tenemos ningún reparo en llamar a la creación de estas nuevas relaciones de poder con el nombre de transferencia “mágica”, ya que esta palabra significa poder e incluso enfatiza su valor irracional. Sólo habría que tener presente que se trata

<sup>107</sup> Comillas de la traductora.

de un proceso natural que determina nuestras relaciones vitales todo el tiempo, tanto en los momentos cotidianos como en los extraordinarios. En esto no se diferencian la medicina naturista y la racional. Mientras la primera busca poner estas fuerzas naturales al servicio del tratamiento, la segunda intenta primero limpiarlas, aislarlas, y luego incorporarlas al mecanismo de nuestra civilización. Pero la relación fundamental mágica en la terapia sigue siendo la misma: siempre involucra al enfermo y al médico. De aquí se vuelve a desprender una conclusión práctica importante. Si la actitud médica fundamental adecuada significa en primer término la posesión de un poder, entonces la crítica de la terapia no puede eludir la siguiente pregunta: ¿debemos intentar reducir a un mínimo y hacer desaparecer esta inevitable ligazón, o debemos cuidarla, promoverla, utilizarla? Si la ligazón es inevitable, entonces la decisión es clara: desmentirla sólo significaría quitarse de encima la propia responsabilidad, desplazándola hacia momentos incontrolables. Esta supuesta liberación no sería sólo una ilusión, sino también una huida. Ningún psicoterapeuta de mi generación le planteó a la terapia una pregunta tan precisa como lo hizo Hans Prinzhorn (1929), fallecido hace poco, con la siguiente fórmula: *en nombre de quién* administra el terapeuta este poder.

Existe una respuesta sencilla: *en nombre del oficio médico*. Pero su sencillez es aparente y si seguimos pensando, comprendemos pronto que tenemos este oficio gracias a por lo menos dos condiciones: gracias a la autorización de ejercer como médicos que otorga el gobierno y gracias a la ciencia, que sólo es legitimada por la verdad. *El estado y la verdad* serían entonces quienes nos encargan la tarea, y el acto médico individual debe orientarse en ambas direcciones, como si se encontrara entre dos polos. Pero la transferencia de poder que hay que administrar en la tarea médica nos conduce otra vez, inevitablemente, a un postulado práctico. Antes dijimos que debe haber una libre elección del médico, porque el libre reconocimiento de la enfermedad es la condición para el tratamiento. Ahora vemos que esto no es suficiente. Porque habrá casos en lo que las exigencias del estado y su ejercicio de poder entrarán en conflicto con aquello que el enfermo



y su médico consideren necesario. Sin lugar a dudas, en un futuro próximo el estado expandirá el alcance de sus exigencias y también se ampliará el radio de conflictos con el libre criterio que poseía la ciencia en su mayoría. Y pensamos que esto también conducirá a una división dentro de la profesión médica, porque *tendrá que haber médicos que puedan cumplir con las exigencias del estado y otros que puedan cumplir con las de los individuos.*

Si volvemos a la *actitud médica fundamental*, entonces esto sería: la ligazón anímica que le otorga poder al médico debe ser utilizada al servicio del enfermo y al servicio del oficio. No debemos intentar extinguir esta ligazón, sino conducirla, y esto debe ocurrir tanto en función de la relación de servicio personal como de la trans-personal. Y si es un servicio, entonces no es una dominación. Sin dudas, no sería posible brindarle un servicio al enfermo sin tener poder sobre él; pero no debemos comparar dicho poder con el poder mecánico que tiene un cuerpo pesado sobre uno liviano o un cuerpo duro sobre uno blando. Deberíamos usar, más bien, metáforas como las que nos brinda la fisiología espiritual de Paracelso cuando dice que la fuerza de un hombre radicaría en la mujer; la fuerza de la vaca, en el pasto; la del martillo, en el yunque. *Así, la fuerza del médico radicaría en el enfermo.* No se trata de un postulado ético, sino de la comprensión de inevitables relaciones esenciales, cuando decimos que el hallazgo de la forma de tratamiento adecuada no surge de una decisión *previa* racional o voluntaria del médico. La naturaleza misma le prohíbe al médico actuar de manera voluntarista y le exige ponerse al servicio de *la circunstancia*. Como investigador de la naturaleza debe mostrar respeto por la enfermedad; como práctico que actúa debe asumir una actitud fundamental preservadora y conservadora. Esta actitud de servicio implica, en primer lugar, que debe ver, escuchar, sentir; o sea, que tiene que ser un hombre con los sentidos desarrollados. Y, en segundo lugar, que debe tener paciencia, calma, discreción; o sea, que tiene que ser un hombre espiritual.

Consideramos esta pasividad como una regla básica de la actitud médica. En una ocasión, Krehl ofreció una hermosa compara-

ción para este comportamiento: el ruiseñor calla inmediatamente cuando nosotros cantamos en su cercanía. La actitud fundamental conservadora corresponde a un orden natural y al espíritu del oficio médico en general. *Quien se hace médico, no desea destruir, sino preservar —de lo contrario, no sería médico.*

Por último, junto al orden natural, también debemos considerar un orden de la historia; mejor dicho, el elemento natural de todo orden narrativo: que el futuro es desconocido. Esto no sólo significa que una predicción es incierta, que a lo sumo puede cumplirse con cierta probabilidad. Significa que el juicio acerca de lo que pasó se realiza en otro orden del ser y del sujeto que el juicio acerca de lo que vendrá. Debemos reconocer lo ya ocurrido como algo necesario; lo venidero, como algo incierto. En base a su esencia, la actitud conservadora prefiere decidirse por lo existente. En el tratamiento psicoterapéutico de las consecuencias neuróticas de una desavenencia, la actitud debe inclinarse inevitablemente hacia la conservación de la relación existente. Pero puede ocurrir que la relación se disuelva de todas maneras en el transcurso del tratamiento, y los acontecimientos posteriores muestran entonces, en el caso favorable, que esto redundará en la felicidad de todos los participantes: la exigencia de autenticidad contenida en la psicoterapia pudo revelar una condición de la curación que no se habría podido deducir sólo a partir de los postulados conservadores. Al revés: un tratamiento así puede degenerar en una obsesión de veracidad que quiera anticiparse al futuro. Por eso la atemperación y la limitación del psicoanálisis a la psicoterapia fue un desarrollo necesario para su aplicación. Aquí reconocemos un respeto por el elemento *temporal* de toda historia: el éxito es un misterio que hay que respetar, justamente porque no se lo puede prever. Dicho en la práctica: tenemos que contar con la incertidumbre y no podemos adelantar una imagen ideal del resultado final. Dicho en la teoría: no podemos realizar la tarea médica de una manera idealista; tenemos que hacerla de forma realista. Podemos designar a esta cuarta parte de la actitud médica fundamental como práctica y paciente, realista y expectante. Además, una diferencia sustancial entre la *conducción*

médica y la educativa y espiritual será que aquella no puede derivarse de una idea; de lo contrario nos acercaríamos demasiado al orden natural y temporal. *No tenemos que formar seres humanos, sino que debemos hacer posible su realización.*

## 6. Acerca de la experiencia médica fundamental

No es mala la regla que dice que una buena consulta debería durar más o menos *una horita*. También las conferencias, las clases, los rendimientos laborales y los cálculos de salario se organizan en esa unidad de tiempo. ¿Qué significa esto? Que la consulta médica no obtiene su medida y su peso de la cantidad de lo que se examina, conversa y prescribe, sino de una ley completamente diferente. Una evaluación neurológica completa del paciente llevaría más de una hora; para obtener un panorama general del estado de sus órganos internos necesitaríamos menos de una hora; a los que he visto concluir más rápido la consulta es a los cirujanos. Sé muy bien que el médico ocupado casi nunca dispone de tanto tiempo; pero al menos una vez en el tratamiento del paciente debería tomarse esa horita; y si tenemos demasiados médicos, entonces estos deberían tener suficiente tiempo.

La experiencia decisiva de la hora es la siguiente: una vez pasados los 30, 40 ó 50 minutos solemos formarnos *otra imagen* del enfermo. Sucede algo como en aquellos calcos de los chicos, en los que una nueva imagen aparece debajo de la primera, que no carece de relación con ella, como si se estuviera resolviendo un acertijo o terminando de contar un cuento. Observemos bien qué es lo que ocurre aquí. Damos por sentado que se tuvo en cuenta lo que hemos llamado la actitud médica fundamental. Porque sólo así se hará efectiva la ley temporal de la hora. Si nos hemos mostrado concretos, naturales, expectantes e imparciales, entonces seguro tendremos una experiencia que, de lo contrario, puede ser ahuyentada: a pesar de todo el esfuerzo que realicemos hacia afuera, *no* podemos sostener internamente esta actitud fundamental, porque nos surge una *reacción* frente a ella. Esta reacción proviene de dos fuentes principales.

La primera es la misma de donde proviene en general toda *simpatía y antipatía*, pero podemos reparar en algunos momentos particulares. Es importante recordar si ya hemos visto al enfermo antes. De ese anclaje en el regazo del tiempo surge una profunda sensación

de amparo (también para él). Luego es importante nuestra propia necesidad de encontrar algo *típico* en los hombres —sea del orden del parentesco o de la oposición—. Este poder de lo típico se arraiga en el ya mencionado amparo que proporciona aquello que se reencuentra. Además, es importante la existencia de una división en la naturaleza misma, como si ella estuviera creada en términos de opuestos, como lindo y feo, bueno y malo. Si pensamos en la antigua doctrina de la Iglesia acerca de una creación bendita y otra maldita o en nuestra sensación frente al águila y al buitre, a la mariquita y al cascarudo, al pájaro y al gusano, entonces se hace evidente que la existencia de los opuestos es irrefutable, y la humanidad no está exenta. Por último, son importantes el género y la sensualidad, que son más inseparables de nuestro ser que cualquier otra cosa.

El segundo grupo de reacciones proviene de las *actitudes del enfermo*, que tienen que actuar sobre nosotros. Son el resultado de su sistema vital; surgen de su educación, del trabajo, de la historia vital interior con sus represiones u ocultamientos, dependen de reglas estéticas o morales y representan, en suma, algo construido que también puede volver a destruirse. La actitud del enfermo es tan importante porque, en definitiva, es aquello que podrá modificarse en la terapia. Y esta actitud se encuentra con la actitud del médico y con un enfoque determinado de su percepción. La capacidad de percepción del médico está organizada, su ojo recoge sólo determinados aspectos de lo corporal y pasa por alto otros, y no son los mismos que recogen y pasan por alto el sastre, el escultor o el profesor de gimnasia, respectivamente. Diferencias de las pupilas, cicatrices, rellenos venosos, pequeñas inflamaciones, matices de olor, sonido, color y gesto impactan como el rayo en su sensibilidad entrenada —una prueba del modo selectivo en que trabajan nuestros sentidos dispersos—. Los sentidos logran aún más: no sólo traen a la consciencia, como botín de sus correrías, esta suma de anormalidades, no, incluso dan a conocer aquello que resulta inapropiado para un determinado hombre en tanto persona. Si hablamos por ejemplo de las formas femeninas de un hombre, de los movimientos masculinos de una mujer, del rubor

excesivo de un rostro o del brillo anormal de un ojo, todos estos son desplazamientos proporcionales internos de una armonía individual o personal, que no podrían reducirse a una escala general. Pero, además nuestro sentido, nota también: “No, esto no va contigo”. Este es otro resultado que nos arroja nuestra percepción sensorial primaria, sin molestar antes a nuestra reflexión ni a nuestra capacidad de pensar comparativamente.

De manera que el médico no sólo encuentra un “instrumento” en su órgano de percepción, no: con él posee un ayudante de carne y hueso, un hombre dentro del hombre. Este lo obliga a acercarse a lo enfermo, que es aquello de lo que el hombre sano prefiere distanciarse. Así se origina en el médico sano aquella contradicción entre alejamiento y acercamiento anímicos, aquella ambivalencia imperiosa del sentimiento, y quiero decir que esta tensión interna es lo que la costumbre y la rutina jamás deberían destruir. Caer en la rutina significa, en realidad, negarse al dolor de esta tensión y, así, dejar que se atrofien la raíz y la fuerza del verdadero acto médico. Lo patológico no debería poder objetivarse nunca hasta el punto en que deje de alcanzar al sentimiento, en que no instigue al saludable instinto de alejamiento en oposición al acercamiento interesado. Si existe en el hombre —cosa que tal vez ha sido expresada equívocamente— un instinto de curación, entonces este sería concebido, sin lugar a dudas, como un *par* de fuerzas, es decir como la fuerza de una contradicción.

La enfermedad tiene una profundidad insondable, y con ello no decimos otra cosa que: la contradicción en la relación médica es infinita. Nunca puede dormirse del todo la duda respecto del diagnóstico. En lo posible, uno tampoco debería concluir nunca la consulta sin preguntar una vez más si el enfermo dijo todo lo que quería decir y si escuchó todo lo que necesitaba oír. Nunca hay que basarse en un diagnóstico. La reserva en la actitud médica sólo alarga el camino en apariencia y una pregunta sorpresiva como “¿Tuvo usted sífilis?”, “¿Tiene malos hábitos?”, sólo parece acortarlo. El trauma que genera este tipo de preguntas puede acelerar el diagnóstico, pero puede destruir la terapia. Lo decisivo es que la manifestación, la queja, emerja

en el lugar adecuado, y en realidad el tacto médico consiste en posibilitar que esto ocurra; pero sólo puede hacerlo quien no ha permitido que la tensión dolorosa frente al fenómeno enfermo se hunda en una distancia objetiva totalmente arrutinada.

Hemos aprendido ahora que la actitud fundamental, tranquila, debe dejarse alterar, que debemos sentir reacciones y que el momento y el lugar en que estas se presenten, será de gran importancia. Podemos hablar de una actitud relajada como la actitud médica fundamental; y ella, a su vez, es la condición para un nuevo requisito: que sintamos adecuadamente la *resistencia* en la terapia.

Al igual que, por ejemplo, una mala mecánica respiratoria puede provenir de una rigidez torácica, de un dolor pleurítico o de una contractura neurótica, y así como entonces habría que vencer la resistencia mediante la terapia en cada caso por caminos muy distintos, del mismo modo toda terapia no debe desplegar inmediatamente un efecto causal, sino que debe ser llevada primero al punto correcto de decisión. ¿Qué quiere decir esto? Un ejemplo tomado de la justicia puede aclararlo. Un buen juez no puede encontrar su sentencia si se conforma con subordinar el caso con sus cualidades singulares a los conceptos generales de los artículos de la ley. Llegar a una sentencia a partir del esquema abstracto de la subordinación lógica no sería juzgar. El juez debe explorar la resistencia que la vida individual le presta a esa mera subsunción, y que nunca se hace esperar. Recién en esta rebelión de la realidad viva contra lo que se siente como una violación a través de la lógica se expresa la necesidad de la realidad y, también, la necesidad del juez: la necesidad del acusado o del litigante enciende en él una necesidad y sólo allí madurará aquello que pueda contener no sólo una sentencia, sino también una decisión. No es distinto en la terapia, que en lugar de artículos legales se mueve entre causalidades científicas (insulina-utilización de la glucosa; digital-rendimiento cardíaco) que deben ser aplicados según determinada medida, momento y situación y que implican cada vez una nueva decisión, a menudo peligrosa.

Los mismos enfermos sienten una antipatía instintiva hacia una terapia causal desnuda. Pero en muchos de ellos, que se sienten avasallados por la civilización técnica, este instinto se encuentra sepultado. Se manifiesta por ejemplo en comentarios como: “Le tengo aversión a los medicamentos”. ¿No es sumamente bienvenida la creciente antipatía de amplios círculos hacia las interminables inyecciones de preparados? La declaración correspondiente de muchos pacientes es entonces: “Desde el tratamiento con el remedio X que realicé con el Dr. Y, tengo el síntoma Z”. La enfermedad proviene ahora del médico, porque el médico ha errado el lugar de la resistencia decisiva, a pesar de haber elegido quizás el remedio correcto. No cabe duda de que el curandero, más exitoso, a menudo sabía acertar con ese lugar, a pesar de escoger remedios equivocados. El médico y el curandero se encuentran ambos bajo una ley que la patología teórica tiene que redescubrir: la ley de la subordinación y la dependencia de todas las funciones respecto de la historia vital. Ningún remedio puede actuar si no se encuentra con una disposición. Esta disposición, que a menudo depende de la suerte, es huidiza como el animal salvaje. Pero en el fondo la dificultad radica en el hecho de que en cada enfermo habita una resistencia contra la curación, de ahí la fugacidad de la constelación favorable y la frecuencia del fracaso de la terapia. Sobre todo, en la neurosis es fácil reconocer una “voluntad contraria” o una simultaneidad contradictoria de actitudes inconciliables. Aquí, por así decir, la resistencia se ha acercado mucho al “yo” o al “self”. Pero en estos casos los enfermos no suelen protestar contra medicamentos u operaciones, sino que, al contrario, las reclaman, para eludir a través de la objetividad el ataque al yo o al self, que es imprescindible; a ningún precio desean ingresar con su yo en el terreno del cambio. Aquí hay que seguir la regla de la psicoterapia: para poder descubrir la imagen en la trama hay que dudar sistemáticamente de lo obvio que muestra la consciencia. Si antes mencionamos la necesidad de tomar en serio la autorrepresentación del enfermo porque muestra la realidad para él, ahora debemos agregar algo: muestra una realidad que, en tanto sirve a un encubrimiento, no es inequívoca. La imagen



es verdadera sólo en sí misma, es falsa en tanto desempeña una función de encubrimiento.

La seguridad en sí mismos que existe en la consciencia de los enfermos no es imperturbable. Mientras nos cuentan cómo se imaginan ellos las relaciones, cómo se explican lo esencial, puede aparecer un punto débil. Una lágrima en un determinado momento revela la falsedad de la descripción y facilita el acceso al interior del edificio. Si el llanto, la risa, el rubor o el acto fallido no acuden en nuestra ayuda, entonces suele desarrollarse otra faceta de la relación médica: el médico comienza a *pelear* con el enfermo. Su sensación es que el enfermo es una persona desagradable, terca, perezosa, desobediente, mentirosa o no demasiado valiosa. El enfermo (¡y el médico!) neurótico es particularmente apto para esto: la ligazón se ha establecido y con ella la identificación inconsciente del partenaire con el antiguo adversario de un conflicto patógeno. Permanecer brevemente en esta disputa no daña, cuando se lo hace al servicio del conocimiento, cuando se la concibe enseguida como un juego, como un prelude de la verdadera lucha terapéutica. Quien tiene experiencia, sabe que esta pelea es inútil y que el intento de imponerse no significa ningún paso hacia delante, pero sí, en cambio, un riesgo de retroceso o de ruptura. En la disposición y en la propensión del enfermo a pelearse o a quejarse de manera monótona siempre de las mismas cosas, a emplear estereotipadamente las mismas palabras, a infundirle al médico el aplastante sentimiento de su impotencia terapéutica —sin despedirlo, no obstante—, en todo este así llamado egoísmo del enfermo radica, justamente, la demanda de un máximo esfuerzo, la exhortación a pasar de la disputa a la lucha. Esta conducirá a la conmoción, a la crisis y al cambio, en el mejor de los casos, a la curación.

Ni las conferencias ni los libros están en condiciones de representar esta fase de la terapia —y, sostengo, de toda terapia—. Pertenece a la esencia de la crisis el hecho de que no pueda dársele forma, ya que ella misma es lo formador. Démonos por satisfechos con contraponerla, como *experiencia médica fundamental*, a la actitud médica fundamental. En este texto hemos resaltado las características de la

decisión, de la lucha y de la apuesta personal en la terapia con más énfasis de lo que suele ocurrir en las descripciones de los terapeutas. Los mejores guardan silencio sobre esto; otros parecen no saber mucho. Si bien se puede respetar lo uno y comprender lo otro, persiste el peligro de que el principiante no comprenda la tarea en toda su dimensión. Este peligro es aún mayor si su formación transcurre, como suele suceder hoy en día, en la *clínica*, en la sala de internación. La genialidad de Boerhaave de enlazar el tratamiento con la investigación y con la docencia hizo que la clínica deviniera la forma clásica del servicio médico. Sin embargo, la sala de internación, con las visitas, la tabla de temperatura y la hoja de evolución representa un inmenso peligro de destrucción para la actitud y la experiencia del médico que sólo se forma en esa relación médica. Si en alguna parte de este texto logramos transmitir clara y vívidamente los importantes procesos de esta relación, basta con imaginar una sola vez el movimiento de las salas de un hospital para tomar consciencia de la dificultad o imposibilidad de hacerla realidad en el ámbito de la clínica. La corriente actual a favor del médico de familia no debería basarse sólo en el argumento de que la especialización impide comprender la “totalidad”. Aún más decisivo (y algo que puede exigirse a los especialistas) es el postulado de que la *relación médica con el enfermo es la condición objetiva y científicamente justificable de una terapia eficaz*, y que las terapias engañosas surgen más a menudo de la carencia en esta relación que de una ineficacia teóricamente comprensible de los recursos.

Comprender esto en toda su dimensión, sólo es posible después de una comparación más amplia de las diferentes situaciones médicas. Hasta aquí dijimos que había tres cosas para aprender de la así llamada experiencia fundamental. La suposición, sostenida teóricamente, de que la esencia de la formación de una enfermedad sería la esencia de una *lucha*, ahora ha sido experimentada y comprobada en la terapia. Lo que se forma a través de la lucha sólo puede ser eliminado a través de la lucha —quizás la única aplicación justificada del “*similia similibus*” homeopático—. Lo segundo sería que uno, como médico,

no puede evadirse de la propia entrega mediante una actitud distanciada, objetiva, metódica o científica. A decir verdad, se requiere más coraje, fuerza, perseverancia y entrega para sostener la actitud fundamental *pasiva* que para empujar o seducir a los enfermos a salir del ámbito médico mediante prescripciones, instrucciones, advertencias o, incluso, la fuerza, la amenaza o la coacción, mediante la “educación” o la “absolución”. Sin embargo, tomemos nota de que en la enfermedad y en la curación el movimiento vital atraviesa un cambio de cuadro, en el cual no sólo aparecen y desaparecen síntomas, sino que implica una modificación de la imagen de las cualidades humanas, del carácter, de las actitudes y, con ello, de la noción *de los valores* de la persona. Cada uno de estos puntos va a requerir importantes nuevas vinculaciones. La fluidez y la amplitud natural del proceso “enfermedad” sólo pueden incrementar nuestra confianza en obtener éxito; las incalculables conexiones, sin embargo, tienen que llamar urgentemente al orden a nuestro activismo y a nuestro excesivo afán de llegar a una meta –llamarlos de vuelta al orden de la naturaleza. Conducción: con este concepto podríamos responder la pregunta de la última conferencia, *conducción significa para el médico otorgarle al enfermo un nuevo espacio para su libertad –nada más.*

## 7. El Yo y el mundo circundante en la enfermedad

El tema de estas conferencias es el aspecto general de toda terapia y, en principio, ha quedado concluido con lo expuesto hasta aquí. La teoría tiene que probar su eficacia, de lo contrario está equivocada. Según un sabio consejo antiguo, debería alegarse sólo *un* motivo, y no varios, para una buena cosa. Una larga apología puede revelar debilidad; la defensa es sólo un medio de lucha, no la lucha misma. Hoy uno desearía que se luchara tan duro por los fundamentos de la medicina interna o de la cirugía como se luchó alguna vez por el psicoanálisis y por la psicoterapia, que es el psicoanálisis reducido al acto médico. La lucha de ideas alcanzó aquí la dureza de aquella lucha que se suele realizar por la mera existencia. ¿Por qué no ocurrió lo mismo con el resto de la medicina? Esta omisión se pondrá pronto de manifiesto. La pregunta revolucionaria acerca de aquello que es digno de ser preservado les concierne al cirujano y al médico clínico no menos que al psicoterapeuta. La *idea* de la medicina —y ya no sólo, como hasta el momento, sus métodos— se revela como una decisión sobre la vida y la muerte. La pregunta: ¿*qué* es digno de ser preservado? es sustituida por la pregunta: ¿*quién* es digno de ser preservado?

Esta consecuencia no puede sorprendernos si es cierto que las enfermedades surgen de las crisis de la verdad, es decir de las crisis existenciales de una persona. ¿Pero están ustedes convencidos? De nuevo, esta idea debería primero probar su eficacia. Lo dicho hasta ahora se dedujo de un único caso clínico. ¿Pero qué ocurre con otros casos?

La referencia al fenómeno *interno* de la *angustia* tiene una ventaja. Es tan uniforme y ocurre tan a menudo, que podemos aplicar y probar nuestras consideraciones por doquier casi como un esquema. Y tampoco nos cohibimos en lo que respecta al momento *externo*, al *conflicto en el mundo circundante*. Este nunca falta. Así, todo se apoya como sobre dos pilares: sobre la fisiología de la angustia, como ámbito biológico de los hechos, y sobre la teoría de los conflictos en el mundo, como realidad sociológica. A través de la *psicología* pudimos mediar entre ambos de la mejor manera, aunque sea provisoriamente.

Pero no es que la psicología puede desempeñar este papel de mediadora porque ella también nos ofrece un ámbito de experiencias de hechos concretos, sino porque nos transmite un *sentido* del suceso. Lo mecánico de la fisiología y lo externo de la sociología pueden ser conducidos, mediante la psicología, a un contacto pleno de sentido (de ello podemos estar más agradecidos a la psicología *médica* que a *cualquiera* de las otras, que no se han atrevido a lanzarse a la lucha con la penuria anímica del enfermo).

Lo uniforme y general de este fundamento sólo puede probar su eficacia en una *diversidad* de casos, y esta a su vez se le presenta al médico de manera doble. Vemos una diversidad de tipo impersonal en la abundancia de los síntomas y otra de tipo bien personal en la abundancia de las formas humanas.

Hasta donde podemos constatar, los síntomas biológicos han cambiado muy poco a través del tiempo. Tampoco presentan diferencias fundamentales según época, raza, género, clima o continente; la edad apenas si modifica su aspecto. Lo biológico impersonal del hombre se manifiesta aquí de manera tan rotunda como lo hace lo personal en todo aquello sociológico-histórico.

Pero aún más interesante es el hecho de que, en el proceso del enfermar, el hombre parece elegir su síntoma, incluso su enfermedad. Es la *elección del síntoma* la que queremos explicar ya sea a través de la constitución —más precisamente: a través de la herencia—, o a través del trauma, de la infección, etc. —más precisamente: a través del azar—. Pero ambos, herencia y azar, se sustraerían a la interpretación de sentido y, más aún, a la interpretación psicológica. Por lo pronto, fue la elección del síntoma en la neurosis la que le proporcionó alguna satisfacción a quien no se conforma con la concepción científica-no psicológica. El análisis de la neurosis logró hacer retroceder bastante a la interpretación más cómoda de la constitución y del trauma y, en su lugar, pudo descubrir el sentido de un devenir. ¿Este éxito está y permanece limitado a las neurosis o, por el contrario, hay una porción de estructura neurótica en cada enfermedad, una porción de enfermedad (en el sentido de la patología anatómico-fisiológica)

en cada neurosis? Por cierto, no sabemos hasta dónde nos ayudará la psicología como mediadora entre lo “sin sentido-causal”<sup>108</sup> y lo “pleno de sentido-comprensible”<sup>109</sup>. Aquí, donde contemplamos la variedad y la elección de los síntomas, lo importante no es realizar un psicologismo general en la medicina, sino lograr una *adecuada comprensión de la relación entre el yo, el mundo circundante y el síntoma*. La elección del síntoma puede estar determinada (yendo de afuera hacia adentro) por: 1. el mundo circundante, 2. la zona limítrofe, 3. el espacio interior. Esto es de la mayor importancia para la terapia, ya que así sabemos en qué lugar aplicar sus herramientas y cómo debe estar constituida. Intentemos entonces realizar esa clasificación, siendo conscientes de que se trata de algo provisorio.

1. Hemos aprendido que en las histerias y en las neurosis sociales la formación de síntomas ocurre sobre todo en el aparato muscular “voluntario” y en los sentidos externos, como el ojo, el oído, la sensibilidad de la piel. Ataques motores, contracturas y parálisis, alteraciones de la vista y analgesias, son cuadros demostrables y demostrativos para los demás. Lo que enciende el conflicto es el choque con personas del mundo circundante y con poderes impersonales en el estado o en la institución, y el síntoma se construye dirigido a ellos. Hemos descubierto que conflictos actuales con el mundo circundante dominan poderosamente la formación y la resolución de estos síntomas.

2. Un segundo grupo de síntomas suele localizarse en la zona anatómica de transición entre la musculatura “voluntaria” e “involuntaria”, entre la inervación cerebroespinal no autónoma y la autónoma, en los esfínteres de los polos oral y urogenitoanal del eje corporal. Nos hemos encontrado con ellos en la cuarta conferencia y vimos que aparecen allí donde interviene la educación temprana del niño y del adolescente. La antigua lucha parece revivir en estas formaciones de síntoma, pero lo que una vez fue conflicto exterior se ha vuelto aquí un conflicto interior del yo consigo mismo, por

<sup>108</sup> Comillas de la traductora.

<sup>109</sup> Comillas de la traductora.

cierto, en relación con una nueva dependencia en un nuevo mundo circundante. En la medida en que, habiéndonos vuelto conscientes, luchamos con nosotros mismos por nuevas libertades y nuevas ligazones en el mundo, se nos ofrece otra vez como salida una huida simbólica hacia las funciones que primaban en aquella época temprana: tragar y respirar, hablar, la micción, la defecación, las funciones genitales.

3. La dependencia psicológica de la función tampoco finaliza allí donde no ha podido llegar la intervención educativa (o sea, sobre todo parental) temprana ni tardía. Nunca se nos ha exigido en nuestra educación modificar a través del camino de la voluntad la frecuencia cardíaca ni el peristaltismo gástrico (si bien esto sería tal vez posible), y no obstante este “reino vegetativo interno” no es independiente de los afectos y de las vivencias. Como puede comprobarse, no es raro que el corazón, el aparato vasomotor, el tracto intestinal, el hígado, los riñones, etc., enfermen en la situación *psicotraumática*. La experiencia sólo enseña aquí algo sobre el *significado anímico específico* de los territorios orgánicos particulares. El corazón y el amor, la cabeza y el intelecto, el intestino y la posesión, se corresponden con seguridad. Pero es aún más evidente que la enfermedad orgánica interna y el conflicto psíquico pueden relevarse y sustituirse mutuamente. Por ejemplo, muchos casos han enseñado que, en la neurosis de conflicto, con la desaparición de la neurosis, disminuye la inmunidad contra infecciones y aparece una enfermedad infecciosa. Ya en la tercera conferencia nos ocupó el tema de la resolución de un conflicto “a través” de una enfermedad orgánica. Aquí hacemos un agregado: la tramitación orgánica no sólo sustituye, sino que sobrepasa a la neurótica; es más decisiva, más irrevocable, más destructiva y más creativa que esta última. Para utilizar una expresión moderna: tiene más significado existencial que psicológico.

4. Los conflictos del yo y el mundo circundante parecen haberse alejado al máximo de la psicología en aquellos ámbitos químicos y físicos del metabolismo, la secreción interna, la inmunidad, el crecimiento, la madurez y el envejecimiento. Aquí tendríamos que ser

capaces de liberarnos de las categorías egoístas de “fin”, “sentido” o “valor”, más de lo que lo ha conseguido hasta ahora cualquier psicología o biología, para poder ascender hasta la ley pura y obligatoria, sin sacrificar con ello al ser humano mismo. Y, sin embargo, la enfermedad de Basedow, el mixedema, las esclerosis, la epilepsia, las psicosis y las intoxicaciones son precisamente los argumentos más fuertes a favor de que lo interno está ligado a lo externo y, a su vez, lo personal a lo impersonal. Se supone que ciertos temperamentos, talentos y caracteres, sentimientos y pensamientos, son aquí meros síntomas, efectos de una alteración química. Por cierto, al enfermo le gusta oír que tales procesos corporales impersonales serían los culpables de sus defectos personales. Pero la ciencia difícilmente pueda acortar el camino hasta el punto de explicar lo más sutil a partir de lo más grosero. ¿Si la embriaguez ni siquiera puede comprenderse desde la psicología, cómo podría explicársela, de modo aún más primitivo, a través de una fórmula química? ¿Si la psiquiatría, que busca comprender, nos deja en la estacada cuando queremos seguir al demente hasta allí donde él sabe *más* que la persona normal, cómo podrían ayudarnos las explicaciones que brinda la investigación del cerebro y de las toxinas? Las denominaciones y los conceptos de la psicopatología descriptiva y analítica ya suelen suponer tal expropiación de sentido para el enfermo, que este se burla o nos odia por ello. ¿No peca aquí la psiquiatría contra lo personal del ser humano? La única forma de que no lo haga es que su conceptualización nos prepare para el descubrimiento de una concepción humana más generosa y de una justicia verdadera. No se trata en absoluto de sentimentalismo moral cuando se aspira a la integración humana viva de las personalidades psicopatológicas en la sociedad, lo cual, por cierto, no ocurre gracias al brillo de las instituciones, sino gracias al descubrimiento de posibles espacios vitales y campos de actividad para estas personas. Y de este concepto de la *posibilitación* por cierto también se puede derivar el derecho relativo de la “explicación” científico-natural de las enfermedades psíquicas y sociales. Factores químicos y físicos nunca son causas primarias de tales estados, cuya riqueza e importancia revelan



más bien la esencia misma del ser humano. El contexto particular de su historia vital contiene la tendencia al derrumbe, que permite la acción de dichos factores groseros, y cuando, por ejemplo, los estupefacientes son tan eficaces que conducen a la destrucción, entonces esta no es la causa, sino la consecuencia de una desviación del hombre de su destino humano. Si bien, en el caso de los estupefacientes, podemos reconocer esto sin dificultad, con las alteraciones endógenas manejamos por ahora sólo hipótesis. El coraje para estas hipótesis queda librado a cada uno. Entonces la interpretación del suceso corporal a partir de un hecho anímico se *sustituye*, provisional y en cierto modo *simbólicamente*, por la explicación de lo anímico a partir de una alteración fisiológica o anatómica. Esto quiere decir: también para esta toxina endógena, para esta hormona, para esta anomalía del metabolismo o de los reflejos, para esta degeneración del sistema nervioso, para esta histogénesis displásica, se supone un origen que reconduce a la historia vital psicofísica del hombre y no sólo a los ámbitos de acción de leyes químicas o físicas.

Aquí llegamos pues al límite de un modo de ver, según el cual ningún síntoma podría ser considerado como independiente de lo psíquico, ninguna enfermedad de una función como carente de sujeto. Sostenemos que *hasta* este límite no es posible demostrar que haya funciones que sean independientes de lo psíquico.

Esto lo expresan Pávlov y Freud, los dos mayores –y opuestos– exponentes de la fisiología y la psicología. El primero, en tanto no se cansa nunca de mostrar que un reflejo no tiene existencia propia, sino que se presenta sólo “condicionado”, es decir, al servicio de un desarrollo de relaciones aprendido que ha crecido con el órgano. Así, en última instancia, el reflejo ha nacido de un deber, no de una causalidad ciega; de un mandato, no de una mecánica. Nada orgánico carece de sentido. El segundo, en tanto refiere inexorablemente la explicación interpretativa plena de sentido, en última instancia, a la pulsión y, con ello, la supedita al ciego avance que proviene de lo corporal contiguo. Nada psíquico carece de cuerpo.

Pero ninguno de los dos sabe darle el nombre completo a aquello que se encuentra más allá de la frontera. “Condicionado” aún no significa para Pávlov “sentido”, y “sentido” todavía no dice qué sentido y ni el sentido de quién. El reflejo se encuentra por cierto condicionado, pero ¿cuál es el ser del condicionamiento? Por otro lado: “libido” no significa para Freud aún “amor”, y “amor” no expresaría todavía qué amor ni hacia quién. Pretender dar tales respuestas sobrepasaría por mucho los límites de la investigación. Pero al médico le está vedada esta discreción del investigador, que demuestra su modestia y su humildad. Él se ve atropellado por las dependencias concretas y los objetivos que rodean y arrastran al enfermo. Allí donde la ciencia puede conformarse con afirmar la validez de la forma de las relaciones, pero puede mantenerse alejada de la interpretación y del ser, del fin, del sentido o del valor, allí precisamente la terapia tiene que presentarse, no de manera formal, sino con contenido. Para el enfermo, las “condiciones” son personas concretas, con nombre y apellido, con las que él convive, una alimentación y un clima de determinado tipo; sus “estímulos” son seres vivos y cosas reales; la situación en la que él enferma no es una situación experimental, sino una realidad histórica. No es un animal de laboratorio, sino un campesino o un trabajador, un empleado o un funcionario, un vendedor o un escritor, un soldado o un profesor. Se encuentra frente al médico como un paciente con obra social estatal o privada, o como un paciente privado.

Nos encontramos ante el *segundo* grupo de diversidades: a la diversidad biológica de los síntomas se le agrega ahora la diversidad sociológica de las formas. Lo que tenemos que buscar es el significado patogenético de ciertas condiciones y objetivos. Lo buscamos en la sociedad y en la historia, y elegimos sin rodeos un caso como ejemplo: Se trata de un trabajador que es atropellado por un automovilista, dueño de una hostería, que infringió la ley de tránsito. La lesión es leve, pero lo obliga a permanecer en su casa. En lugar de desaparecer, las molestias se incrementan; desarrolla una rigidez de cabeza y tronco, una grosera disbasia y una fuerte neurosis generalizada. Pierde

el puesto de trabajo y también el pleito por el reclamo de indemnización, que era sin dudas excesivo. Además, el automovilista declara bajo juramento su insolvencia (de manera mentirosa, según cree el adversario). Nuestro enfermo, ahora víctima de una grave neurosis, relata la siguiente historia de su vida en *un* arrebato de su ánimo reprimido. Había gran pobreza en su hogar paterno, lleno de niños. El padre bebía y el dinero apenas si alcanzaba para comprar papas. En la escuela le hablaban al pequeño del “buen Dios”; como no lo veía, él preguntaba; le respondieron que tal vez un día se presentaría en la figura de un pordiosero llamando a la puerta. El pequeño se sentó a esperar durante semanas, pero el “Dios pobre” no venía. ¿Por qué “el bondadoso” permitía la miseria en la casa? A los 17 años tuvo una pelea con el padre; este sacó un cuchillo. El hijo quiso proteger a la madre, pero fue vencido y tuvo que irse. Era, en general, un debilucho. Entonces encontró a su mujer y se casó. Pocas semanas después estalló la guerra. Así que perdió su casa por segunda vez. La guerra era una injusticia y los pueblos no deberían haberla permitido. Luego de volver a casa la vida continuó siendo dura. Y, no obstante, se había ganado el pan honradamente durante 10 años y había mantenido a la familia. Entonces ocurrieron el accidente y la enfermedad. Ahora no hay esperanza. Él tendría derecho a una pensión. Pero no se la dan. Los jueces no dictan justicia y están en su contra. Ya no hay justicia en absoluto. Tampoco el médico le cree y trabaja para los otros. La terapia no tuvo éxito. Así, perdió primero el resguardo de la iglesia, luego el del hogar paterno, luego el del pueblo y por último perdió la confianza en la ley. Pérdidas irre recuperables del espacio vital se encadenan a lo largo de 30 años de su experiencia de vida y acumulan la amargura y las derrotas hasta la catástrofe. En la concisión de un relato biográfico parece repetirse un desarrollo secular: la crisis de la iglesia, la crisis del patriarcado en el hogar paterno, la crisis de la comunidad europea y la crisis de la humanidad y de los derechos humanos; así, en las etapas y en las derrotas espirituales y anímicas de nuestro enfermo, parecen desfilar delante nuestro, una vez más, 1517,1789,1914 y 1932. Seguro que él no tiene una apreciación “obje-

tiva” de la historia, pero igual de seguro es que se trata de realidades del patrimonio histórico heredado que lo atraviesan. La ontogenia de su decurso vital realmente contiene la filogenia de la historia, con las fórmulas más trágicas de un ciclo de 400 años.

Así, la fisiología de la angustia puede insertarse fácilmente en la psicología social de las seguridades que se están extinguiendo. El ser humano se hunde y se precipita finalmente al vacío, allí donde le son sustraídos los resguardos en el espacio vital. Seguro que la autoafirmación en el mundo tiene, entonces, su importancia. El hombre recibe sus heridas en el roce entre el yo y el mundo circundante. Pero, así como el yo es lastimado por el mundo circundante, también se encuentra seguro en él. Y allí donde no tiene la fuerza para imponerle al entorno *su* forma, no debe ser desagradecido por poder recibir un poco de formación *de aquel*. La penetración recíproca del yo y el mundo circundante sería así una representación de la vida. Pero lo que vale para la vida, debe concernir también a la enfermedad. Podemos esperar que la enfermedad surja allí donde fracasa la compenetración en algún orden. Nuestra observación de la elección del síntoma y la historia vital nos ha confirmado esta expectativa. En la medida en que un hombre le erra a su destino, fracasa la penetración recíproca. Construye un síntoma “reactivamente” —vale decir en forma literal: transgrediendo— y se vuelve asocial; se enferma y el síntoma lo enferma; la comunidad lo enferma y él enferma a la comunidad. La enfermedad individual no es aquí otra cosa que el reflejo de la enfermedad social. Ambas son en verdad lo mismo. Esto es, ampliado hasta lo cósmico, la forma básica de toda enfermedad.



## 8. La enfermedad social

El estado es quien plantea el problema de qué es digno de ser preservado y, también, quien le proporciona validez a su propia decisión. Esta cuestión no le es nueva, pero ahora se dispone a ocuparse de ella bajo el principio de la totalidad. Antes también llevaba a cabo selecciones. Así como la misma medicina, en diferentes épocas históricas, se ocupó de determinados padecimientos y no de otros, también lo hace el estado, que cada vez trabaja más en conjunto con ella. El principal instrumento en la Alemania de los últimos 50 años fue la *política social*. Con su ayuda, el estado llevó a cabo una selección: positiva, en la medida en que creó ciertas seguridades bajo determinados títulos; negativa, porque descuidó otras cosas y las abandonó al libre juego de las fuerzas sociales.

¿Cuáles fueron los objetos de sus aseguramientos dentro del seguro social? La enfermedad, la invalidez por enfermedad o por edad, las lesiones de guerra o por accidentes. Se garantizaba protección frente a estos estados de necesidad a través del seguro de salud, de compañías de seguro nacionales, de pensiones de guerra y de asociaciones profesionales; además funcionaba una asistencia para enfermos crónicos, lisiados, enfermos mentales, la lucha contra epidemias, la inspección industrial, la higiene general y la policía sanitaria. ¿Qué ámbito no fue tomado en consideración? El sistema parece casi perfecto; aparentemente, sólo muy poco puede escapar de la malla estrechamente anudada de esta red. Y, sin embargo, con el correr del tiempo, demuestra ser insuficiente. Este sistema establece una diferencia tajante entre salud y enfermedad, a la vez que equipara salud con capacidad de trabajo y enfermedad con incapacidad de trabajo. *¿Pero qué ocurre si alguien es "sano" en el sentido de la patología y es, no obstante, incapaz de trabajar? ¿Si alguien está enfermo y es, no obstante, capaz de trabajar? ¿Y qué sucede si, además, este caso se vuelve frecuente y si el desempleo deviene una forma predominante de penuria y esta situación deviene una causa de la incapacidad de trabajar, deviene incluso enfermedad? ¿Qué ocurre si los límites entre salud y enfermedad se tornan dudo-*

sos, si la neurosis, el desánimo, la capacidad insuficiente de trabajo, el desempleo, se revelan como un complejo indisoluble, como *la* nueva enfermedad del pueblo?

Después de que esto se volvió realidad y pudo distinguirse como una unidad, también se hizo evidente que la implementación y la construcción de un sistema de seguridad social no bastaba para cumplir la idea de la solidaridad con el pueblo completo; porque este sistema pone en acción la solidaridad de la convicción y del objetivo, pero no incluye a la totalidad del pueblo. Su convicción es que los grupos respondan por el individuo que se encuentra en un estado de necesidad; originalmente, el grupo de trabajadores por el trabajador y, en el caso de un accidente de trabajo, la patronal por el trabajador. Pero su objetivo político era la inserción del trabajador en el estado monárquico-civil. Así, esta política social estaba al servicio de la preservación del individuo en aquel estado (con un éxito indiscutible). De manera que era una política de preservación más que de construcción; su rasgo esencial era conservador. La expectativa de que esta política social, con esta convicción y este objetivo, produciría también una comunidad de sentimientos duradera entre el trabajador y el estado demostró ser equivocada. Hagamos el esfuerzo de llevar la prueba de ello al campo de observación de la profesión médica.

1. Fue tarea de los médicos darse cuenta de que, junto a los extraordinarios servicios que le brindaban a su época, las *instituciones de la seguridad social* también acarreaban fenómenos que despertaban reparos respecto a su forma y a sus ideas fundamentales: por ejemplo, las llamadas simulaciones o las llamadas neurosis de renta. La cuestión era distinguir si se trataba de “daños” que se originaban por doquier y de forma inevitable por la imperfección del ser humano, o si se trataba de una enfermedad ocasionada por el sistema mismo de la institución: hemos tenido que decidírnos a juzgar al instituto como posible generador de enfermedad. Pero, al hacerlo, rechazamos de entrada tres concepciones superficiales e inhumanas: que el seguro promueve la simulación, que seduce y malcría, provocando un afán de renta y un deseo de vivir sin trabajar, y que la inseguridad en la

vida sería, lisa y llanamente, más saludable que la seguridad. Podemos demostrar que estas premisas no se sostienen si uno contempla el comportamiento general de la gran mayoría de los asegurados y entiende que este tipo de reproches surge de instintos egoístas. Antes bien, las que ocasionan la “*enfermedad social*” en el sistema de seguros son determinadas *alteraciones colectivas específicas*, inherentes a las instituciones y al orden social. Algunas de tales alteraciones son las siguientes: en el estado de derecho liberal socialista, la aseguración de casos de enfermedad etc. se construyó a partir de títulos legales, por analogía con las demandas privadas de responsabilidad civil y jurisprudencia procesal. La salud no es un bien material, pero fue tratada inadvertidamente como si lo fuera, y como el reclamo a partir de la enfermedad y del sufrimiento debía (y aún debe) ser justificado, también estos devinieron bienes materiales a defender. *Al igual que el trabajo, la enfermedad cobró el carácter de un bien material y un valor comercial en la lucha por la existencia.* Esto implica una violación del sentido natural de la salud y de la enfermedad. Lo que allana el camino hacia la enfermedad es una necesidad interna, no una incitación al engaño: no se puede responsabilizar por ello al individuo. La deformación de valores naturales hacia bienes materiales se manifiesta también en una deformación del sentido de la justicia hacia un deseo de justicia carente de objeto. Dado que quien se encuentra en un estado de necesidad tiene que luchar por su existencia como por un derecho material, aparece, en lugar del derecho a ciertos bienes, la lucha por el derecho en sí. Como la existencia no puede ser una cuestión de derecho, la lucha por el derecho se vuelve carente de objeto: es una lucha por el derecho al derecho, por tener —y conservar— un derecho vacío. Esto es lo que hemos llamado *neurosis de derecho*, para diferenciarla, como enfermedad social, de las características meramente personales de algunos querulantes. A la neurosis de derecho, como un puro “querer tener derecho” sin discernir un derecho, le corresponde todavía otra característica: la falta de relación entre el asegurado y su parte contraria —la caja o el llamado asegurador—, que en realidad debería ser quien lo ayude. A diferencia del proceso civil, donde el



oponente se le enfrenta como persona de carne y hueso, aquí lo hace como un contrincante abstracto y anónimo, que es en lo que se ha transformado la institución y, más allá de ella, el poder del estado.

2. Así como se originó este cuadro —como alteración social en el terreno del formalismo de los seguros—, de la misma manera hay que interpretar otras *causas de enfermedades sociales como alteraciones en la organización de clases y en la distribución del bienestar*. Una y otra vez hemos visto cómo el ascenso de individuos a clases o niveles “superiores”, por un golpe de suerte o por medidas estatales, puede conducir a crisis y conflictos internos severos: el *cambio de clima social* sería tema para un capítulo de patología social. El mismo proceso en descenso es más frecuente y más conocido. Así como el ascenso de 1923 a 1928 trajo consigo sus cuadros patológicos característicos, del mismo modo lo hizo el descenso desde 1929 a 1933. Nos hemos habituado a hablar de *neurosis de ascenso* y de *descenso*. Lo que ambas tienen en común es la desproporción entre las pretensiones y los medios para su satisfacción. No es que la tensión entre pretensión y satisfacción no contenga la sana raíz del movimiento vital. Pero recordemos nuestra interpretación de la neurosis: ella se origina precisamente allí donde un ser humano no se mostró a la altura de la tarea más elevada, pero tampoco pudo sustraerse a ella.

En la frontera de este conjunto de enfermedades sociales se encuentran, empero, casos en los que ya no pueden considerarse esenciales las tensiones inherentes a la organización de clases, a la distribución del bienestar y a su desnivel social, porque se ha alcanzado la extrema carencia en el ámbito de la alimentación, del calor y de la vivienda, así como en el de la desocupación. Se ha hablado de *neurosis de carencia* y con ello se ha creado posiblemente un concepto límite que designa el límite de un análisis meramente sociológico y que reconduce a las causas biológicas de enfermedad y de muerte. Por cierto, el tipo de seguro que se impone con la política social no es responsable de los fenómenos patológicos dentro del estado de derecho y de clases. Una organización de las clases sociales tampoco sería inmune a tales fallas. Tampoco hay que utilizar los dudosos fe-

nómenos colaterales de una forma de estado como argumentos en su contra, antes de saber su verdadera causa. Sirve más bien darse cuenta cómo formas específicas de la enfermedad social revelan características y leyes de acción típicas de la forma de estado y sociedad, que de otro modo no hubieran sido fáciles de reconocer. Y, en este sentido, el particular efecto del seguro social tiene algo en común con el sistema político del estado de derecho, del capitalismo y del estado de clases: la forma básica de reglamentación y “cosificación”<sup>110</sup> del trabajo y la salud. La pregunta es si el nuevo mundo que está surgiendo es capaz de deshacer estos dos desvíos. Esto nos conduce a nombrar otras dos características de la forma del seguro de la política social anterior (¡que formalmente aún persiste!).

3. Con excepciones insignificantes, en aquella política social se llevó a cabo el *acto de compensación y de combate de los estados de carencia a través de la ayuda económica*. Se otorgaron subsidios de enfermedad, pensiones e indemnizaciones para remediar los estados de carencia que estaban mencionados en la ley de seguros para actuar con solidaridad. Esta compensación monetaria parte de la base de que, si el mundo de la economía y el del seguro social se encuentran cada uno en equilibrio, también estarán equilibrados entre sí. Pero el *desempleo* hace pedazos este supuesto tácito y revela a la mirada espantada la enorme laguna en la serie de lo que el antiguo seguro social denominaba “estados de carencia”. Y entonces se dio también allí la compensación social monetaria, ensayando un intento de seguro. En lugar de proporcionar trabajo, se aseguró monetariamente un “mínimo para la existencia”. De esa manera, se proporcionó una “seguridad” en lugar de una existencia. Y volvieron a aparecer las objeciones contra la protección que brinda el seguro: la seguridad en sí sería dañina. Y de nuevo hay que rechazar el reproche contra el individuo, pero no aquel contra la institución y su medio: que, en lugar de nivelar a través del trabajo, se lo haga a través del dinero. La nueva forma de nivelación, que recién comienza y para la que debemos trabajar

<sup>110</sup> Comillas de la traductora.

todos con el mayor compromiso, es la siguiente: una política nacional social en lugar de una política social. Esto significa que una política social no contribuye a la comunidad mientras promueva la totalidad nacional sólo a través de una nivelación monetaria y no a través de la participación en el trabajo. El concepto de trabajo en sí sufre entonces una profunda transformación. Y con ello se torna evidente que la modalidad del seguro no puede ser un instrumento completo ni suficiente de esta política. De aquí deducimos que la enfermedad social en el sistema de seguros no es otra cosa que la diferencia entre una *política social incompleta* y la *idea de una política nacional social completa*; la enfermedad social viene a ser *lo mismo* que esta diferencia.

A partir de esta conclusión podemos contemplar de manera unificada lo que hemos visto hasta ahora de manera fragmentada. La neurosis de derecho es la desproporción entre la pretensión legal y el objeto jurídico posible; la neurosis de ascenso y de descenso es la desproporción entre la pretensión de los bienes y valores y el patrimonio y valor posible de la persona. La neurosis de existencia es la desproporción entre la pretensión de la existencia reflejada en una medida de derecho y de dinero y la existencia en realidad posible. Lo que tienen en común estos casos particulares, que solemos ver aparecer en la clínica mezclados y a menudo simultáneamente, es, en efecto, el deterioro de la convivencia, la falta de integración del individuo con el conjunto: en última instancia, la contradicción entre la vida individual y la vida en común. Podemos ver que hemos llegado siempre a falsas conclusiones en la comprensión de la enfermedad social al haber antepuesto un factor singular como si fuera el esencial y el único decisivo, como ser la carencia material en sí, la ausencia de espíritu colectivo en sí, el errado sentido de la justicia en sí, etc. Preservar al conjunto sencillamente, sin tener en consideración al individuo, sería tan absurdo como lo contrario. La prioridad del conjunto no es una abstracción, sino que vale allí y sólo allí donde es por el bien del individuo, para que los individuos no se hundan. El sacrificio del individuo perdería su sentido si fuera realizado allí donde es inútil para la preservación del conjunto, y arriesgar peligrosamente al conjunto tampoco tendría sentido si esto no puede

salvar al individuo. Pero estas reglas generales también son inútiles si flotan en el ámbito de lo general y, de este modo, el caso individual que demanda un compromiso y una responsabilidad permanece siempre anónimo. Porque recién en la decisión concreta se demuestra que una política social que pretende realizar únicamente una política de preservación persigue una ilusión. Ella adopta una postura que ningún médico está en condiciones de sostener: la de la preservación a cualquier costo. También como médicos tenemos una participación responsable en el sacrificio del individuo en pos del conjunto. Sería ilusorio, e incluso injusto, si el médico alemán creyera no tener que aportar su parte de responsabilidad a la política de destrucción que nace de la necesidad.

También antes participó de la destrucción de vidas carentes de valor o de la capacidad de procreación carente de valor, de la eliminación de los individuos carentes de valor mediante la internación, de una política estatal de destrucción. En el sentido más estricto, cada informe médico desemboca en la preservación o en el sacrificio de un interés vital individual. Pero podemos decir que esta participación en la destrucción fue tratada con pudor, no de manera abierta, y por lo tanto tampoco de manera científica ni sistemática. No existía (y todavía hoy no existe) una teoría de la destrucción que pueda completar la ciencia médica, que es concebida exclusivamente como una doctrina de la preservación. La apelación a criterios aparentemente sólo científicos y objetivos ocultaba, en lugar de revelar, la escala de valores que estaba escondida en ellos. El resultado es que tenemos una suerte de teoría de la destrucción oculta y, además, incompleta en algunos puntos decisivos. Para señalar esta incompletitud bastará con tres ejemplos por lo demás bien conocidos.

El primero se refiere al artículo 51 del Código Penal, según el cual una acción no es punible si el autor la realizó en estado de inconsciencia o de alteración de las capacidades mentales. Es evidente que numerosos actos delictivos suceden por un extravío anímico que, si bien también está fundado en la naturaleza, no llega a constituir lo que se considera una enfermedad mental. No habría que designar su causa como ausencia o disminución cualitativa del uso de las fa-

cultades mentales, sino como *una alteración de las mismas*. Es la libre decisión del médico la que también dispone, en esta amplia región fronteriza, la medida en que se emplea la fuerza del estado, sin que en esta decisión formal se exprese el sentido político de manera clara y evidente: la absolución no modifica en nada la amenaza que representan este tipo de personas y la punición también deja intactas las condiciones del hecho. El llamado psicópata sigue siendo una tarea sin resolver para la política pública. Esta es una de sus lagunas.

Las cosas no son más fáciles con la cuestión del *aborto*, cuya sanción según el artículo 218 y cuya aceptación en casos de indicación médica (por riesgo de vida) representan un fragmento de política de destrucción que es aún más incompleto. Porque allí donde el nacimiento de los niños ocurre en una miseria social que los amenaza a través de penurias físicas y morales, tanto como el aborto amenaza al niño aún no nacido, allí semejante destrucción de la vida ya nacida no es una situación para nada menos grave que la de la destrucción de la vida aún no nacida. La responsabilidad colectiva no es menos importante que la individual. Si el pueblo no puede evitar la destrucción causada por factores sociales, no lo ayudará sancionar aquella ocasionada individualmente a través del aborto. La pequeña porción de política de destrucción que lleva a cabo la interrupción legal del embarazo (indicada por cuestiones de riesgo vital), la esterilización y el castigo según el artículo 218, sería entonces una tímida política parcial si estuviera basada únicamente en un criterio moral individual o económico; no se trataría aún de una política pública. Sólo una política de destrucción pensada a fondo sería no sólo preservadora, sino también formativa.

Tomamos nuestro tercer ejemplo del seguro social, a saber, de aquel principio de la oficina estatal de seguros del 24.09.1926, según el cual un asegurado no tiene derecho a una indemnización si *su incapacidad para el trabajo asociada a un accidente se basa en la idea o en el deseo de estar enfermo*. Es decir que después de que prácticamente se ha equiparado, como vimos antes, la enfermedad con la capacidad para el trabajo, lo contrario no se admite: que la incapacidad para el trabajo justifique, bajo cualquier circunstancia, también la enfermedad, o sea

los derechos inherentes a ella. El recurso que se utiliza para sostener esta inconsecuencia es el concepto de causa de la medicina del seguro. Esto significa que en el seguro el concepto teórico de la incapacidad para el trabajo y la enfermedad no está dirigido hacia adelante, hacia el posible efecto de la capacidad y posibilidad de trabajo, sino hacia atrás, hacia las causas de la alteración. Por eso el procedimiento tiene que desembocar en un movimiento automático de formalismos cuando en la realidad social emergen cada vez más casos que, dado que no figuran en las concepciones causales teóricas del seguro, son empujados de manera inestable y fugaz de un título legal a otro, o bien son incluidos, también de manera injusta, en alguno de ellos.

La enfermedad social también consiste en este rodar de una rama del seguro a la otra, tomando decisiones aparentes que desmoralizan tanto al trabajo legal del perito y del juez, como al sentido de la justicia del asegurado sobre el cual se está realizando el dictamen. También aquí se lleva a cabo una suerte de política de destrucción inevitable, a saber, la destrucción de las aspiraciones subjetivas en el caso en que se rechaza el otorgamiento de una pensión. Pero queda en evidencia que el límite hasta donde debe llegar esta dureza necesaria —tanto por el bien del conjunto como del individuo— está trazado, a su vez, de manera muy incompleta, y por lo tanto es erróneo. Porque ¿qué sentido podría tener excluir del seguro a aquel que tiene una incapacidad para trabajar de origen nervioso, pero pagarle una pensión a aquel que se encuentra mutilado por una herida de guerra o un accidente laboral, mas conserva su capacidad de trabajo? Ya que la decisión, demasiado sencilla, de que la persona nerviosa sería la de menos valor y el herido de guerra, etc., sería la persona políticamente más valiosa, esta decisión sería tan equivocada como poco pedagógica en sus consecuencias. *La incapacidad laboral de origen nervioso es una acusación mucho más seria contra el orden social que aquella de origen groseramente orgánico.* Esta última sólo significa que una falla técnica del aparato de producción no permite que cada persona con un solo brazo, o cada enfermo respiratorio, participen en el trabajo según sus capacidades restantes. Pero la incapacidad laboral de origen nervioso

significa que la comunidad anímica ha sido destruida para este ser humano, y este es el caso política, ética y religiosamente decisivo. Puede incluso decirse que el defecto groseramente orgánico es asimismo de importancia política porque también puede llegar a ocasionar una alteración de la comunidad anímica.

Hemos contemplado la política de destrucción –en la que el médico participa con sus juicios y decisiones– en el terreno del delito y del crimen, en el terreno de la reproducción y en el de la prestación de trabajo. El orden jurídico, la procreación y el trabajo son, con certeza, ámbitos cuya configuración estatal a través de las funciones de preservación y destrucción implican la máxima responsabilidad. Hemos señalado que las leyes y la práctica que de ellas derivan, se demuestran incompletas cuando se las observa a la luz de la política pública, a pesar de que estén hechas con ponderación y consciencia y de que posean una lógica interna. Lo que desde un punto de vista jurídico y formal se considera “complicado” o “un caso límite”, puede reconocerse, desde la existencia del individuo y del pueblo, como una laguna bien circunscripta del orden legal, que puede ser definida con exactitud. Es obvio que esta alteración del orden no sólo se expresa como enfermedad social. Antes bien, este es sólo uno de los posibles desenlaces. Ella aparece en el preciso lugar donde un ser humano, en tanto ser biológico y psicofísico, reacciona de manera biológica y psicofísica frente a la penuria que se le impone. La patología de la angustia y la teoría de la enfermedad individual que desarrollamos en la primera parte de estas conferencias, se incluyen fácilmente en el marco de la enfermedad social que ahora desplegamos. La enfermedad individual es la enfermedad social en el espacio de la corporeidad de una única persona. Pero entonces ya no podemos concebir a la *terapia individual* de otro modo que como la parte individualizada de la terapia social. Ahora comprendemos que la verdadera tarea de una “*terapia general*” consiste en representar esta coordinación inevitable y esencial de la terapia individual y la social.

## 9. El enlace de las diferentes formas de terapia

El seguro social alemán no es la principal razón por la cual la profesión médica resultó incluida en las múltiples responsabilidades de la vida laboral y jurídica de la nación. La incorporación del médico subsistiría, aunque se aboliera esta forma particular de seguro. Los requisitos físicos de la capacidad laboral y los requisitos anímicos de la voluntad no pueden ser juzgados mediante métodos primitivos en una cultura que exige rendimientos laborales tan altamente diferenciados, acciones y decisiones tan sutilmente matizadas. La naturaleza pulsional humana primitiva se ve enfrentada a las situaciones más intrincadas. De aquí se desprende que entre la apreciación instintiva primitiva y el juicio definitivo tendría que intercalarse una *pericia específica*. Hasta ahora, prácticamente, se le exige sólo al médico este conocimiento de las relaciones psicofísicas de un ser humano. Porque son ellas las que importan a la hora de juzgar la capacidad de voluntad y de trabajo. Pero digamos al pasar: es deseable y factible que en un futuro también el supervisor que observa al trabajador en su puesto de trabajo entregue un informe responsable cuando la situación lo amerite. Porque el médico a menudo no se encuentra en condiciones de saber las exigencias para cuyo cumplimiento debe evaluarse la capacidad.

Una breve reflexión nos enseña que esta inclusión que se lleva a cabo en el seguro social del juicio médico en el amplio ámbito del trabajo es más importante que cualquier otro deber en relación con la salud pública. Porque, precisamente debido a que la tarea médica se desarrolla en el marco de la seguridad social, provee un medio de selección cuyos efectos llegan, además, hasta lo profundo de la realidad económica y política. No hace falta mucha sutileza para darse cuenta de que en la medida en que ustedes, por ejemplo, niegan la capacidad de trabajo y otorgan una pensión al solicitante, están gastando, indirectamente, recursos de los fondos públicos. Si luego los fondos se agotan y esto da lugar a nuevas penurias, pero, sobre todo, conduce en última instancia a una lucha política por la existencia,



que no puede llevarse a cabo sin la destrucción de individuos, la decisión ha sido sólo una gota, pero sin la gota no se forma el torrente. También puede suponer destrucción si, por el contrario, le niegan a un solicitante su condición de enfermo y con ello el subsidio. Entonces actuamos debidamente según el texto y el espíritu del seguro de enfermedad, pero en la práctica la privación del subsidio a menudo constituye un paso fundamental en la marcha hacia la penuria; y, para algunos, penuria significa también muerte.

¿Se quiere negar que la acción del médico es, al igual que la de cualquier otro profesional, un eslabón en la cadena de las medidas de preservación y de destrucción? No decimos que esto sea deseable, sino que es inevitable, y que esta relación debería ser llevada a la consciencia. Ayudar significa a la vez elegir *a quién* se ayuda y *qué* se salva; esto vale para todos los casos, también allí, donde no nos damos cuenta de la elección porque esta va en una dirección a la que estamos demasiado acostumbrados. Por cierto, el médico no es responsable por la institución y su nocividad o su escasez de dinero, pero la ceguera colectiva frente a las relaciones sociales y políticas significa quitarse de encima la responsabilidad y esto tiene su efecto: alguien terminará siendo víctima. Un comportamiento correcto dentro del orden existente tampoco nos quita la responsabilidad. Es por cierto desagradable que el médico no pueda emanciparse de la ley de la destrucción, pero es una suerte cuando, gracias a esta implicancia, tiene ocasión de ponerle un coto a la destrucción ciega y de dirigir la acción *desde el espíritu*, aún allí donde exige destrucción. Así el médico deviene un médico *político*; así asume también su parte del riesgo.

Esto y ninguna otra cosa significa la transición de una política social incompleta hacia una "terapia general" de la enfermedad social, más completa. Sólo un punto de vista más amplio puede mostrar lo que esto quiere decir. Construir una teoría completa será tarea de toda una generación. La política y la medicina, que hasta ahora se habían topado sólo por cuestiones ocasionales, entran en un contacto abarcador. La teoría del empleo obligatorio y legal de la fuerza sólo será una parte pequeña. El recurso de la ley siempre será aplicado,

última ratio, allí donde hayan fracasado la educación y la asistencia, porque han sido impotentes frente a la naturaleza o porque fueron aplicadas en el lugar equivocado, de la manera equivocada. Es fácil darse cuenta de que la parte más grande y efectiva de la terapia social o de la higiene racial consistirá siempre en la educación y en la asistencia, no en la destrucción de órganos y en la supresión de las libertades de acción. La prohibición matrimonial, la esterilización y la internación son medidas políticas de destrucción que en general se justifican sólo a través de puntos de vista biológicos o de sensatez económica, para proteger y preservar a otras personas, etc.; en este sentido, la biología de la herencia está aún muy poco preparada para tomar medidas de muy gran alcance.

Una política idealista, que considera de segunda categoría a una fundamentación materialista (sea del tipo de la biología de la herencia, económica o jurídica), tampoco se apoya sólo en este tipo de argumentos. Para ella, el rendimiento de la cabeza y el de la mano son igual de valiosos y es fácil darse cuenta de que la patología lo confirma: la persona corporalmente débil puede ser mentalmente fuerte, y viceversa. Y las minusvalías corporales y las mentales no suelen estar acopladas hereditariamente, sino que por lo general cada una sigue su propio camino. Por eso a una medicina de la selección y de la destrucción basada en la herencia le corresponde un espacio muy importante, pero estrecho, dentro de la estructura total de la terapia social. Una minusvalía de origen hereditario sólo es una minusvalía para el pueblo cuando contradice sus ideas. Pero la biología médica no puede decidir si este es el caso, sino que debe hacerlo el dirigente portador de las ideas, que pronunciará la última palabra bajo su libre responsabilidad. Él puede poner a la investigación y a la ciencia material de la herencia a su servicio, no al revés. Puede suceder que la política de estado haga preguntas que la ciencia no sepa responder, porque dentro de su concepción no puede comprender la pregunta o porque pregunta y respuesta no se mueven en el mismo sentido.

En estos casos la ciencia tiene el deber de comportarse con el mismo rigor que en aquellos en los que puede dar una respuesta. De

lo contrario, estaría cumpliendo una función de esclavo, no de amo. La ciencia que sirve al poder del estado tiene, precisamente en aras de esta función, la obligación de no traicionar la lealtad a su propia verdad, porque si se apartara de su conciencia estaría engañando al dirigente político.

Hemos visto que la idea de minusvalía también es concebible como algo hereditario (en el sentido de Mendel), por ejemplo, en la esquizofrenia. Aquí existe un campo para la política racional de destrucción. Pero la minusvalía no concebible según la herencia mendeliana está más extendida y es más importante; y el valor superior que no puede conseguirse mediante la crianza<sup>111</sup> racional, la “mutación”, no puede alcanzarse metódicamente. De manera que, a la investigación biológico-racional de la herencia, es decir a la aplicación de los grandes descubrimientos de Mendel y Goldschmidt, le corresponde en la salud pública un espacio definido, pero estrecho. Y este es un hecho alentador, porque alimenta la esperanza de que estas leyes que gobiernan de manera ciega y mecánica no posean una fuerza mayor que los valores anímicos y espirituales, que, por su esencia, no podrían ser capturados dentro de formas racionales y que determinan, no la *masa* hereditaria, sino el *patrimonio* hereditario del pueblo. Esta constatación nos da esperanzas, porque a partir de ella podemos darnos cuenta de que el patrimonio hereditario no es algo fijo, sino que está siempre en movimiento: *es*, en la medida en que se renueva con el cambio; deja de ser, donde se vuelve rígido. Si la preservación del pueblo se debe a las cualidades que son susceptibles de renovarse, entonces precisamente se trata de aquellas que podemos conocer mejor a través de las ciencias del alma y del espíritu.

La famosa cuestión sobre la capacidad de heredar rasgos adquiridos, es decir por ejemplo la pregunta por la duración de un resultado alcanzado a través de la crianza, está mal planteada si sólo se refiere a cualidades individuales. El criador sólo puede sostener la calidad del conjunto cuando interrumpe siempre de nuevo el esquematismo

<sup>111</sup> El autor se refiere al cruce genético que busca mejorar una raza (N. de la T.).

de la selección y admite nuevas mezclas. Para la medicina de la salud pública, esto significa que las medidas políticas puramente negativas y destructivas referentes a la crianza y a la selección representan su propio límite y no el contenido mismo. Así como quedó demostrado que el intento racional de controlar el derecho y el trabajo fracasó, así también se pone en evidencia que el intento racional de control de la procreación y de la muerte no sería realizable.

La política de preservación también fracasa en los casos de extrema carencia, pero dado que precisamente la procreación y la muerte constituyen la frontera de la vida individual, su racionalización no representa más que una línea divisoria, no el núcleo de la higiene racial del pueblo, que tiene que ser supraindividual. De manera que la política no puede encargarse sólo con la “cabeza” de la procreación y de la muerte, así como tampoco puede hacerlo respecto del derecho y del trabajo. Por el contrario, cada medida debe tener el sentido de arrancar a la procreación y a la muerte de las garras del orden de la ley y darles un lugar en el reino del alma, al cual pertenecen. Así quedan descartadas la sobrevaloración de los rasgos meramente materiales de la enfermedad, tanto como la sobrevaloración de la esfera de acción meramente esquemática de los decretos.

Ahora podemos tener una visión general del conjunto de las formas de terapia. Quedó claro el esquema de inclusión y entrelazamiento del tratamiento individual del enfermo particular con las sujeciones de su yo en una comunidad. Estas sujeciones son tan poderosas, que la situación junto a la cabecera del enfermo y en la consulta pudo arrastrar al médico a intentar lograr una influencia psíquica y social, a tal punto que la medicina de la facultad, altamente desarrollada sobre bases anatómico-fisiológicas, podía parecerle un lujo costoso, destinado a hogares y médicos elegantes. Con ello podía disolverse el espíritu unitario de la medicina y podía perderse el suelo firme. Por eso a muchos les parece que la única consigna saludable consiste en un retorno a las premisas claras y simples de la investigación científico-natural y a una terapia fundada exclusivamente en ellas, así como en expulsar del ámbito de la competencia

médica el mal evidente que representan la política y la moral. Pero aquí se percibe un espíritu reaccionario y es necesario defenderse.

Ninguna persona sensata podrá negar que los factores hereditarios y constitucionales favorecen ciertas enfermedades o les dan una impronta particular, y que las lesiones, los venenos, los alérgenos y las bacterias que llegan por casualidad son causa de enfermedades. Tampoco cabe duda de que muchas causas de este tipo, tangibles, aún no han sido descubiertas y tienen que ser halladas. De esta "*patología especial*"<sup>112</sup> se desprende, lógicamente y con eficacia, el tipo y el lugar de la higiene preventiva y de la terapia que se aplicará. Y entonces nos preguntan por qué no habrá de bastar esta forma de medicina. ¿Es que la psicoterapia y la terapia social pueden competir seriamente como formas de ayuda? ¿Qué fundamentos y qué éxitos convincentes tienen para ofrecer? Sin duda, muchos. Pero la mera certeza y lo indiscutido de un conocimiento no alcanzan para demostrar que vale la pena saberlo. Un éxito práctico cualquiera no es suficiente legitimación para que una terapia sea considerada componente esencial de una teoría y que sea aceptada en un plan de estudios como requisito para obtener la matrícula médica. Para que esto suceda tiene que probarse que la psicoterapia y la terapia social poseen algo sin lo cual la medicina no sería medicina, que pertenecen indispensablemente a su esencia.

Respondemos: cuando son practicadas de manera radical y aislada, ambas constituyen excesos de la medicina, históricamente necesarios. El exceso se dirige en diferentes direcciones. Cuando es llevada hasta las últimas consecuencias, la psicoterapia se sobrepasa, transformándose en conducción anímica o en amor personal. La terapia social, llevada a cabo de manera consecuente, tiene que convertirse en asistencia social o en política. Pero los curas, los amantes, los asistentes sociales y los políticos no son médicos. Para que la psicoterapia y la terapia social sean medicina debe agregárseles algo delimitante,

<sup>112</sup> El término se refiere a la rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades. Actualmente se utilizan las expresiones "patología general" y "patología sistémica" (N. de la T.).

una reflexión. Y precisamente aquello que les falta lo pueden recibir de la “patología especial”: en la unión radicaría pues la esencia de la terapia general.

Pero nosotros habíamos preguntado si a la “patología especial” y a la terapia también les faltaba algo y si, tal vez, la psicoterapia y la terapia social podían proporcionarles aquello de lo que carecen. ¿Cómo deberíamos imaginarnos en realidad esta relación de complementariedad recíproca?

Si tenemos presente esta relación, podemos, por de pronto, excluir algunas cuestiones. Parece que todo está relacionado con todo; no existen tres tipos de casos clínicos claramente diferenciados: enfermos orgánicos, enfermos psíquicos (neurosis) y enfermos sociales. Esta agrupación tiene un valor práctico, pero no implica una diferenciación de tipos. Porque la enfermedad orgánica también contiene un yo (“yo estoy enfermo”) y forma parte del entrelazamiento social. Por su parte, el neurótico está en su cuerpo, forma síntomas en él y es un fuerte elemento de perturbación social. Y, al fin y al cabo, la enfermedad social no es más que la encarnación de la alteración social en torno al hombre enfermo: él altera la salud social, y en la comunidad alterada también se enferma el hombre.

Todo enfermo participa entonces de estos entrelazamientos o, mejor dicho, de estos conjuntos o inclusiones. Con aquellos tres grupos no hemos diferenciado tres casos de enfermedad, sino tres formas de inclusión a las que todo enfermo está sujeto. La cuestión es, pues, qué significa aquí “inclusión”<sup>113</sup>. Seguro que no significa —también podemos rechazar esta idea— una acción conjunta de condiciones o causas, como si un enfriamiento, un bacilo, una determinada constitución, una angustia y otra persona que haya evocado la angustia, tuvieran que actuar en conjunto para producir una enfermedad tan inequívocamente delimitada como el cólera o la colangitis. Rechazamos esta representación porque, si bien estos “factores” causales son objetiva-

<sup>113</sup> El término “*Einschliessung*” no figura en el diccionario; remite a “*einschliessen*” (encerrar, cercar, abarcar, incluir) y “*Einschluss*” (inclusión) (N. de la T.).

mente determinables, este concepto de la acción conjunta no es más que un asilo de la ignorancia y de la arbitrariedad. Sólo estaríamos ante algo así como un conocimiento o una ciencia si tuviéramos la respuesta, por más modesta que sea, para la pregunta acerca de *cómo* en verdad debe todo esto actuar en conjunto. Cada ataque histérico, cada cólico biliar psicógeno, cada epidemia de guerra, cada psicosis reactiva o cada psicosis de infección, representa, cuando es estudiada y descripta a la perfección (sin ninguna idea causal), puramente como *relato*, un tesoro del conocimiento comparado con aquella manera de hablar poco comprometida acerca de la acción conjunta de tantos factores. Justamente esta “acción” no resolvería el problema, sino que lo plantearía: por qué, ante semejante variedad indeterminada de causas, se forman siempre cuadros patológicos relativamente sencillos, inequívocos y bien delimitados, como se da en la patología especial. Tal convergencia de lo diverso y múltiple en lo sencillo y típico es tan incomprensible como improbable. Tenemos pues buenos motivos para rechazar esta idea.

Por eso preferimos intentar el camino más largo, que nos permite encontrar ejemplos individuales de una inclusión específica entre sucesos psíquicos, sociales y organicopatológicos. Si se posee una base casuística, el segundo paso sería buscar en dichos casos la esencia de las conexiones, en lugar de seguir sumando factores diversos. El ejemplo que hemos puesto en el centro fue el suceso psíquico de la *angustia* y el acontecimiento social de la *penuria*. Angustia y penuria se comportan a su vez como los aspectos subjetivo y objetivo del suceso en el mismo mundo en el cual se encuentra un ser humano. De este modo llegamos a comprender la formación de síntoma en el organismo como *expresión*, en primer lugar, de la angustia y, más allá de ella como mediadora, también como expresión de la penuria objetiva. Con el concepto de “expresión”, entonces, intentaríamos captar, en principio, la esencia de esta inclusión. La biología y la psicología más nuevas representan un único esfuerzo por dominar intelectualmente esta inclusión mediante conceptos como “símbolo”, “expresión”, “determinación pulsional”, “forma”, etc. Es imposible no

querer seguir las y despreciar este avance. Este punto de vista es muy superior al causal. Ya que, mientras la reunión de todos los factores tomados al paso permite que persista una amplia ambigüedad del sentido del suceso —en definitiva, uno siempre puede desviarse hacia la “explicación” que, por algún motivo, resulte más cómoda—, se hace evidente que la pregunta “¿qué expresa el síntoma?” nos obliga a tomar absolutamente en serio a los hechos esencialmente determinados y no sólo a los causal-mecánicos. Es completamente distinto decir que el ataque de litiasis biliar “se debe a una excitación”, que si yo digo: “este ataque en particular es expresión de aquella herida en su orgullo profesional, debida a aquel fracaso, porque en este hombre las vías biliares son el órgano de expresión de este y sólo este determinado contenido anímico”. La tarea consiste en descubrir este contenido de manera correcta e inequívoca.

Si nos atrevemos a hacer el intento de concebir a la fisiología de la angustia como una expresión, no es para justificar una influencia general de los afectos sobre las funciones corporales, sino para mostrar una dinámica de expresión *específica* en un ejemplo que, si bien es corriente, no puede ser modificado. Por ejemplo, no es posible relacionar el mismo síndrome fisiológico, en lugar de con la angustia, con la alegría, la lujuria o el vértigo, porque cada una de estas mociones tiene su propia expresión específica. Pero esto también sería apenas una primera aproximación grosera a la especificidad de la elección clínica del síntoma y de la enfermedad.

Si resumimos lo dicho hasta aquí, tenemos la siguiente tesis: la psicoterapia y la terapia social fuerzan al médico, a través del punto de vista de la interpretación de la expresión que ellas contienen, a tomar en serio, en la patología especial y en la terapia, a la naturaleza más que causal de la enfermedad y a no pulverizarla en un análisis arbitrario de factores. Siguiendo este principio, el tema de la angustia psíquica y de la penuria social sería sólo un ejemplo tomado de una teoría concreta de las enfermedades. Pero la terapia general es el carácter a través del cual cada terapia particular se coloca bajo la ley de este punto de vista más amplio de la inclusión.



Si, por último, liberamos a estas apreciaciones de la coraza de las determinaciones científico-naturales, podemos afirmar que la experiencia obligó al médico a darse cuenta de que los fenómenos patológicos del paciente estaban incluidos en sucesos de su historia anímica y eran expresión de ellos; más aún, de que también lo anímico estaba incluido en los sucesos de la historia de la comunidad a la que el paciente pertenecía y eran expresión de ellos. Y la experiencia lo obligó a darse cuenta también de que determinados fenómenos de la historia del alma y de la historia de la comunidad eran, a su vez, mensajeros de aquel ámbito más abarcador de la naturaleza, al que es difícil acceder. También ellos estarían incluidos en algo que contiene más de lo que permite comprender el fenómeno por sí solo; y también ellos serían expresión de algo más abarcador.

Una vez que esta comprensión de la doble inclusión se ha establecido de manera firme e irrevocable, entonces ya no es tan difícil la tarea de trazar, a partir de ella, los nuevos límites de la medicina, dentro de cuyo marco, esta no tenga que desbordarse ni atrofiarse. Pues lo que vale para abarcar la esencia de la patogénesis también tiene que valer para un entrelazamiento de las formas de terapia. También este tiene que consistir en un orden de la inclusión, pero asimismo de la exclusión.

## 10. *Natura naturans*<sup>114</sup>

El hombre no puede regresar a un estado puramente natural. En la época que llamamos histórica lo intenta, siempre con la misma falta de éxito. La naturaleza no siguió siendo su hogar, devino su nostalgia. Así, busca lo que ya no es. Intenta capturar, captar. También como médico en la medicina. Pero no nos atreveríamos a pronunciar el sentido de la enfermedad. Ya es mucho lo que logramos si podemos mantener al suceso patológico dentro de ciertos límites, dentro de ciertos cauces. La pregunta por la naturaleza se convierte para el hombre en una pregunta por la cultura: por la base científica de la medicina.

Nosotros también compartimos el misterioso instinto de la hormiga, que vuelve a armar incansablemente su hormiguero destruido. En nosotros también existe la capacidad de reconstrucción, pero no nos basta. Hasta lo más natural es un problema para nosotros y las ciencias naturales son expresión de insatisfacción, de nostalgia. Por otra parte, la ciencia natural tampoco nos ha bastado. Ella es impaciente y nos vuelve impacientes. Nos sirve para reparar, pero queremos saber qué es en verdad lo que estamos reparando. Y, en tanto queremos saber esto, nos entrometemos de nuevo en la vida orgánica y la molestamos con nuestras preguntas, con nuestros experimentos.

Encontramos este dilema en relación con la ciencia, pero también en relación con el enfermo. Su confianza crea la unión tranquilizadora, pero también crea una transferencia de poder hacia el médico. Este poder, aumentado por aquel que le prestan la ciencia, la facultad de ejercer como médico y el orden jurídico del estado, le brinda una superioridad sobre el enfermo que parece difícil de combinar con el carácter servicial de su profesión. No en vano nos ha dado tanto que pensar el hecho de que, a partir de la simple preocupación y ayuda del médico hacia el enfermo, surja una elección valorativa, un servicio y un actuar dentro de un orden estatal, lo queramos o no. A menos

<sup>114</sup> “*Natura naturans*” es un concepto tomado de la filosofía, que hace referencia a la naturaleza creadora, por oposición a “*natura naturata*”, la naturaleza creada. (N. de la T.).

que el médico se coloque, bajo su propia cuenta y riesgo, junto con el enfermo por fuera de este orden o contra él, tendrá que sacrificar, de tanto en tanto, una porción a menudo nada pequeña de su acción por el enfermo a favor del ordenamiento dentro de un conjunto social. Vemos que la actitud científica no puede sostenerse de manera pura y aislada, porque tratamos con seres humanos y, cuando queremos asumir una actitud puramente humana, chocamos en los márgenes con un orden social.

Pero si planteamos este límite del obrar médico como una insuficiencia, como un doloroso fracaso, entonces sólo hacemos consciente un aspecto de la cuestión. No hemos olvidado que fue la ciencia la que le puso coto a la medicina de los demonios y de los encantamientos; y tampoco que es el orden comunitario el que le otorga una meta espiritual a las primitivas elecciones y rechazos de las pasiones. El orden de la naturaleza y el de la comunidad tienen pues algo en común: la fuerza de ambos se expresa a través de *leyes*. Antes, al estudiar la formación de síntomas, hemos visto cómo el ámbito de la naturaleza y el ámbito del deber, la función y la educación, no son mundos separados, sino que se determinan mutuamente a partir de una relación de poder. Aparecen conflictos y los síntomas son modos de resolverlos a través de la enfermedad. La ciencia natural no es sólo un conocimiento de leyes, en el sentido de algo que debe valer, pero no por eso existe; la ciencia natural es, al mismo tiempo, conocimiento de algo que actúa y crea. El sentido originario de la palabra “naturaleza”, tomado de “engendrar”, aún se conserva en la forma de conocer que ha devenido una ciencia con leyes. Encontramos este modo de crear en el hecho de que es necesario un experimento, es decir un obrar activo, para arrancarle a la naturaleza su secreto, pero también en el hecho de que es una necesidad la que fuerza los procesos –también los orgánicos– a un orden donde sino sólo habría caos. El procedimiento de la investigación experimental y el procedimiento fáctico –a través del cumplimiento de leyes– tienen en común este carácter de lo activo. De ahí también que, en el triunfo de la ciencia natural moderna sobre el mundo de metáforas, propio de la visión primitiva, mágica y filosófica, fue de-

cisiva la obligatoriedad de la afirmación, que derivaba del contacto *sensorial* y del obrar *activo*. Aquel mundo de metáforas fue superado por el desarrollo del arte de la percepción sensorial. Pero la percepción individual es única e insustituible y adquiere así, directamente, la condición de una verdad religiosa. Así es la investigación empírica. En ella actúa entonces también un valor ético que está listo para sacar del juego a otros valores, como el de la armonía del mundo natural. En este sentido aún no se ha extinguido el triunfo de Newton sobre Goethe, el de la medicina moderna sobre Paracelso.

Junto a la sensorialidad está la objetividad práctica, que pudo desplazar al simbolismo de los médicos mágicos y religiosos. También en este punto la actitud científica de la medicina significa más que un fin en sí misma: significa la superación del mero afecto. Es cierto que también nosotros hemos descubierto, en la experiencia médica fundamental, al elemento de la lucha como un elemento ineludible. Pero no como si solo él fuera la esencia de la terapia, el “padre” de todas las cosas. Al contrario, el conocimiento nunca pudo avanzar un paso si no contenía también aquello que puede calmar una pelea, aquello que supone paz. Lo que constituye el conocimiento no es la imagen de la embriaguez, del sueño, de la antilógica, no son estos estados salvajes del conocimiento, sino la medida, es decir la serenidad, y ella es también la fuente de la objetividad práctica en el pensar y de la practicidad objetiva en el actuar. Este y sólo este era también el sentido, por lo general ocultado, del diálogo de Cármenes, últimamente tan citado, en el que Platón desarrolló algo así como una psicoterapia. La objetividad práctica significa entonces medida, serenidad, paz. La ciencia sujeta, constituye un límite.

El apoderamiento *científico* de la naturaleza significa entonces mucho más que la adquisición de saber, y no sólo porque el saber en las manos del médico se transforma en poder, ya que ninguna técnica médica puede prescindir de la ciencia. También esto es cierto. Más bien, las bases del estudio de la naturaleza significan, en lugar de un girar filosófico en torno a un punto central, el esfuerzo infatigable hacia adelante; en lugar de una contemplación reposada y toleran-

te, un interés siempre nuevo por el individuo particular, renovado constantemente por el dolor de la criatura; en lugar de la fe en un mundo invisible, un apego similar a la fe por el mundo material (sólo experimentable a través del encuentro activo); en lugar de una expectativa por la transformación salvadora, una orientación hacia la objetividad liberadora, hacia la limitación conforme a la ley, hacia aquella posición media del ser, que llamamos “salud”. Con tales escoltas la fundación científico natural realiza su entrada en el espíritu de la medicina. En ella, la ciencia deviene auxiliadora, porque enseña a superar los elementos de la lucha y los ejercicios de poder; de lo contrario la medicina científica no sería terapéutica.

Ahora podemos comprender que la medicina no puede tomar nunca su escala de valores, es decir sus posibilidades de actuar curativamente, de otras facultades ni de otros órdenes de la convivencia humana. Sino que debe encontrar su propia escala de valores a partir de su orientación hacia el restablecimiento y la preservación de la *salud*, es decir, de la posibilidad natural de realizar el destino humano. Contemplemos una vez más las dos inclusiones en las que nos parecieron estar entramadas la patología especial y la terapia: la social y la psíquica. Se vuelve claro entonces qué servicio le presta el enlace científico natural a la medicina: tiene que reconducir estos dos grandes temas nuevos a su concepto médico y forzarlos a una solución auténticamente médica. No se trata de “introducir” sociología y psicología en la medicina, lo que con frecuencia sólo ha significado una vinculación fallida. Porque el hombre en su comunidad y el hombre con su yo no es distinto del hombre con su cuerpo; no se lo puede dividir. El nuevo conocimiento sobre la formación de enfermedades a partir de los conflictos en la comunidad y de las luchas del yo fue descubierto y ordenado primero de manera provisoria, como era históricamente inevitable, con ayuda de medios sociológicos, psicológicos, culturales y de las ciencias del espíritu; ahora debe ser comprendido más profundamente y debe ser descrito de nuevo, según el sentido y el espíritu de una medicina antropológica, es decir, dirigida del hombre hacia el hombre, con el objetivo de una terapéutica.

Atrevámonos entonces a incluir aquí, sobre el final, una sencilla clasificación de la patología y una, igualmente sencilla, de la formación del médico. Si intentamos primero tener una visión de conjunto de las variaciones que hemos visto, podemos observar que la naturaleza se comporta en la enfermedad de *tres* modos. Se mueve con mayor libertad allí donde ha conservado el poder sobre un aumento o una disminución de las *funciones* fisiológicas, sobre el ritmo, la dirección, la medida de la resorción, la secreción, el quimismo y el movimiento. Lo que hoy suele llamarse una alteración “funcional” — también un rasgo esencial de la *neurosis*— muestra el grado de libertad del suceso fisiológico que aún no aparece limitado y solidificado por la alteración orgánica de las estructuras. Es variable y restituible de un momento al otro —o sea *atemporalmente*—.

El *segundo nivel* de nuestra clasificación se alcanza allí donde la *estructura* llamada *orgánica*, que por lo general es también visible, ha entrado en lucha. Llamemos a este nivel el de las *biosis*. Los elementos celulares sufren transformaciones productivas, multiplicación y muerte, neoformación o reorganización. A la llamada enfermedad orgánica, que consiste en un comportamiento de la naturaleza a la vez fisiológico y anatómico, le corresponde una lentitud mucho mayor. Ella no surge ni desaparece en un instante, y su producción sólo es posible dentro del marco de ciertas leyes temporales de los hechos estructurales. La alteración orgánica, si bien no es definitiva, se encuentra ligada a lo *temporal* y está por lo tanto más emparentada con lo inexorable de la existencia inorgánica que la alteración funcional; esta última, con su carácter cuasi-moral, linda con la atemporalidad, como lo ha mostrado particularmente la *neurosis*.

En el tercer nivel se cruza el límite del suceso orgánico: se ha alcanzado el ámbito de las transformaciones definitivas, que tal vez podemos reunir de la mejor manera bajo el nombre de *esclerosis*. Señala en dirección a la muerte, con su carácter irrevocable y unidireccional. Lo *histórico* de la enfermedad ingresa, con lo definitivito de la transformación, en la realidad, en un lugar determinado e inamovible.

Así, tenemos que ordenar según el tiempo las tres formas del comportamiento natural de la enfermedad. Un comportamiento atemporal, temporal o histórico. También tenemos que poder representar estos niveles *tópicamente*, dado que el tiempo se representa en el espacio. El comportamiento que hemos descrito como alteración funcional y que se puede comprender como un desplazamiento de energía debido a una crisis, ha surgido, en verdad, en el mundo de los vínculos. No se lo puede comprender a partir del individuo aislado, como si se lo pudiera abstraer de la vida en común. El espacio de la enfermedad social es también aquel en el que la alteración funcional surge primero.

El suceso de la enfermedad orgánica, en cambio, está completamente circunscripto al espacio que delimita nuestra piel y que fuerza al yo a manifestar su naturaleza. Este es el comportamiento individual en la enfermedad. Pero entendimos que no se lo podría comprender sin tener en cuenta la subjetividad, como si estuviera en un espacio biológico cualquiera. En última instancia, la esclerosis, el suceso natural que conduce hacia la muerte, se cumple donde sea que esté; sería indistinto que el enfermo se trasladara con ella a otra comunidad o a otro clima; nada cambiaría si él pudiera modificar su individualidad: llevaría consigo, invariablemente, esta existencia hacia la muerte, esto que sucede en el espacio permanecería con *él* y, así, se mantendría inamovible.

Con estos órdenes naturales del tiempo y del espacio el tema social y el psicológico son llevados de nuevo, por fuerza, hacia el concepto médico de una naturaleza y, con ello, hacia el objetivo médico. Las transgresiones de los límites se notan con más claridad y pueden ser combatidas de manera más efectiva. Puede desarrollarse un instrumento crítico. Pero la educación sería mejor que la crítica, la profilaxis es mejor que la terapia. Si son correctos, estos órdenes deben probar su eficacia en la construcción de la *educación* médica. También ellos deben estar entonces ordenados en tiempo y espacio.

Al inicio de una formación médica debe estar el aprendizaje de las ciencias; en el medio, un encuentro junto a la cabecera del pa-

ciente; al final, la transformación, a través de esta primera experiencia, del primer saber en un segundo saber, que debe poder aprobar también un examen, en tanto no es un saber solamente aprendido, sino también adquirido. Deberíamos colocar entonces la formación práctica en el medio de dos etapas de aprendizaje.

El lugar de la primera etapa sólo puede ser la clase dictada en el aula, junto al laboratorio, junto a la clínica. El encuentro con el enfermo exige luego la dispersión del practicante en la sala de internación para la asistencia, la revisión y el tratamiento de los pacientes. Debe tener a su disposición todos los enfermos que haya. Luego, esta primera experiencia junto a la cabecera del enfermo debe ser llevada de vuelta al lugar de la investigación y de la teoría, para poder elevarse a la consciencia completa de un segundo saber, es decir de una ciencia. Ahora, a la clase dictada en el aula, puede agregarse el seminario, al monólogo de la lección, el diálogo de la enseñanza. Conceptos sabidos tienen que elevarse hasta un conocimiento capaz, hasta la consciencia de los principios, de las ideas.

Si se logra este preludeo del trabajo médico, entonces la formación ha logrado todo lo que es capaz de lograr un preludeo para la obra principal, que es la que sigue. Si este camino desde el primer saber hasta un segundo saber, a través de una primera experiencia, constituye un retorno a la naturaleza, entonces también puede despertar la naturaleza en el futuro médico. Porque sólo cuando la naturaleza *en él* sea tocada, contagiada, conmovida, asustada, estremecida por la enfermedad; sólo cuando la enfermedad se transfiera sobre él, se continúe en él, sea reconducida a través de su consciencia hasta sí misma —recién ahí y recién en la medida en que esto ocurra, es posible que él logre superarla y que devenga en él: natura naturans.



# Índice

Prólogo .....	7
La influencia de Weizsäcker en la Argentina.....	11
Naturaleza y Espíritu (memorias de un médico).....	31
La antilógica.....	59
Educación y ayuda (Hipócrates y Paracelso).....	69
El enfermo y el médico .....	89
Enfermos del cuerpo, del alma y del honor .....	115
Individualidad y subjetividad.....	127
La estructura neurótica en las enfermedades del estómago y del intestino.....	143
Lo antilógico .....	165
Medicina, clínica y psicoanálisis .....	197
Neurosis orgánicas del sistema nervioso.....	225
Percepción y verdad .....	231
Sobre la cuestión de la medicina “cristiana” .....	255
Cuestiones médicas. Lecciones sobre terapia general .....	269

Se terminó de imprimir en Impresiones Dunken  
Ayacucho 357 (C1025AAG) Buenos Aires  
Telefax: 4954-7700 / 4954-7300  
E-mail: [info@dunken.com.ar](mailto:info@dunken.com.ar)  
[www.dunken.com.ar](http://www.dunken.com.ar)  
Abril de 2023