

Dieter Wyss

## ¿LA BIOGRAFIA COMO DAR SENTIDO AL SINSENTIDO?

Dedicado a Hubertus Tellenbach en su septuagésimo aniversario,  
con amistad y admiración.

**Summary:** *A type of psychotherapy described as "anthropological integrative" is proposed here in which the determinist theories such as those of Freud are refuted. Life is postulated as a spontaneous stream of events in which man may participate by simply letting himself be carried by its current or by changing part of its course by historically controlling it. That is to say by giving specific meaning to his own life by means of the integration of his past in the creation of his future. Man is proposed as a being based upon four fundamental structures: his internal/external spaciality, his temporality, his responsibility, and his history in relation to his actions, his self image, as well as to his body and his emotionality.*

**Resumen:** *Se propone aquí una psicoterapia calificada como "antropológica-integrativa" en la que se rebate las teorías deterministas como las de Freud y se postula la vida como un caudal espontáneo de acontecimientos dentro del cual el hombre puede participar ya sea dejándose llevar por su afluencia, o bien, cambiando parte de su curso al tomarlo históricamente, esto es, dándole un sentido específico a su propia vida a través de la integración de su pasado en la creación de su futuro. Es decir, se propone al hombre como un ser basado en cuatro estructuras fundamentales: su espacialidad interna/externa, su temporalidad, la responsabilidad y la historia, en relación con sus acciones, con su autorepresentación, así como su cuerpo y su emocionalidad.*

Del torrente del acontecer, de la constante transformación de toda existencia sobresalen con-

tinuamente hombres, las llamadas personalidades, que ya desde Plutarco han dado motivo para la presentación de su historia vital, su biografía. Como las figuras sobre el fondo en la psicología de la gestalt, ellos se destacan sobre el trasfondo constantemente cambiante de su situación histórica, de su respectiva sociedad; unos aparecen como forjadores del futuro; otros, como conservadores del pasado. Como ejemplo de los primeros, forjadores del futuro, habría de recordarse a Napoleón y su legado, la revolución francesa, a quien, después de entre ocho y diez millones de muertos sobre los campos de batalla europeos, por lo menos se le debe el código Napoleón. El último que representó la conservación del pasado sería, por ejemplo, Luis XIV y el principio monárquico en proceso de entumecimiento. Se trata de personalidades, tal y como de ellas se ocupa la historiografía occidental desde Plutarco, que sobresalen cual peñascos o fragmentos del torrente del acontecer y éste se rompe en ellos pero el torrente del acontecer erosiona la roca con cada nueva ola. Son transformadores de la historia, pero a la vez la historia los transforma; ambos se encuentran implicados en un interjuego insoluble.

Dando un gran salto hacia el presente, recordemos por ejemplo las biografías de Stefan Zweig, como las de Balzac, Dostoyevski, Tolstoi, Fouché o María Antonieta, brillantes representaciones de la historia de estas personalidades, lo cual garantiza la unidad entre el narrador de la historia, el narrador de *historias*, el historiador y las personalidades por él presentadas. La ambigüedad propia de toda descripción histórica, la intersubjetividad entre la personalidad sobre la cual se escribe o informa y la

personalidad que la describe, define toda biografía desde Plutarco, tal y como lo ha acentuado Gadamer en sus estudios sobre hermenéutica, en los cuales elabora el principio dialógico de la descripción histórica.

El hombre que reflexiona más allá del presente inmediato, que responsablemente se rinde cuentas del pasado y anticipa así el futuro posible, que se pregunta sobre el por qué de esto y el para qué y el hacia dónde de aquello, adopta una actitud histórica, sobre todo si se considera que todos los acontecimientos que le incumben están ligados y son relativos a personas. La historia comienza con el preguntar, con la reflexión. El hombre desprovisto de historia, el individuo de los pueblos naturales y también el niño viven en el mejor de los casos, entregados a los cambios seculares del torrente del acontecer. Postulemos la tesis de que la historia es, en primer lugar, transformación que se refleja en la corriente secularmente repetitiva de la emocionalidad y la vivencia. En segundo lugar, es una pregunta sobre el de dónde y el hacia dónde; el tercer lugar, es principio dialógico. Ella llega a ser en la narración, la relación y la escritura, y en aquel proceso de lo denominado "historia" o "historicidad" que exige intersubjetividad y está fundamentado en ella.

No existe ningún observador extrahistórico-extratemporal que pudiese describir objetivamente la historia comparable así al científico natural que hace, continúa y repite a voluntad un experimento. Desde que el hombre empezó a preguntarse sobre el de dónde y hacia dónde, la historia ha sido interpretada: ya sea en la sucesión lineal de la concepción judeocristiana del mundo que se prolonga hasta Hegel y Marx en las imágenes del mundo ciclicómicas de Spengler o Toynbee, o en los intentos de Hempel y su escuela de concebir la historia —desesperada e inútilmente— según categorías científicas naturales. La historia es siempre interpretación en que el intérprete y lo interpretado se reflejan y se constituyen en la "historia". Recordemos la tesis de Theodor Lessing: "la historia como dar sentido al sin sentido". El sinsentido no es en Theodor Lessing, sin embargo, lo anarquicocástico, sino, según la concepción de Klages, la corriente alógica de imágenes que determina el ser y la existencia del hombre, y cuya interpretación como historia contiene respectivas construcciones intelectuales. Sin embargo, lo notable en estas interpretaciones de la historia es que no solo reflejan el estilo de vida y las condiciones sociales, sino que ejercen

su influjo sobre éstas en una relación de reciprocidad: recordemos la influencia de la concepción hegeliana de la historia sobre la filosofía prusiana del Estado y después sobre el fascismo, así como también sobre Marx y el comunismo.

¿Pero qué hay ahora de las biografías, de las historias vitales de pacientes en clínicas psiquiátricas o en la Medicina Interna en tanto no se han convertido todavía en datos computarizados de la investigación de "acontecimientos vitales" (life-event-research), desesperadamente enmarañada en la trampa de la vivencia subjetiva y creciente mente más desesperanzada? o se las ha de concebir más bien en el sentido de las exposiciones de Ludolf v. Krehls, quien hace más de 50 años explicó en su *Fisiología patológica* que el hombre no solo hace su historia vital, sino también sus enfermedades, para introducir así de manera ejemplar la biografía en la medicina interna y en la medicina general? Un ejemplo de ello lo dio pocos años después v. Weizsäcker en la descripción de una "angina psicógena", la cual adquirió significación en un determinado lugar y a un determinado tiempo dentro de la historia vital de una joven muchacha.

En vista de lo que acabamos de exponer, podemos ya decir que no existen biografías "objetivas" de pacientes. En la biografía ingresa más bien toda la subjetividad de la vivencia de quien la formula; ella se torna tanto más realista y convincente, cuanto más ingresa en su presentación, y sobre todo en el elemento lingüístico, la vivencia del oyente y observador. Eso concierne al curso vital global que se presenta, mas no así a determinados acontecimientos en el transcurso de la vida, comparables precisamente a aquellos fragmentos o peñascos sobre los que se rompe el torrente, a saber los hechos que como nacimiento, ingreso a la escuela, elección vocacional, finalización del estudio, etc. pueden ser registrados documentalmente, pero que solo son la más superficial precipitación del movimiento vital. En este contexto, recordemos las muy diversas concepciones biográficas de las diversas "escuelas de psicología profunda" —la biografía fue, a decir verdad, introducida por primera vez por Alfred Adler—, cuán diferentes se le presentaban los pacientes a un jungiano, un freudiano, neanalista o psicólogo individual, o a un terapeuta rogeriano, ¿si es que acaso a este último le interesa!

¿Qué significa empero "dar sentido al sin sentido"? Para indagar esta pregunta, definamos brevemente el concepto de lo "significativo": lo sin sentido (*das Sinnlose*) aparece primeramente como

caótico-anárquico, sobre todo en el transcurso de una enfermedad, y de ahí la pregunta de Ludolf v Krehls acerca de si lo sin sentido no tendría un "sentido" especial dentro de la historia vital. Aparece como negación, como destrucción, pero también como recolección de datos meramente superficial y "sin sentido" tal y como lo lleva a cabo la investigación de *life-events*. Frente a este absurdo, lo significativo (*das Sinnvolle*), sería lo lógico-transparente lo relativo al entendimiento y la razón en el sentido de Kant, lo translúcido de la posición que contiene un fin determinado, se presenta como finalidad y remite sobre todo a uno o varios nexos de fundamentación. En la mayoría de los casos, el destructivo proceso patológico se sustrae de lo significativo y el deseo de una descripción vital biográfica orientada en la psicología profunda es concebir lo absurdo de la historia del enfermo, en tanto historia del síntoma, como lo aparentemente significativo dentro de la trama total temporal. No se desea una explicación científico-natural, posiblemente causal, sino una trama de la comprensión, tal y como lo postuló Dilthey para las ciencias del espíritu. La ya expuesta ficción de una biografía "objetiva" es acrecentada aún más considerablemente por la variabilidad de los tratamientos diferentes de la psicología profunda. En tanto que esta variabilidad implica la relación del enfermo con su médico, con las más importantes personas primarias de su espacio vital, con su orientación; su relación con el orden, con la historicidad en el sentido propio de responsabilidad, con la vinculación y separación en el transcurso del tiempo; su relación con su rendimiento, su proyectarse en la profesión y el trabajo y, no en última instancia, su relación con su emocionalidad y sensualidad. El proyecto de hombre en estas cuatro estructuras fundamentales, que encontraremos nuevamente al final de esta exposición, es siempre interaccional-intersubjetivo: ¿Que terapeuta desea acaso saber cómo se presenta el padre del paciente "objetivamente", si tiene en cuenta su descripción al inicio del tratamiento, durante su transcurso y hacia el final? Todo ello implica nada menos que las exposiciones del narrador en relación con las estructuras fundamentales que acabamos de mencionar de la espacialidad, la temporalidad, la relación del enfermo con el rendimiento o su cuerpo: ellas están sometidas a la más grande flexibilidad, fluctuación y oscilación entre la presentación y el sujeto representador (vease Wyss, 1982).

En este contexto, es la importancia histórica de

Freud el que, por primera vez, frente a una psiquiatría casi exclusivamente orientada a factores constitucionales, haya podido ver síntomas patológicos aparentemente absurdos, tales como los de la llamada histeria, de la enfermedad obsesivo-compulsiva o de angustia, dentro de un nexo de fundamentación que implica conflictos. En primera línea, conflictos entre el deseo sexual, su prohibición y la realidad; un conflicto básico que como nexo de fundamentación pareció hacer comprensibles síntomas sin sentido, especialmente sobre el trasfondo de una historia vital o infantil. Como empero se presentan en Freud la historia y la biografía, es ejemplificado por la famosa historia clínica del hombre de los lobos, de quien existe una catamnesis de casi 50 años. El hombre de los lobos, quien sufría de estados depresivos y fenómenos obsesivos, síntomas que no fueron especificados más detalladamente por Freud, consultó a éste después de inútiles intentos de un tratamiento psiquiátrico con Kraepelin, Ziehen y otras figuras, pero no pudo ser tomado en terapia de manera inmediata. Permaneció durante un tiempo en un sanatorio en las cercanías de Viena, allí leyó, según su propio informe, las obras de Freud, se entusiasmó por ellas y al iniciarse el tratamiento estaba ya enteramente familiarizado con su contenido. Muy probablemente conocía también la "teoría de los sueños". Sobre la actitud de Freud hacia él al inicio del tratamiento, el paciente escribe en su autobiografía escrita después de la terapia.

"Hablábamos sobre lo difícil que es para una persona sana aceptar los principios de las enseñanzas de Freud, ya que ellas hieren su vanidad. Esto es diferente para el neurótico que, en primer lugar, ha experimentado en su propia persona la fuerza y los fines de sus impulsos inconscientes y, en segundo lugar, al someterse a la terapia analítica, ha reconocido su incapacidad de manejarse sin ayuda" (Gardiner 1972, p. 140).

Parece haber resultado entonces la constelación ideal para una cura psicoanalítica, pues el paciente no era sólo paciente, sino también discípulo de Freud.

Freud denomina a esta historia clínica la "historia de una neurosis infantil" de manera expresa, pues no entra en los malestares actuales del paciente, ni en la historia vital que lo condujo a él. Esos malestares se vuelven claros tan sólo a partir de las observaciones catamnésticas de los otros terapeutas posteriores. La biografía del paciente propiamente dicha abarca apenas dos páginas del análisis de la "neurosis infantil" que tiene alrededor de 160 pá-

ginas de extension. Su contenido, que aquí solo puede ser insinuado, representa en lo esencial una ejemplificación de la teoría psicoanalítica. Se relata que hasta el tercer año de vida el paciente había sido un niño de buenos modales y acomodadizo que súbitamente se transformó y volvió agresivo, desarrolló entonces estados de angustia, una zoofobia y más tarde síntomas obsesivos, más o menos a partir del quinto año de vida. Llegamos a saber de los incidentes que ya nos son conocidos: el paciente cree acordarse con exactitud y detalles haber observado el coito parental a la edad de un año y medio, y después incluso a la edad de nueve meses (!) De la "escena primitiva" fueron deducidos lógicamente dentro de un nexo de fundamentación todos los siguientes males, es decir los síntomas. Fue además "seducido" por su hermana; es decir, ella manipuló brevemente sus genitales —a esto se le llama ahora "juego de doctor"—. El paciente intento hacer algo parecido en presencia de su niñera, infructuosamente, pues ella le advirtió: si lo hiciera, aparecería allí una herida. La enfermedad de angustia resulta condicionado de un complejo de Edipo doble. Nexo de fundamentación: masivas angustias de castración, actitud masoquista frente al padre que aparece como lobo erguido en la reproducción de un cuadro de cuentos que le provoca temor—, pero también puede demostrarse una fijación incestuosa "normal" a la madre. En el quinto año de vida, el problema remata en una enfermedad obsesivo-compulsiva al introducir en ella el paciente relatos sobre la pasión de Cristo y el problema de la culpa y la redención. Dios-Padre, a quien el ligaba obsesivamente con la idea de "cerdo", representaba al propio padre... etc. Sin entrar en detalles, al final de sus exposiciones Freud llegó a la convicción de que, dejando aparte los componentes sadomasoquistas y erótico-anales del paciente, se trataba también de una grave neurosis narcisista. De la historia clínica de Freud no se desprende en qué medida ella misma responde a la comprensión evidencial de su autor, es decir Freud, o a la del paciente: pero la unidad entre paciente y terapeuta, entre discípulo y maestro, ha de haber sido tan profunda que la evidencia le fue a ambos "evidente". Aquí se hace claro que la historia clínica no es precisamente objetiva, sino que resulta de un encuentro intersubjetivo, y ha de deducirse a partir de una relación dialógica. Es, sin embargo, digno de mención que Freud, quien consideró finalizada la cura psicoanalítica, la retomó una vez más brevemente en 1920, pero el paciente

buscó desde entonces recidivamente hasta el final de los años sesentas diferentes terapeutas, entre ellos a figuras psicoanalíticas tales como la señora Dra. Brunswick, la señora Gardiner y muchos otros más. De manera totalmente incidental se hace saber que la esposa del paciente cometió suicidio en 1938, que él vivía con su madre y su esposa, que hasta la muerte de su madre había compartido la vivienda con ella durante casi 20 años, que tenía relaciones con mujeres fugaces y siempre problemáticas.

¿De qué clase de nexos de fundamentación se trata en esta historia clínica? ¿Qué clase de "sentido" encontramos? Son nexos de fundamentación que, en lo esencial, suceden en la esfera de lo pulsional; aquí, atracción; allá, expulsión o angustia; nunca se refieren a la historia como cambios, como imbricación de un acontecer biológico-emocional, del cual se desprende la historicidad propiamente dicha —tal y como se expondrá más adelante. Si creemos las exposiciones de Freud, estas atracciones y expulsiones se llevan a cabo esencialmente en la fantasía del niño. En la realidad, no sería posible practicar el acto sexual con la madre, ni mucho menos entregarse homosexualmente al padre. Aquí se hace visible un hecho antropológico desatendido por Freud, una ruptura del hombre en comparación con sus antecesores animales, en los que esta discrepancia entre fantasías y la imposibilidad de realizarlas, en virtud de una maduración biológicamente deficiente, no existe. Para el animal, incluso para antropoides superiores, no existirán problemas de esta naturaleza. En el mundo de la temprana infancia se hace visible entonces por lo menos una deficiencia a la que Lacan, por ejemplo, pero también este autor dentro de su concepción, aunque desde un punto de vista diferente, le han adjudicado una importancia fundamental para el proyecto humano. Esta discrepancia entre fantasía y realidad hace imposible vivir el "principio del placer"; el hedonismo de la temprana infancia fracasa en la realidad. Primero en esta, después en las "prohibiciones" socialmente condicionadas. Esta carencia, esta discrepancia es posiblemente una de las premisas antropológicas de la historicidad del hombre en general —Freud se detiene, sin embargo, en el mero cambio biológico—.

Más allá de ello, este nexo de fundamentación nos muestra que en esta concepción el hombre está expuesto ciegamente a sus pulsiones, es determinado por ellas incluso para todo el futuro venidero. Conflicto histórico-vitales posteriores, tal y como

ellos representan el "pan" cotidiano de la práctica psiquiátrica-psicoterapéutica, son para Freud irrelevantes en última instancia, ya que ellos —tal como lo acentúa continuamente— solo repiten los conflictos de la más temprana infancia. También en esta "Historia de una neurosis infantil" expone claramente su punto de vista:

"Afirmo que el influjo de la infancia se hace sentir ya en la situación inicial de la formación de la neurosis, en tanto que determina de manera decisiva si y en qué momento el individuo fracasará en la superación de los problemas reales de la vida" (Freud 1955, p. 83).

La pregunta con que empezaron los presentes argumentos, si una historia vital es significativa o está desprovista de sentido, o si es dar sentido al sinsentido, no es necesaria en la concepción de Freud, pues el hombre esta expuesto precisamente a las vicisitudes de las pulsiones, a los mitos propiamente dichos que determinan nuestra vida, según escribe Freud. Los impulsos, las discrepancias entre fantasía y realidad entregan los nexos de fundamentación de cambios, pero no de la historicidad del hombre. La religión, la moral y las orientaciones tienen para Freud, en verdad, un carácter enteramente necesario, pero siempre esta presente el saborcillo de un mal necesario que, frente a toda idea orientadora, en especial frente a todo concepto de responsabilidad, está adherido a toda concepción filosófica. La historia vital es finalmente innecesaria si es reducida a la temprana historia del niño. La historia infantil, sin embargo, finaliza con el tercer, a lo sumo con el quinto año de edad. Digamos con toda claridad que el determinismo de Freud va aún más lejos: en sus trabajos posteriores expone que su concepción de la pulsión se disolverá un día en la endocrinología, sólo que ésta no ofrece todavía los instrumentos necesarios para tal definición de la pulsión. En verdad, el hombre es en esta concepción ahistórico —y no es casual que Freud se haya declarado toda su vida partidario del darwinismo y de la teoría de la evolución. Los significativos nexos de fundamentación que Freud ofrece por lo menos hasta la introducción de la pulsión de muerte, son significativos en tanto que acontecer conflictivo, pero éste es ahistórico, biológico-emocional, predeterminado ya desde la temprana infancia. La introducción de la pulsión de muerte, con la cual Freud hace ingresar en su sistema la negación radical y que para Lacan y otros hegelianos dentro del sistema freudiano representa una fascinación, implica sin embargo, si proseguir

mos la reflexión consecuentemente, la absoluta carencia de sentido, incluso del "significativo acontecer pulsional": es tan sólo un rodeo hacia la muerte y no, como en Empédocles, una lucha creativa entre dos fuerzas primitivas que condiciona la vida.

Se debe preguntar para qué entonces la descripción de la vida. ¿Por qué habrían de ser vinculantes las palabras de V. Krehls o paradigmáticas las investigaciones de V. Weizsäcker? Porque —sin ignorar la importancia histórica de Freud en la historia de la medicina y la psiquiatría— los nexos históricos de fundamentación que impliquen la personal del hombre no se agotan en la descripción o postulación hipotética de formaciones transaccionales causalítico-finalistas, las cuales reproducen como historia del síntoma la "eterna repetición" del conflicto entre realidad y pulsión o fantasía. Es un mundo de meros, cambios del hombre, de la persona humana, aparte de la historia de la familia, los grupos, los estados o los pueblos. Estas concepciones de Freud se manifiestan en las preguntas rayanas en lo absurdo del catálogo de objetivos de aprendizaje de la psicología médica o medicina psicosomática, en que "mecanismos de defensa" o "instancias" son pedidos y han de ser "sabidos" como objetos, de igual manera en que contextos fisicoquímicos adornados cual ciencia natural son presentados como conocimiento fáctico al estudiante de medicina. Implican absurdidades tales como que la úlcera péptica es consecuencia de la fijación preedípica a la madre con correspondencia somática (Bauer *et al.* 1980). En resumen, la biografía es en Freud dar sentido al sinsentido —al cambio, por ejemplo de una enfermedad— mediante la reducción a hipótesis pulsionales biológicas como nexo de fundamentación. Si ahora entre los discípulos de Freud se escucha la enseñanza de que el hombre se torna histórico, es decir, se vuelve un ser autorresponsable tan sólo después de la superación de las compulsiones a repetir pulsionalmente condicionadas, no existe en Freud —con objeción— ninguna formulación clara sobre este desarrollo. Verdad es que para la concepción aquí defendida el hombre es desde su inicio histórico: descubre su mundo primeramente por la confianza manifestada hacia el mundo y sus personas primarias —en Freud la primera reacción del niño recién nacido ante el mundo es odio, agresión— y desde un inicio está uncido a un espacio histórico referencial, es "llamado" a la historicidad, pues desde los más tempranos instantes desarrolla autorrespon-

sabilidad (véase Wyss, 1970).

Cómo se representa la historicidad del enfermo en la *praxis* cotidiana, no reduciéndola a las constataciones de la primera infancia que se han de repetir siempre (¿quién no recuerda aquí la famosa expresión de Kraus: los psicoanalistas buscan los huevos de pascua que ellos mismos escondieron?) sino más bien reflejando lo alógico-sin fin, el enmarñamiento del proyecto, el fracaso, el recomienzo, los encuentros casuales los sucesos trágicos, los desarrollos, las rupturas, los fenómenos de ascenso y caída, todo ello podrá verse en las tres historias clínicas siguientes:

#### PACIENTE A

Hombre de 46 años, altura media, delgado, con ropa deportiva elegante. Expresión facial gruñona. Al principio desconfiado-exigente, pero luego muy abierto, diferenciado en la representación de su problemática. Da una impresión de vitalidad y dinamismo. Motivado a presentarse por el médico de cabecera a la observación psicogenética.

El paciente se queja de diarrea con sangre constantes por dos años, pero la ha sufrido poco a poco desde los seis años. No soportaba la harina de trigo. A los cinco años, tras una operación de apendicitis, sufrió de íleo, y por causa de ello fue operado trece veces. En 1968 tuvo pasaje a un *anus praeter*.

Por los dolores se le recetó Valeron. Poco tiempo después se volvió adicto. Además de Valeron, 3 ó 4 botellas al día, tomaba morfina, drogas, alcohol y cualquier otra cosa. Por un tiempo esto funcionó hasta que en 1976 sufrió una apoplejía. Aun en neurología disponía de todos estos medios. Se le explicó que debía terminar con ellos o que podía contar con nuevas apoplejías. Entonces se encerró en su casa por cuatro semanas en abstinencia. Posteriormente no volvió a tomar nada más. Del ataque de apoplejía quedaron ligeras fallas mnemónicas que pudo compensar bien.

El paciente es el segundo de tres hermanos. Un hermano es un año mayor que él, su hermana es ocho años más joven. El padre a los 72 años, y la madre a los 64, trabajaban en un taller de camiones, que el padre de la madre dirigía patriarcalmente. Luego de la escuela primaria el paciente aprendió el oficio en este taller, recibió luego el negocio, cuando había decaído, porque el abuelo solo lo reconoció a él. Del padre del paciente no esperaba mucho, y menos aún de su hijo alcohólico. El paciente, habiendo recibido la empresa, pidió créditos y la amplió con 50 operarios, e hizo fortuna en la construcción de carrocería. Por la tensión volvió a la droga. Después de su apoplejía, en 1977, se reveló que muchas veces había hecho negocios al margen de la ley por una suma de casi dos millones. Por ello estuvo en prisión 33 meses. Por su mal estado de salud, luego de cierto tiempo y de grandes esfuerzos, fue trasladado a una prisión muy libre, donde se hizo elegir como vocero de los prisioneros y obtuvo mucho reconocimiento. Durante ese tiempo estuvo completamente libre de síntomas. Difícil se le hizo, en cambio, cuando después, ya libre, trató de instalarse otra vez. En la práctica

no podía hacer nada sin testafarro, porque había prestado juramento. Los testafarros lo trataron repetidamente de la peor forma, sin que pudiera defenderse. Había notificado que dormiría en casa de sus padres, pero vivía en el apartamento que había comprado a su novia junto a dos *boutiques* y que estaban a su nombre, y vivía oficialmente gracias a donaciones de sus amigos. Sin embargo, tenía dinero suficiente para no hacer nada, pero no le satisfacía no ser nada ni nadie.

El paciente empezó una terapia individual psicoanalítica que no reveló nada sobre el origen de la colitis —salvo el comienzo de la escuela—; la “neurosis infantil” se movió en los cambios inespecíficos de la problemática del incesto, del conflicto entre necesidad de dependencia y de seguridad ahí, y de independencia allí, sin ningún tipo de trauma que dejara secuelas. Llamaron la atención ideas de grandeza e inclinación a actuar extremadamente unilateralmente —vivencia de superioridad—, con respecto a los problemas de aproximación a las mujeres y con respecto al carácter vital fuertemente extrovertido y amante de la confrontación.

Apoplejía, drogadicción, fracaso económico, repetidas operaciones con pronósticos internistas dudosos, todo esto representa históricamente una urdimbre alógica-sin fin que da sentido a lo más en grandes estructuraciones: motivación-frente a necesidad corporal de adicción y seguridad, regreso a la casa paterna después del total fracaso de la situación económica. Pérdida posterior de lazos de comunicación, sobreexplotación destructiva del propio cuerpo, conservando la capacidad de relación erótica “normal”. Luego el despertar de la voluntad de vivir, los esfuerzos por “superar el pasado” y convertirlo en “historicidad” lo llevan a buscar la terapia.

#### PACIENTE B

La paciente de 55 años de edad, de apariencia corpulenta, fue sometida a radioterapia en una clínica de mujeres a causa de un carcinoma cervical inoperable. Se logró cierta curación, con un pronóstico de éxito del 50%.

La paciente proviene de una familia de clase media, tenía un hermano mayor y otro menor, y existió cierta rivalidad tanto con el menor, que atraía las preferencias, como con el mayor. Siempre dependió en mucho de su padre, e informa haber tenido una juventud equilibrada y feliz que sólo fue nublada por las turbulencias de la Guerra y la Postguerra: arresto del padre, angustias consecuentes, larga enfermedad de la madre, reconstrucción dificultosa de la existencia en Alemania Oriental. La familia huyó al Oeste, donde la paciente contrajo matrimonio y vivió armónicamente hasta la muerte repentina de su marido, al que aun hoy “diviniza”. Del matrimonio nacieron tres hijos, con los cuales parece mantener buenas relaciones. El esposo murió hace ocho años, desde entonces la paciente trabaja como jefe de departamento en el ramo de la moda.

Al comienzo de los años 50 sufrió un período de mal humor depresivo; fue tratada brevemente con medicamentos. Durante la hospitalización se mostró “exaltada”: pintaba mucho, colgaba sus cuadros en la sala de pacientes, se ocupaba de los enfermos graves, ayudaba a las hermanas, dio la impresión de “hipomanía”.

Desde la muerte de su esposo dejó de tener relaciones íntimas.

Durante la hospitalización se le descubrió una sífilis terciaria, y esto, de acuerdo con las prescripciones de la clínica, hubo que comunicárselo. Cayó entonces en un estado depresivo severo, pues la infección sólo podía haber venido de su marido. Este, antes de su muerte, había visitado a Italia brevemente y durante su agonía le había hecho insinuaciones al respecto a la paciente, que no comprendió en aquel momento.

El desmoronamiento de la imagen del marido "divinizado", la confrontación con su propia enfermedad fueron elaborados durante las diligencias de psicoterapia rogeriana por varias semanas, la elaboración (superación, *Bewältigung*) se facilitó gracias a la inclinación muy positiva de la paciente hacia el médico de la clínica. Así también siguió recibiendo el tratamiento terapéutico al dársele de alta.

Durante aquella estancia curativa conoció a un hombre algo mayor que ella, con el que se desarrolló una relación amorosa. El hombre, divorciado, destacó su deseo de casarse, lo que fue recibido positivamente por la paciente, pero ésta decidió que vivieran juntos por unos "meses de prueba" antes de casarse otra vez. En vista del nuevo desarrollo se interrumpió la terapia. Al cabo de medio año la paciente informó que de ahí en adelante viviría con el nuevo compañero, en la misma casa, que tenía planes matrimoniales seguros y que consideraba "superados" el pasado y sus grandes dificultades.

#### PACIENTE C

Reunamos, en el caso de esta paciente, los más importantes acontecimientos vitales y síndromes mórbidos de una *endocarditis lenta*. Se trata de una mujer de 28 años, activa, diferente, inteligente, por sobre el promedio, con cierta inclinación a la representación dramática "actual" de la historia de su vida y su enfermedad.

1971: *Endocarditis lenta* con pleuritis, uretritis, y trombosis, insuficientemente tratada en el hospital a causa de una presumible alergia a la penicilina. (De aquí se derivaron severas crisis de autovaloración, el fracaso escolar y la falta de motivación. Vómitos regulares por la mañana. Sospecha de que el padre se inclina a otra mujer.

Los temores de los padres son experimentados como amenaza. El padre ruega perdón a la hija, arrodillado y llorando junto a su lecho de enferma).

1972: Sonda cardíaca en Ulm. Complicaciones con un colapso circulatorio e infección. Diagnóstico: insuficiencia mitral de tercer grado. (Durante el Bachillerato: ataque cardíaco severo. Frente al temor de los padres y manifestaciones de los médicos y enfermeras, ataques de angustia de muerte y aniquilación).

1972: Internamiento en la Clínica de la Universidad de Würzburg por aumentos de fiebre y síncopas. Diagnóstico: ligeras fallas cardíacas solamente, probablemente alergia a la penicilina (diagnóstico equivocado y casi con consecuencias mortales). (Vista de los parientes en Würzburg).

1972: Erlangen: nueva investigación con la sonda: todo indica que hay que operar. Se la clasifica como paciente delicada a causa de angina repetitiva. Primero una tonsilectomía, etc.

(Vivencia como paciente delicada, angustias de muerte. Estabilización psíquica primero, tras la operación. Cuando

la abandona el amigo, le sobreviene sentimientos de angustia y aniquilación, sentimientos de incapacidad de vivir. Pasa casi todo el año 1972 postrada o en clínicas).

1973: A causa de caquexia persistente y disturbios cardíacos, rehabilitación en Höhenried.

(El traslado de la familia a Würzburg no conlleva mejoría alguna).

1975: Policlínico médico de Würzburg. Ataques de fiebre sobre los 40 grados C. Las pruebas de alergia (penicilina) dan resultados negativos, y entonces se le aplican altas dosis de penicilina por primera vez (16 semanas, de julio a octubre, 5 semanas de octubre a noviembre).

(Examen intermedio en la escuela técnica. Incapacidad de obtener resultados. Sentimientos crecientes de fracaso total. Sobreprotección y temor de los padres, pero también de los médicos, refuerzan la angustia de muerte. ¡Los otros pacientes la ven como candidata a morir! ).

1975-1982: Resfríos enfermisos constantes, fallas circulatorias, ataques de angustia de aniquilación y de muerte. (Observación objetiva: corazón normal, buena circulación). Completo fracaso en el 1º y 2º examen de candidatura a la docencia. Las dolencias cardíacas y los ataques de angustia le impiden ganar los exámenes).

1982: Rehabilitación en un sanatorio del Lago de Constanza.

1983: Comienzo de la psicoterapia. (Vive con sus padres. Incapaz de trabajar, solicita rentas. "Enarenamiento ahistórico", "detención de devenir". Nada de superación, sin perspectiva del futuro. Crisis psicósomáticas sin evolución).

Sin interpretar por ahora estas historias clínicas —"darles sentido"—, señalemos, en el caso de la segunda, cuán sorprendente es que aquella mujer señalada ya posiblemente por la muerte, aún durante su enfermedad puede realizar un cambio vital positivo, al encontrarse con otro hombre, aunque poco antes ha estado expuesta a conmociones espirituales severas, cuando supo que su venerado esposo le había transmitido la sífilis. Dominó el "trauma". Durante el consejo de terapia rogeriana con el ginecólogo pudo informar repetidamente sobre esta experiencia, exponerla, distanciarse, para abandonarla luego a la corriente del devenir histórico y desarrollar poco a poco una nueva perspectiva del futuro. Es posible que le sirviera cierta constitución "hipomaníaca". Antes de la aparición del carcinoma cervical padeció también brevemente en la menopausia de un mal humor depresivo y su tratamiento correspondiente, de modo que, saliendo de una actitud de ánimo posiblemente anormal, no sólo compensó el estado de enfermedad sino también fue capaz de una nueva relación amorosa tres largos años de interrupción completa. Esta relación existe hoy sin interrupción ya por medio año, sin que la paciente haya recaído hasta ahora en el mal humor depresivo, así como tampoco los controles del carcinoma cervical dan motivo para suponer una recaída. Aquí son visibles las crisis corporales —menopausia, mal humor depresivo, carcinoma cervical— en el trasfondo de una tendencia ciclotímica. Se destaca el dominio de la confrontación con la muerte, la reapertura del futuro y de las perspectivas del futuro se consolida. El acontecer vital, la historia de la paciente, es completamente irracional, con la marca de la muerte del esposo al contagio sifilítico, la severa conmoción traumática al saberlo, el encuentro con otro hombre, etc. Su particular forma de superar la

crisis vital implica conceptos que no se pueden captar con las categorías de Freud: estos son los conceptos de historia y de *formadores de historia*. La paciente superó la detención de devenir de su existencia corporal, el simple cambio ahistórico.

Las cosas son distintas en la última paciente: un cuadro mórbido crónico de doce años que junto con una merma pasíquica severa, angustia, conflictos repetidos, fuerte lazo con el padre, confrontación con la muerte, severos daños iatrogénicos, fallas cardio-circulatorias variables de carácter orgánico, representa un conglomerado inextricable, una red compleja que es accesible a diferentes interpretaciones de sentido. La paciente se halla enarenada, sin dominio histórico de sus conflictos con permanencia dudosa en el espacio vital paterno, experimentado como seguro pero también como ambivalente en alto grado. Llamada a la historicidad, no puede ni siquiera con un médico entrar en el dominio dialógico de la historicidad como en el caso de la paciente B. Ha caído en la ahistoricidad, en el simple cambio, en la detención del devenir. Hace falta ahora un gran esfuerzo terapéutico para que no solo llegue a descomponer su "pasado sin dominar" sino también para que, a partir de ahí, despierte a la historicidad con el diálogo terapéutico.

Las tres historias clínicas y biográficas transmiten claramente el entrelazamiento de la casualidad afinal-alógica del acontecer vital aún en los proyectos planeados, el fracaso y la superación, la historia y la ahistoricidad, la más irracional coincidencia de circunstancias imprevisibles: la paciente sale aquí al contagio sifilítico a causa de su esposo, sufre una reacción depresiva que, sin embargo, domina. Ahí (paciente A) se entrelazan fatalmente la empresa económica floreciente, la motivación y la drogadicción, hasta el primer derrame. El paciente C, a su vez, los sucesos experimentados psíquicamente como aniquiladores cambian junto con transformaciones somáticas. Sin embargo, esta es la realidad de la historia, de la biografía —la cual no se deja reducir a la "historia de una neurosis infantil", al dominio de los cambios pulmonales puramente biológicos y sus fronteras frente a lo biográfico en general. Más bien se ve que la mayoría de los sucesos vitales y precisamente los más decisivos, no representan la repetición de experiencias infantiles, ni reproducen la discrepancia entre fantasía y realidad, sino que en la enfermedad el hombre experimenta la oportunidad de descubrir su historicidad, recapitular su pasado histórica respectivo, distanciarse de él, hacer nuevos proyectos, y el balance para tomar nuevas decisiones, — hacerse histórico dialógicamente en la conversación con el médico o a solas. La enfermedad no es sólo una avería —como hacen creer hoy los médicos a los pacientes— sino un "llamado" a la historicidad.

El hombre también es sin duda un ser biológico, pero es sobre todo un ser histórico, y no solamente lo es "sobre todo" sino también en primera línea. Llamado a la historia, trasciende lo biológico. El "insentido" como alogicidad irracional, como irracionalidad de las casualidades es immanente a toda historia vital y así también a la participación de la muerte en la vida en general que pone radicalmente en cuestión a todo ser vivo y lo hace arruinarse y desmoronarse en la enfermedad. Freud incluyó esto como negación de la vida misma en su concepción tardía del impulso de muerte. Este representa el sin sentido de lo "lleno de sentido" en el plano biológico, aun cuando no debiera

existir semejante "pulsión hacia la muerte".

El insentido se impone también como permanencia de la contradicción de lo que va contra la razón, de las decisiones vitales especialmente irracionales —quién no las conoce en su propia existencia? — permanencia del estar lanzado aquí y allá, de la ya mencionada increíble abundancia de casualidades alógicas, encuentros, decisiones que determinan un destino personal y que solo los artistas o los grandes biólogos pueden formar aproximadamente y captar. La existencia histórica del hombre —ya sea tipificada según afinidades familiares, ya sea que identifique afinidades constitucionales, ya sea que muestre constantes profesiones, ya sea que revele el ascenso o la decadencia— al final es y sigue siendo alógica e irracional, aun cuando no pueda girar y cambiar de rumbo.

Esta irracionalidad tiene dos lados: las conexiones fundamentales señaladas por Freud en lo pulsional-emocional, y las conexiones fundantes que permiten iluminar el devenir histórico del individuo, de una sociedad e incluso de un pueblo en las conexiones de comprensión diltheyanas las cuales, sin embargo, solo permiten captar limitadamente la alogicidad de las casualidades, "la irrupción de lo posible". La transparencia y logicidad de las verdades del entendimiento o de la razón, la dialéctica de Hegel, las conexiones fundantes de los esfuerzos positivistas científicos-naturales fracasan en la complejidad del flujo del acontecer, porque esta complejidad no representa una "suma de verosimilitudes" sino que es un rasgo esencial del curso temporal de la vida en general abierto hacia el futuro, su historicidad. "Dar sentido al insentido": en la concepción de la "psicoterapia antropológica-integrativa" representado por el autor y sus colaboradores, se esboza el hombre en las cuatro estructuras fundamentales de la espacialidad interna/externa, la temporalidad, la responsabilidad y la historia, en relación con sus acciones, con su autorepresentación, así como con su cuerpo y su emocionalidad. En el interior de estas categorías y de los "modos" ligados a ellas (el explorar, el analizar, el unir y desunir, etc.) que preexisten a toda fijación pulsional emocional y a toda construcción, puede captarse aproximativamente la dación de sentido (*Sinngebung*) como auténtica fundación de sentido (*Sinnstiftung*) de un destino vital y aun de la muerte y la aniquilación en el interior de este destino —el carcinoma cerebral de la paciente B. Pero también este acercamiento es aproximativo: de todas formas esta concepción implica la necesidad de que el hombre enfermo, al echar de ver su historicidad que va más allá de la transformabilidad de lo biológico y de la irracionalidad de curso de su vida, se vuelva histórico solo dialógicamente al dar sentido a su vida hablando con el médico. En este dar sentido acontece la existencia histórica de lo humano: en el diálogo, transformar el acontecer de la vida en acontecimiento histórico es el fin principal de un esfuerzo terapéutico, es trascender lo cambiante biológico hacia la historicidad. Este trascender hacia la historicidad, en la concepción de Tellenbach —basada en Heidegger— es un descubrir, un descubrir aquí específico de la historicidad como dar sentido, no un simple descubrir: "la esencia de la verdad, la *veritas transcendentalis* de Heidegger, es el ser descubierto, el ser llevado a la luz desde lo oculto. La verdad —sea una verdad descubierta científica, artística o religiosamente— pertenece siempre al dominio del 'sentido'. Un sentido puede ser descubierto, liberado y repre-



sentado, pero no puede ser "inventado" (Tellenbach 1983, p. 195).

*Trad. Henning Jensen y  
Rafael Angel Herra*

#### BIBLIOGRAFIA

Bauer, M. et al., *Psychiatrie - Psychosomatik, Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme 1980 (3a. ed.).

Freud, S., *Gesammelte Werke*, Band 12. Londres: Imago 1955.

Gardiner, M. (Ed.), *The wolf-man and Sigmund Freud*. Londry: es Hogarth 1972

Lacan, J.: *Schriften I-III*. Olten, Friburgo: Walter 1973-1980.

Lessing, Th., *Geschichte als Sinngebung des Sinnlosen*.

Darmstadt: Rutten & Loening 1961.

Tellenbach, H., *Melancholie*. Berlin, Heidelberg, Nueva York, Tokio: Springer 1983 (4a. ed.).

Wyss, D., *Strukturen der Moral. Untersuchungen zur Anthropologie und Genealogie moralischer Verhaltensweisen*. Gottinga: Vandenhoeck & Ruprecht 1970 (2a. ed.).

, *Beziehung und Gestalt. Entwurf einer anthropologischen Psychologie und Psychopathologie*. Gottinga: Vandenhoeck & Ruprecht 1973.

, *Mitteilung und Antwort. Untersuchungen zur Biologie, Psychologie und Psychopathologie von Kommunikation*. Gottinga: Vandenhoeck & Ruprecht 1976.

, *Der Kranke als Partner. Lehrbuch der anthropologisch-integrativen Psychotherapie*. 2 tomos. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1982.