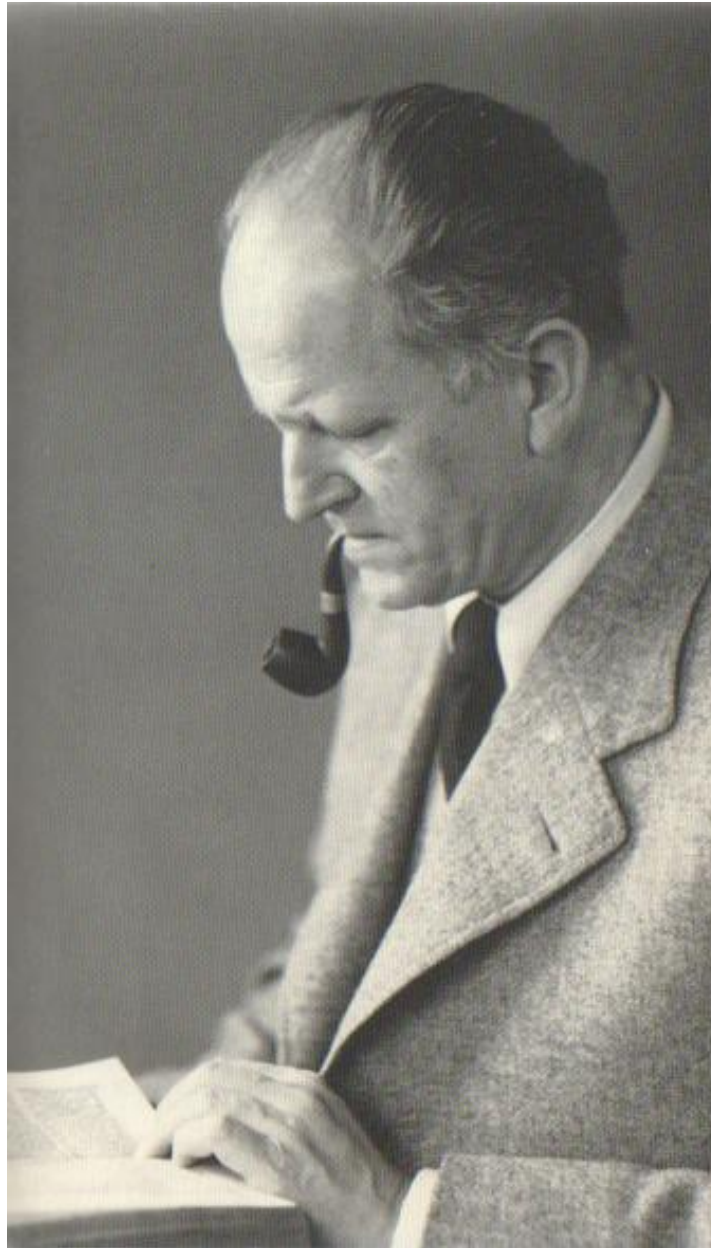




“Algunas ideas de Viktor von Weizsäcker acerca de la actitud médica”

Dorrit Busch (*Coordinadora*)
María Adamo
Sarina Tellas

-Fundación Luis Chiozza-

11 de octubre de 2002

El objetivo de este trabajo es desarrollar y elaborar algunas ideas de Viktor von Weizsäcker sobre la actitud médica, lo cual nos lleva a incluir también algunos de sus conceptos acerca de la Antropología Médica y la salud, la enfermedad y el tratamiento.

Para enriquecer nuestra comprensión del tema, plantearemos una serie de relaciones entre algunos conceptos de este autor y algunas ideas correspondientes a la obra de Luis Chiozza.

Acerca de la Antropología Médica

*“La esencia del ser humano y la ciencia parecen ser tan inconciliables entre sí, que tememos vernos obligados a elegir entre ambos” * (Weizsäcker, 1946, pág. 51).*

En su constante búsqueda de una nueva manera de aproximarse a la comprensión del hombre enfermo, Weizsäcker (1952) desarrolla la teoría de la “Antropología Médica”, cuyo punto central gira en torno a la convicción de que “(...) lo humano ha de entenderse humanamente, es decir, a través del encuentro humano” (pág. 517-518).

Se trata de construir una teoría general del hombre enfermo (Weizsäcker, 1951a), “una enseñanza acerca del ser humano”* (Weizsäcker, 1956, pág. 6), 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.

Weizsäcker comenta acerca de la dificultad de encontrar un nombre convincente para su teoría y refiere que no está del todo conforme con la denominación “Antropología Médica”. En relación al término “Antropología”, el autor piensa que no son sólo seres humanos (*antropos*) los que enferman y que no se trata sólo de un proceso lógico (*logos*). Agrega que este vocablo, “(...) aunque característico, es en verdad demasiado acotado. Sin duda es mejor que no hayamos encontrado palabra alguna para designar algo que todavía debe formarse paulatinamente” (Weizsäcker, 1951a, pág. 2). Plantea el desarrollo de esta teoría como una meta a la que pretende acercarse y no como una disciplina o un cuerpo conceptual ya existente y establecido.

Considera el autor (Weizsäcker, 1951a, 1956) que no es posible comprender la esencia del ser humano si se sostienen restricciones prejuiciosas que impidan lograr una visión integradora. Por ello, la Antropología Médica no puede dejar de incluir los aspectos sociales, políticos, económicos, legales, éticos, etc., del hombre, no al modo de una sumatoria o de una descripción sucesiva, sino en un intento de integración.

Por otro lado, cuando Weizsäcker se refiere a la Medicina Antropológica alude a *una* de las formas de estudiar al hombre enfermo dentro de esta teoría general: la que surge precisamente de la actividad del médico¹.

Según Weizsäcker (1949), 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 no se limita entonces, como en épocas de Freud, a ciertas ramas de la

* Todas las citas de Weizsäcker que en el presente trabajo llevan asterisco, corresponden a traducciones del original en alemán realizadas por Dorrit Busch, María Adamo o Gabriela Adamo, que no están publicadas.

¹ También se puede estudiar al hombre enfermo, por ejemplo, desde disciplinas tales como la economía, la política, la religión, etc.

psiquiatría, a las histerias, las fobias y las neurosis obsesivas, sino que se extiende a la medicina en su conjunto.

Para el autor (Weizsäcker, 1949), 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 psicología y de una nueva fisiología. 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 se lo haya malentendido y falsificado, cuando en realidad radica en él la potencia científica para construir una psicósomática.

Chiozza (1970a, 1976b [1971]) señala que ningún autor psicoanalítico, incluyendo al mismo Freud, sostiene explícitamente, como lo hace Weizsäcker, que no sólo todo lo psíquico posee un correlato corporal, sino que todo lo corporal - incluyendo forma, función, trastorno y desarrollo - posee un sentido psicológico y se arraiga en la biografía del sujeto. Agrega que Weizsäcker desarrolla estas ideas retomando una línea de pensamiento elaborada previamente por Groddeck, quien sostiene que el “ello” es una capacidad generadora de símbolos, dentro de los cuales se encuentra toda enfermedad, incluyendo la enfermedad orgánica.

Creemos que Weizsäcker pudo resistir la tentación de someterse a un modo de pensar científico, propio de su época, que él no compartía. Pareciera que éste fue también uno de los motivos² que lo llevara a sentirse solo e incomprendido a lo largo de su difícil tarea de investigación.

En este sentido, nos resulta significativo lo que escribe a edad avanzada en la introducción a la segunda parte de la *Patosofía* (Weizsäcker, 1956, pág. 87): “En el momento en que comienzo con este proyecto para una teoría general de la enfermedad, se me ocurren más pensamientos perturbadores y de advertencia que imágenes claras y delimitadas que, como ángeles personificados, deberían avanzar delante de aquél a quien le ha sido concedida la gracia de un descubrimiento genial. Conozco bien esa vivencia, similar a la frescura de la mañana, que se tiene al pisar un terreno de investigación que aún está intocado; pero no tengo la impresión de disponer de un vehículo de transporte que nadie haya tenido antes. De manera que se trata sólo de la dirección de mi viaje, que ya desde mi juventud estaba establecida de modo tal, que no tengo ni elección ni libertad para modificarla. La dirección a la que me refiero no puede quedar aquí resumida en pocas palabras. Pero todas las consideraciones que puedo llegar a admitir se refieren a la forma de la exposición, los medios de la investigación, la decisión de la publicación y no al principio en sí mismo, que es: reconocer el sujeto en la enfermedad. En este punto la obligación es para mí inevitable y tengo conciencia de que se dirá que soy prejuicioso, personalmente inhibido, exagerado, etc. Sé que un pensamiento no adquiere certeza por el hecho de que alguien esté poseído por él, ni que una afirmación adquiere validez general, por el hecho de que algunas personas la repitan. Por el momento no será posible, por lo tanto, modificar en algo el angustioso estado de soledad y solamente resta hacer el intento de

² En relación a su dificultad de hacer escuela, es importante recordar que Weizsäcker participó en las dos guerras mundiales como médico de frontera, fue prisionero de guerra en ambas ocasiones y tres de sus cuatro hijos murieron en la segunda guerra mundial, durante la cual él perdió todas sus posesiones.

aclarar su motivo. También es cierto que este sentimiento es más fácil de soportar a edad avanzada e inclusive, ya ha representado desde siempre un intento para lograr una mayor autoestima y no solamente la depresión y la duda”³.

En el marco de la concepción antropológica, la medicina psicosomática³ que Weizsäcker (1949) propone abraza la convicción de que la enfermedad orgánica es una forma de expresión de la condición humana, que involucra nuestra participación activa. En otros términos, no sólo padecemos nuestras enfermedades, sino que también las hacemos (Weizsäcker, 1947). Desde este punto de vista, no se trata de evaluar estadísticamente cómo influyen distintas circunstancias “psíquicas” en la evolución de, por ejemplo, la tuberculosis, sino de comprender cómo se expresan y materializan en el proceso tuberculoso conflictos externos e internos -que, según el autor, son inseparables- y cómo surgen a partir de allí nuevos pensamientos y sentimientos.

Resulta claro para el autor que cuando la psicoterapia de las enfermedades orgánicas se desarrolla exitosamente, aparecen nuevos conflictos que eran precisamente aquellos que la enfermedad estaba reemplazando y frente a los cuales el enfermo había huido, en un primer momento, refugiándose en la enfermedad. Muchas veces esto genera rechazo en el paciente mismo o en su entorno porque implica una rebelión contra el orden establecido. Weizsäcker (1949, pág. 461) afirma: “La medicina psicosomática correctamente entendida tiene un carácter revolucionario”.

Agrega que los intentos de buscar la causa o el origen de la enfermedad son “hojas de parra” (Weizsäcker, 1949, pág. 459) que el ser humano utiliza para ocultar la amarga vergüenza que le despierta la lucha por el sentido de la vida, fingiendo así que se trata de una circunstancia objetiva. Se incurre en una disociación psicofísica según la cual sólo el cuerpo o sólo el alma están enfermos, destruyendo entonces la unidad de la medicina. Sucede que, por ejemplo, en lugar de aspectos de “la vida no vivida”⁴ en el amor, la reproducción o el trabajo aparece un síntoma corporal.

El autor sostiene que la enfermedad no es “un factor estúpido” (Weizsäcker, 1951a, pág. 97), sino que contiene una astucia y se revela como un hecho inteligente que tiene un sentido. Así, en lugar de pensar que una alteración somática *causa* una alteración psíquica o que un conflicto psíquico *causa* una enfermedad somática, afirma que: “Lo anímico se expresa en un lenguaje corporal, lo corporal en uno anímico, esto no es causalidad” (Weizsäcker, 1949, pág. 459-460). Trasciende de este modo los conceptos de psicogenia y somatogenia y con ello introduce, además, la idea de que existe un dialecto o lenguaje de órgano mediante el cual el cuerpo interviene “a su manera y en su idioma en la conversación y realización, produciendo uno u otro destino o propósito humano”⁵ (Weizsäcker, 1948a, pág. 448).

³ Weizsäcker (1952) considera a la medicina psicosomática que él propone como un “inevitable paso en el camino hacia aquello que he designado –también de manera incompleta- como ‘medicina antropológica’” (pág. 517). En la práctica a menudo utiliza ambas designaciones como sinónimos.

⁴ Weizsäcker (1947) sostiene que “La vida no vivida es la fuerza que impulsa la vida hacia sí, y esto quiere decir más allá de sí” (pág. 161). Dice también que “activo” es “lo no vivido y lo no sucedido; por lo tanto, lo que faltaba, lo que no fue logrado, sino sólo esperado, anhelado, barruntado o deseado” (Ibíd. pág. XXIX).

El médico intentará entonces descubrir qué es lo que este lenguaje significa: “El asunto es aquí descifrar el lenguaje de órgano; la tarea difícil, pero posible, es su traducción a un idioma que sea comprensible para el alma”* (Weizsäcker, 1949, pág. 458). Es con este espíritu que Weizsäcker (1951a) dice que el médico es como el “traductor de una poesía que descubre que sólo al traducirla comprende su verdadero sentido” (pág. 268).

Basándose en Freud, Groddeck y Weizsäcker, Chiozza (1970a, 1991b [1989]) desarrolla y elabora el concepto de “lenguaje de órgano”. Escribe que éste es tan universal como los símbolos que se conservan en los mitos, en los sueños, en el arte o en los usos de una lengua. Refiere, además, que “las zonas erógenas constituyen una fuente, cualitativamente diferenciada, cuyo corolario ‘mental’, la fantasía específica, configura la matriz de lo que habitualmente denominamos lenguaje” (Chiozza, 1970/, pág. 97). El autor sostiene entonces que un órgano puede “hablar” a través de alteraciones somáticas perceptibles, sensaciones somáticas o investiduras de representaciones preconcientes (por ejemplo, los giros lingüísticos). Es decir que “(...) cuando se habla **del**⁵ órgano (objeto), pero, más aún, cuando se habla **con** el órgano (agente), **es el órgano (fuente) el que habla**” (Chiozza, 1991b [1989], pág. 314). El primer caso no constituye directamente un lenguaje de órgano, pero lo lleva implícito, porque una persona habla de un órgano cuando ese órgano “le habla”.

Según Chiozza, toda estructura o proceso corporal es, al mismo tiempo, una fantasía inconciente. Dice al respecto: “Aquí, y en los términos de Weizsäcker (1951) y Ortega (1930), el cuerpo expresa al alma. O, más aún (...) simboliza, representa o conmemora (Chiozza, 1971d) a la fantasía inconciente” (Chiozza, 1999c, pág. 40).

Paralelamente, desarrolla la teoría de la “doble organización del conocimiento en la conciencia” (1974a [1972], 1976d [1975]), que trasciende la idea de causalidad implícita en los pensamientos psico y somatogenéticos: “Los conceptos de psicogénesis y somatogénesis resultan tan obsoletos como la afirmación de que existen enfermedades realmente somáticas o psíquicas, ya que frente a un trastorno particular, el fenómeno somático se manifiesta cada vez que un modo particular de la atención registra en la conciencia del observador una alteración de la materia, mientras que el fenómeno psíquico se manifiesta cada vez que el observador obtiene una respuesta con respecto al sentido (...) psicológico de ese mismo fenómeno” (Chiozza, 1976d [1975], pág. 207-8). Según esta teoría, la realidad en sí misma es incognoscible como tal y catalogamos a un existente como psíquico o como somático de acuerdo a nuestro modo de organizar el conocimiento en la conciencia. Así, “las categorías que denominamos ‘soma’ y ‘psiquis’ derivan (...) de que nuestro conocimiento conciente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales” (Chiozza, 1997a [1986], pág. 43).

Si bien Weizsäcker no define expresamente esta idea, creemos que la misma se halla presente en el espíritu de toda su obra, como vemos, por ejemplo, a través de los siguientes pasajes.

Hablando de la comprensión de las enfermedades orgánicas desde la Antropología Médica, nos dice: “(...) no se trata de una visión psicosomática, es decir, doble, sino de

⁵ Los destacados de todas las citas del trabajo corresponden a los respectivos originales.

la más simple y profunda. De modo que no observamos solamente desde el punto de vista psíquico, psicobiográfico o biográfico, y, además, desde el punto de vista orgánico y científico natural, por consiguiente, dualísticamente, sino que llegamos a comprender el sentido de la enfermedad en la unión de ambos métodos” (Weizsäcker, 1951a, pág. 331).

Al relatar cómo intentó crear una nueva teoría general de las enfermedades, a través de la introducción de la psicología en la medicina interna, escribe: “Y con ello estaba pues de hecho superado el paralelismo de la serie de manifestaciones psíquicas y somáticas, en tanto éste se retrotraía a una *identidad* subyacente detrás de las paralelas, dado que el conflicto anímico no es otra cosa que la enfermedad del cuerpo como tal. Vemos cómo esta concepción de la identidad tuvo de entrada la victoria con respecto a la causalidad recíproca, ya que sólo el *modo de observar* separa dos series, que en esencia descansan sobre una identidad”* (Weizsäcker 1954, pág. 121-2).

En este mismo sentido, el autor nos habla del principio de “la puerta giratoria⁶”, que supone la idea de que el proceso corporal puede ser sustituido por el anímico, y viceversa. Agrega que, en la conciencia, lo corporal y lo anímico se ocultan recíprocamente, “(...) para ver a ambos hay que proceder de tal forma como si se invirtiera la mirada” (Weizsäcker, 1947, pág. XXV).

Retomando el estudio que hace Weizsäcker (1946) de la percepción y el movimiento, Chiozza (1997a [1986]) relaciona estas con la teoría de la doble organización del conocimiento en la conciencia. Nos dice así que, según Weizsäcker, percepción y movimiento constituyen todo acto biológico, ya que se implican mutuamente: “Para moverse es necesario percibir, y para percibir es necesario moverse. Pero ambas funciones *se excluyen, recíprocamente, de la conciencia*. Podría decirse que lo mismo que señala Weizsäcker ocurre con la interpretación del fenómeno biológico, en términos de materia o historia, de mecanismo o sentido” (pág. 69).

Ahora bien, sabemos que Chiozza (1976b [1971]) no sólo plantea que todo proceso corporal es al mismo tiempo una fantasía inconciente, sino que agrega que se trata de “(...) una fantasía inconciente propia y particular, **específica**, con respecto a esa estructura o proceso” (pág. 104).

A menudo nos hemos preguntado qué pensaba Weizsäcker acerca de la especificidad. Si bien, como dijimos, no formula definiciones precisas ni desarrolla una teoría al respecto, las alusiones explícitas al significado específico de los procesos corporales son frecuentes. Este tema está presente a lo largo de toda su obra y se refleja, sobre todo, en sus presentaciones de casos clínicos (Weizsäcker, 1947, 1951a).

Por ejemplo, el autor relaciona, a partir de diferentes pacientes, la ictericia con los celos y la envidia, agregando que la expresión popular “ponerse verde de envidia”⁷ no es casual, sino que evidentemente tiene un profundo sentido.

⁶ El concepto de “puerta giratoria” se relaciona estrechamente con el de “círculo de la forma”, que definimos en la nota 16.

⁷ La expresión alemana equivalente es, en su sentido literal, “la envidia amarilla”.

A raíz de un caso de asma, se pregunta qué significa este trastorno desde un punto de vista psicológico. Analizando la historia del paciente y basándose en las características de su patología orgánica, sostiene que esta enfermedad estaría representando una escena de gritos y llanto que, en lugar de desarrollarse normalmente, ha sido desplazada “más profundo”, al ámbito de la musculatura involuntaria, ocurriendo ahora en los pulmones del sujeto. Al concluir la presentación de este caso, nos dice: “Y por eso comprendemos ahora: el asma no sólo tiene una causa, sino también un sentido⁸”.

Una y otra vez el autor se plantea, con respecto a la enfermedad ¿por qué precisamente ahora?, ¿por qué precisamente aquí?, ¿por qué precisamente de esta manera? (Weizsäcker, 1947, 1950a). Buscando responder estas preguntas frente a un caso de nefritis, dice que va a relatar sus ocurrencias, dándole “rienda suelta a la fantasía” (Weizsäcker, 1951a, pág. 29). Plantea así que el paciente enferma precisamente de los riñones, porque éstos son los órganos de la excreción y que también la psiquis se comporta reteniendo lo que le es útil y desechando lo que no lo es. De manera que, si bien a menudo pareciera relativizar este tipo de ideas, aduciendo que son “fantasías” y que le faltan fundamentos científicos para sostenerlas⁹, es evidente que el tema de la especificidad está implícito en su forma de abordar los casos clínicos y de comprender a sus pacientes.

Hasta donde tenemos conocimiento, uno de los lugares donde el autor se pronuncia acerca de este tema más explícitamente es hacia el final de sus “Estudios sobre patogenia” (Weizsäcker 1935a). Allí escribe: “Una de estas preguntas es la que rodea la especificidad. ¿Las enfermedades parecidas a las mencionadas¹⁰ son expresión de contenidos específicos del alma o de valores espirituales bien definidos? Admiramos la valentía y el efecto estimulante de un intento como el de G. R. Heyer (1932), que se propuso seguir las pistas del sentido anímico de la circulación, la respiración y la digestión y trató de comprobarlas a través de las enfermedades. Este intento muestra, por lo menos, lo poco que hasta el momento hemos hecho en esa dirección. Hay algunos caminos que conducen a esa meta. No tenemos pretensiones tan altas con las observaciones transmitidas en este lugar; no son una teoría acerca del sentido de los órganos. Nos pareció más importante mostrar una manera especial de redactar los casos clínicos. Estas historias tienen el valor y toman el lugar que, en las ciencias naturales, poseían las observaciones experimentales o sistemáticas. Son el material de partida positivo desde el cual se puede establecer una gran cantidad de consecuencias y desprender nuevas preguntas”* (pág. 329).

Muy relacionado con estas ideas está el propósito de Weizsäcker de crear una terapia única, capaz de abarcar a todas las enfermedades. De esta manera, la tarea del médico ya no consistiría en dividir las diferentes enfermedades, separando, por ejemplo, las

⁸ “Zweck”: motivo, sentido (finalidad) (Langenscheidt, 1999).

⁹ Nos parece importante recordar que, en otro lugar, Weizsäcker (1947) destaca el valor del fantasear dentro del ámbito de la ciencia. Expresa en esta dirección: “Retengan en su mente que la fantasía no es menos valiosa que el pensar. Fracasamos en la vida si no mantenemos el derecho a fantasear. Es cierto que en nuestro mundo moderno (...) el fantasear ha llegado a ser una función despreciada; pero a pesar de todo la fantasía es necesaria” (pág. 35).

¹⁰ Weizsäcker se refiere a enfermedades “orgánicas” (infecciones, inflamaciones, diabetes insípida, angina tonsilar, etc.).

patologías orgánicas de las neurosis, sino en unificar todas ellas bajo una misma teoría. Agrega: "Para ello resulta especialmente difícil establecer un concepto abarcativo y global para la salud y la enfermedad, un método común para la psicoterapia y la somatoterapia, una fórmula unitaria para la relación entre enfermo y médico, entre gremio médico y corporación política. Sin embargo nosotros tenemos la aspiración de una medicina general"* (Weizsäcker, 1948b, pág. 279).

También Chiozza (1974a [1972]) manifiesta la necesidad de encontrar una teoría general que comprenda todos los actos médicos, dado que, en un sentido amplio, la medicina trasciende tanto a la "cirugía" como al "psicoanálisis". Aclara el autor que su intención es lograr una estructura conceptual que permita comprender en un mismo conjunto teórico aquellas formas de medicina que, tanto por sus fines como por sus medios de acción, son consideradas como psíquicas o como somáticas, pero que no pretende con esto confundir técnica quirúrgica con técnica psicoanalítica sino intentar sistematizar teóricamente lo que ambas tiene de común. Aplicando los conocimientos que se desprenden de los dos modos de percepción de la conciencia se lograría, según el autor, una teoría capaz de unificar estos diferentes aspectos de la medicina. Agrega que, en la medida en que esto suceda, surgirán inevitablemente nuevas formas de clasificar las enfermedades¹¹.

Weizsäcker (1935a) cuestiona el concepto de enfermedad que maneja la medicina tradicional. Sostiene que el hombre no es un ser acabado y que su equilibrio es siempre lábil: "Cuando hemos sanado, somos (...) nuevamente susceptibles de enfermar"* (pág. 280). Agrega que la vida que se desarrolla de una manera "aparentemente sana" y que llamamos "normal", no sería más que una ilusión, producto de "nuestra falta de sensibilidad" (Weizsäcker, 1956, pág. 7-8) para observar la línea de continuidad que existe entre los estados que se consideran patológicos y aquellos que no lo parecen, como, por ejemplo, "una barriga obesa, un diente enfermo, un estado de aburrimiento o de insatisfacción"* (ibid. pág. 8). En este sentido, Weizsäcker dice: "Pensar que la mayoría de los seres humanos somos sanos la mayor parte de nuestra vida y que sólo nos enfermamos de vez en cuando es una idea, por desgracia, por completo desacertada"* (pág. 7-8). Se pregunta entonces: "¿Qué cuerpo tiene una conformación impecable? ¿Qué constitución es tan inmune a los gérmenes como sería posible según las pruebas científicas? ¿Qué familia es libre de falencias hereditarias? ¿Qué biografía no habla de alguna enfermedad? ¿Qué vida anímica es libre de estados o rasgos neuróticos o patológicos?"* (pág. 8).

El autor también se propone revisar la concepción de "lo humano" que tiene la ciencia clásica y reformar los conceptos fundamentales en los que se basa la investigación científico natural. Se refiere a conceptos como los de tiempo, espacio, fuerza y número,

¹¹ En nuestro ámbito, Gustavo Chiozza ha comentado en algunas oportunidades que para la teoría psicoanalítica, *todo* síntoma es el producto de un conflicto inconciente, entendiendo por síntoma, por ejemplo, tanto el mal humor, como un divorcio o un trastorno corporal. Siguiendo esta idea, sostiene que el psicoanálisis constituiría una teoría unificada de la enfermedad y también de la terapia. En este sentido, habría una "terapia única", que consistiría en levantar represiones o hacer conciente lo inconciente (la responsabilidad de la interpretación de estos comentarios es nuestra).

que, según él (Weizsäcker 1951*b*), resultan inadecuados para comprender al ser humano, dado que éste es una subjetividad insondable ante la cual carecemos de patrones de medida objetivos. En la *Patosoffia* (Weizsäcker, 1956), retoma este tema y sostiene que “en el trato con la Naturaleza lo inanimado se vuelve animado”* (pág. 3) y, así, los seres vivos que eran tomados como objetos que poseen materia, efectúan movimientos, ejecutan funciones y valen como cosas, pueden ser comprendidos como maliciosos, delirantes, apasionados, irracionales y faltos de seriedad.

Estas ideas se relacionan con otro concepto que es central para poder comprender al hombre enfermo y que constituye, según Weizsäcker, el punto en el que comienza la tarea de una Antropología Médica. Se trata de la “introducción del sujeto en el objeto” (Weizsäcker, 1951*a*, 1956).

Para este autor (Weizsäcker 1956, pág. 2), “la introducción del sujeto en la medicina y en la patología demuestra que (...) cada persona debe valer como ser moral”* , señalando así que una verdadera actitud científica supone asumir un íntimo compromiso con los valores, deshacerse de principios absolutos y comprender lo humano en sus diferencias esenciales.

Es imposible entender lo humano “humanamente, es decir, a través del encuentro humano” (Weizsäcker, 1952, pág. 517-518), sin partir de la base de que el hombre no es un objeto de estudio, sino, ante todo, un sujeto, un ser vivo único que padece. Según nos dice, la introducción del sujeto en el objeto implica reconocer además que existe una *intencionalidad* implícita en todo proceso orgánico (Weizsäcker, 1951*a*).

Consideramos que Chiozza (1976*b* [1971]) se refiere a una idea similar cuando escribe: “(...) se trate de la cuestión en términos de fantasía inconciente, de idea, de psiquis, de interioridad o de impulsos, queda implícita la idea de un sujeto que ejercita la actividad, y ya que esta actividad puede ser ‘leída’, queda implícita también la capacidad de este sujeto de manifestarse a través de una ‘escritura’. Se trata de la existencia de un sujeto significativo inconciente cuyo lenguaje utiliza como medios tanto la palabra o el gesto, como el síntoma, el trastorno, la forma, la función o el desarrollo. Si me viera forzado a definir la totalidad del psicoanálisis con una sola frase elegiría la que acabo de expresar” (pág. 106).

Análogamente, podríamos decir que la introducción del sujeto en el objeto define el espíritu de la Antropología Médica.

Algunas ideas acerca de la actitud médica, la salud, la enfermedad y el tratamiento en la obra de Weizsäcker

“La meta última no consiste en la reparación, sino en el desarrollo del decurso vital y de la trayectoria escalonada del enfermo hacia su destino metafísico final, hacia el cual el médico, en tanto socrático, no puede indicar, empujar ni señalar. Porque él no es conductor, guía, ni sabio, sino médico, es decir, no es alguien que hace, sino alguien que posibilita. No se encuentra por encima de la decisión, sino junto con el enfermo dentro de la decisión” (Weizsäcker, 1927, pág. 192).

En su intento de comprender la situación fundante y la esencia misma del “ser médico” y del “estar enfermo”, Weizsäcker (1926b) describe una escena a la que denomina “escena primordial” (*Urszene*) que, según él, está contenida en la base de todas las enfermedades y también de todas las formas de terapia. En ella, el autor vincula el alivio del dolor que siente un niño pequeño con la caricia tierna que le hace la hermanita, mientras le toca allí donde le duele. “De este modo la pequeña samaritana se convierte en el primer médico (...). Porque esto es lo que experimentará el hermanito: la mano le hace bien. Entre él y el dolor se interpone la sensación de ‘ser-tocado’ (*Berührt-werdens*) por la mano de la hermanita y el dolor se retrae ante esta nueva sensación (...). Todo el ser médico está contenido aquí en la pequeña mano y todo el estar enfermo en aquello que duele”* (pág. 27). En este mismo sentido, Weizsäcker dice: “No es la cabeza, sino la mano, lo que hace al ser médico; no es mi dolor sino algo que duele lo que hace a mi enfermedad” (Ibíd. pág. 27). El acto de curar consiste entonces en el contacto entre dos personas.

Weizsäcker (1926a) compara la actitud de lo que él considera un “mal médico” con la de un “buen médico”. El primero es aquel que intenta realizar un examen “objetivo” del paciente: le toma, por ejemplo, la temperatura y la presión arterial, le ausculta los pulmones y el corazón, etc. El buen médico, en cambio, no pone el énfasis en realizar una revisión más bien mecánica del enfermo, ni en hacer afirmaciones o emitir juicios, sino que le pregunta por lo que le falta¹² y, por lo tanto, inicia una conversación: “(...) el comienzo no se compone de un saber, sino de un preguntar” (pág. 24). En esta escena “(...) lo importante no radica en que yo deba reconocer un Yo, sino que debo conversar con él. Ahora este Yo deja de ser un Yo y se transforma en un Tú” (Ibíd. pág. 26).

La escena primordial resumiría estas ideas, en tanto es una escena biográfica que representa un encuentro entre alguien a quien le falta algo, quien sufre una penuria (*Not*) en la que resuena un pedido de ayuda, y alguien que se acerca a él y, dispuesto a ayudarlo, le pregunta por su padecer y su carencia; a través de esta conversación se desplegará una historia.

¹² En el sentido literal esta frase significa: “¿Dónde le falta algo?”.

Por otro lado, Weizsäcker (1927-8) destaca también la importancia que tiene la palabra en el encuentro entre médico y enfermo. Sostiene que el médico deberá ayudar al enfermo a recuperar una verdad, un saber, que se le ha perdido, a satisfacer esa necesidad más auténtica de saber “qué es” lo que tiene. Todo padecer contiene una pregunta por la verdad y toda ayuda implica proporcionar un saber que produce alivio. Es así que el autor afirma que “nuestras enfermedades tienen algo que ver con nuestras verdades” (pág. 139) y que constituyen una falta a la verdad. Sin embargo, en tanto concebimos que están allí para procurar comprender su sentido, son, a la vez, “el ofrecimiento (...) de un saber por la verdad” (Ibíd. pág. 149). Por este motivo, el médico ha de ser un ‘doctor’, alguien que otorga el nombre adecuado para el penar: “Lo esencial es que una persona que no se puede ayudar a sí misma, puede tener la necesidad de acudir al doctor, en su calidad de doctus, y que acude más por razones del saber, que del ayudar. Actúa como si supiera que también el saber puede ayudar” (pág. 132).

Chiozza (1974a [1972]), por su parte, integra la importancia del contacto físico y del contacto a través de la palabra. Escribe que la mano “(...) movida por la idea, hace y explora en la materia (...)y) puede también cambiar un sentimiento y una idea, como lo hace una caricia” (pág. 76). Aclara que mano y palabra no son opuestos y cita precisamente a Weizsäcker para dar cuenta de esto. Dice entonces que mano y palabra: “(...) *aunque se ocultan mutuamente a la conciencia* constituyen una estructura indisoluble configurando un círculo que sólo puede ser recorrido de manera sucesiva y mediante una especie de ‘inversión de la mirada’ “ (Ibíd. pág. 77).

El encuentro entre médico y enfermo inaugura lo que Weizsäcker (1927-8) denomina la camaradería itinerante. Este concepto alude a la idea de “caminar un trecho juntos” y refleja la importancia que el autor da a la reciprocidad y al trato¹³ en este encuentro. También da cuenta de que tanto la enfermedad en su curso, como la relación médico-enfermo, son un proceso dinámico siempre cambiante, un constante devenir, un permanente ‘ser siendo’, movimiento que es inherente a lo pático. Dado que, para este autor (Weizsäcker, 1947), la enfermedad y el hombre enfermo tienen por naturaleza un desarrollo intrínsecamente imprevisible, propone que el contacto entre médico y enfermo tome la forma de un trato de hombre a hombre, que ocurre durante ese trayecto que ellos transitan juntos.

Weizsäcker (1947) enumera una serie de frases breves que reflejan una determinada actitud frente a la enfermedad y que, según piensa, encubren una lógica muy particular. Una de ellas es la frase “fuera con ella”, que según el autor, debería ser reemplazada por otra que dijera “sí, pero no así”, a la cual seguiría otra “si no así, entonces de otro modo”, todo lo cual desembocaría finalmente, luego de compartir esta camaradería itinerante, en un “por consiguiente, es así” (pág. XXVIII). El autor sostiene que, con la actitud implícita en la primera frase, la medicina científico natural desemboca directamente en la última y de este modo llega muchas veces a conclusiones falsas.

¹³ La palabra alemana que Weizsäcker utiliza para referirse al trato es “*Umgang*”, que también significa “relación, vuelta, ronda, giro” (Langenscheidt, 1999) y alude al “ir y venir” que se produce durante el contacto con algo o alguien.

A través de la camaradería itinerante, médico y paciente buscarían encontrar la historia clínica “propriadamente dicha”, que el autor llama “verdadera”, “en contraposición a la historia clínica externa o de las ciencias naturales” (Weizsäcker, 1927-8, pág. 142), que se basa en un conjunto de juicios que él considera erróneos. Completa esta idea diciendo que cuando “(...) el espíritu formula juicios se aparta del momento de contacto en la experiencia” (Ibíd., pág. 148) y que resulta imposible comprender la expresión “estoy enfermo” desde la disciplina científico natural y a través de un pensamiento racional, porque “(...) el mundo verdadero (*wirklich*) en el que vivimos es diametralmente diferente al mundo de las ciencias naturales objetivas” (Weizsäcker, 1926a, pág. 16). Éstas nos permiten entender las enfermedades, pero no nos permiten comprender la penuria que esa enfermedad representa para el enfermo, es decir, comprender qué es aquello que le falta. Es así que Weizsäcker se pregunta con asombro: “(...) cómo es que una conjunto de moléculas orgánicas desemboca en el hecho de poder decir: ‘estoy enfermo’” (Ibíd., pág. 19) y agrega que nadie puede entender completamente cómo es que el cerebro puede llegar a formular esta frase.

En este mismo sentido, Chiozza (1991a [1987]) considera que pueden escribirse dos historias clínicas distintas a partir del suceso que motiva una consulta médica. Una de ellas es la que obtiene el médico que examina con métodos que derivan de la física. Se trata de una historia que, regida por la concepción de un tiempo cronológico, describe una sucesión de hechos que permiten concebir e interpretar la evolución de un proceso en el cual se postula una causa antecedente y un efecto consecuente. La otra es una historia cuyo significado esencial no emerge de qué es lo que ocurrió primero y qué después, sino que penetra en la conciencia “como drama actual, porque está viva en cada acto y ocurre en un presente eterno” (pág. 14), despertando la idea de un tiempo circular que torna imposible saber “quien empezó”. Es la historia que interpreta el suceso que motiva la consulta como el signo que expresa, en un lenguaje cifrado, un drama que el enfermo se oculta a sí mismo. Compone así la trama que integra a ese episodio, aparentemente accidental, en la coherencia de un sentido que recorre al conjunto entero de una biografía.

Para poder encontrar lo que Weizsäcker denomina la historia clínica “propriadamente dicha” es importante que asumamos una actitud médica de “*interés humano en lo humano del enfermo*” (Weizsäcker, 1935b, pág. 298). El autor (Weizsäcker, 1927-8) describe esta actitud con las siguientes palabras: “Deberemos acercarnos a él de una manera tan silenciosa, expectante, receptiva, tolerante, como ninguna otra profesión lo podría exigir, y nos deberemos conducir de manera mucho más eminente aún, de un modo experiencial, empírico, como ninguna otra ciencia sería capaz de hacerlo” (pág. 143). Si, en cambio, continúa el autor, nos acercamos al paciente con un cuestionario y un lápiz en la mano, movidos por un interés únicamente racional, puede suceder “(...) y sucede continuamente, que en medio de esa forma brindada y el ruido que ella hace, se vuelva inaudible aquella pregunta hecha en voz muy baja, pero que puede ser la más importante. De este modo en el enfermo no puede resonar la pregunta, ni en el médico se puede hacer oír la respuesta. En este momento ambos se desvían de la historia clínica propriadamente dicha, y fabrican juntos una artificial (...)” (Ibíd., pág. 143).

Así, es fundamental que durante la conversación con el paciente, el médico tenga la capacidad de posibilitar que surjan sus cuestiones más ocultas y que surjan en el lugar

adecuado. Weizsäcker (1935b) sostiene que esta capacidad la tiene “(...) únicamente quien no ha permitido que la tensión dolorosa en relación al fenómeno enfermo se hunda en una distancia objetiva totalmente arrutinada”* (pág. 305). Esta tensión es la que se da en el médico como un antagonismo entre, por un lado, el deseo de acercarse a la enfermedad, de ayudar al enfermo, de ‘ir hacia’ lo patológico y, por el otro lado, una tendencia natural a alejarse de estos procesos, una tendencia espontánea a preservar la salud, un rechazo visceral hacia la enfermedad. En este sentido, sostiene que, si existe acaso algo que podamos llamar ‘instinto de curación’ (*Heiltrieb*), “entonces éste sería concebible (...) como un par de fuerzas, es decir, como la fuerza de una contradicción”* (Ibíd., pág. 305).

Weizsäcker agrega que, en su calidad de objeto de conocimiento, el enfermo se encuentra a una distancia radical del médico, mientras que, en su calidad de paciente, se aproxima a una cercanía infinita que llega hasta la identificación, siempre que el médico realice su acción en el sentido de una comunidad vital unificada en el círculo de la forma (*Eine im Gestaltkreis verbundene Lebensgemeinschaft*). “En esta cercanía eterna de la conformación (des Gestaltens) y en aquella lejanía eterna del acto de conocimiento (des Erkennens) se mueve la tarea médica y el proceso del enfermar y del curar”* (Weizsäcker, 1927, pág. 193).

Para Weizsäcker (1935b, 1947), el médico no cura, sino que sólo posibilita la curación, no forma seres humanos, sino que posibilita su realización. Dado que, para este autor, la enfermedad se vincula con la vida no vivida, el objetivo de la terapia sería posibilitar que el enfermo lleve a cabo aquello para lo que ha sido destinado, es decir, permitir que llegue a ser lo que puede llegar a ser, que recupere el objetivo de su condición humana, el cual ha errado al enfermar.

En relación con estos conceptos, queremos destacar la importancia que el autor (Weizsäcker, 1949) da al aspecto social, al encuentro, al trato y a la reciprocidad dentro de la medicina psicosomática. Sostiene que toda investigación implica un trato recíproco y social y que en la relación entre el cuerpo y el alma “(...) hay una tendencia a la separación y una tendencia a la unión. Hay represión, pero también encuentro. La célula se relaciona con la célula, el órgano con el órgano, el ser vivo con el ser vivo, el alma con el alma, consigo misma y con otras almas, el hombre se relaciona con la mujer, los padres con los hijos, los grupos y los pueblos se relacionan entre sí. Lo propio se encuentra con lo ajeno. En cada una de esas formas de trato se crean también las alteraciones que llamamos enfermedades” (pág. 456).

La psicología médica y también el psicoanálisis son, para Weizsäcker (1948b), representantes de la psicología individual, que han desarrollado hasta ahora sólo débiles esbozos hacia una psicología de las masas, colectiva o social y, en su opinión, no es de extrañar que hasta el presente no hayan podido llegar hasta los múltiples órganos y menos a las células a través de los cuales discurre una enfermedad. Sostiene el autor que los desarrollos de Freud se encuentran a mitad de camino entre el “individualismo”¹⁴ y la estructura social de la psicosomática que él propone, dado que,

¹⁴ Weizsäcker (1951a) hace referencia al “psicologismo”, una corriente individualista extrema que surgió dentro del campo de la medicina como una reacción frente a la tendencia a “objetivizar” al hombre

partiendo de la observación del caso individual, Freud llega a plantear estructuras que son universalmente válidas, por ejemplo el Complejo de Edipo, la teoría de las pulsiones y las leyes de la transferencia. Weizsäcker (1949) piensa que los problemas de la familia y de la educación, las dificultades en torno a la pareja, la reproducción y el trabajo forman parte de la patogénesis de las enfermedades orgánicas, tanto como “el agua forma parte de la sangre y las proteínas de la célula”* (pág. 457).

Un hombre enferma, según el autor, en el momento en que se encuentra en duda moral o en un conflicto ético. Agrega que: “En tanto un hombre le yerra a su destino, fracasa la penetración recíproca yo y mundo. Construye un síntoma ‘reactivamente’ y deviene asocial; deviene enfermo y el síntoma lo enferma; la sociedad lo enferma y él enferma a la sociedad. Ambas son en verdad lo mismo. Esto es, ampliado hasta lo cósmico, la forma básica de toda enfermedad”* (Weizsäcker, 1935b, pág. 317).

Chiozza (1983d [1982]) también destaca la importancia del aspecto “social” en la enfermedad y en la salud. Recientemente¹⁵ expresó que uno sólo logra “con-formarse” en la plenitud de su forma a través de la convivencia, que a uno lo “con-forma”. Enfatizó que no se trata de que primero vivimos y luego convivimos, sino que es la convivencia la que nos constituye: sólo conviviendo somos. Dicho en otras palabras: uno vive, porque convive y si no convive, no vive.

Según este autor, para que un sujeto pueda realizarse plenamente, es fundamental que logre una adecuada convivencia con los demás. Dice, además, que “un enfermo no empieza ni termina, por ejemplo, en un tumor visible o histológicamente comprobable” (Chiozza, 1980d, pág. 65). Agrega que la enfermedad trasciende tanto al tumor, como al individuo, extendiéndose dentro de la misma sociedad, usando como “vías de contagio” las normas sociales, que son residuos de una convivencia pasada y constituyen la herencia cultural de esa sociedad. Concluye, entonces, en que “tanto la terapéutica de una enfermedad como su profilaxis (...) comienzan, más allá del individuo, en el instante mismo en que empieza, en el encuentro de una convivencia genuina, la dilucidación de su significado inconciente” (Ibíd. pág. 65).

Preguntándose por la forma básica de toda enfermedad, Weizsäcker (1951a, pág. 338) dice: “No se trata de sustituir una clasificación dada por otra –de lo que también podría hablarse- sino, en primer término, de sustituir las unidades patógenas por la unidad de todas las enfermedades, es decir, de adoptar una actitud distinta frente al concepto de enfermedad”. Propone, entonces, introducir nuevos principios de clasificación, que parten de la idea de que hay algo esencial que está en la base de todas las enfermedades y que procura la unificación de todas ellas¹⁶.

enfermo, propia de las ciencias naturales. Se procuraba entonces lograr una individualización total, que contemplara únicamente cada caso particular por separado, enfoque que para Weizsäcker es erróneo dada la importancia que él atribuye al aspecto social en la comprensión de la enfermedad y de la terapia.

¹⁵ Estas ideas fueron expresadas por Luis Chiozza en ocasión de la conferencia titulada “La soledad, la decepción y la esperanza en la convivencia”, dictada el 26 de junio del 2002 en la Biblioteca Nacional (la responsabilidad de la interpretación es nuestra).

¹⁶ Por ejemplo, con la clasificación de neurosis, biosis y esclerosis, Weizsäcker (1956) apunta a comprender de un modo unitario las distintas etapas de una misma enfermedad o los diferentes modos de enfermar en la vida de una persona.

El autor (Weizsäcker, 1950a) sostiene que todas las enfermedades tienen en común el hecho de ser desviaciones del orden vital, constituyendo así un falso orden vital. Por “orden vital” entiende: “La ordenación vital desde el nacimiento hasta la muerte, pasando por el amor, el matrimonio, la procreación y la conquista de los ideales vitales” (Weizsäcker, 1947, pág. 75). Por más numerosas y diversas que sean las enfermedades que un individuo padeció a lo largo de su vida, todas ellas conforman una “enfermedad única” cuando las observamos a la luz de la historia vital, en tanto contribuyen a completar el sentido de esa biografía.

Weizsäcker (1950a) relaciona esta idea con el concepto de sustitución y ocultación ante sí mismo. Dice, por ejemplo, que una mujer engorda *en lugar* de quedar embarazada o que un hombre tiene una crisis asmática *en lugar* de gritar o llorar. Es decir que la enfermedad está sustituyendo un sentido por otro, creando así un orden vital falso: “(...) estudiamos ahora todas las enfermedades (...) y encontramos una sustitución (...) tan llena de sentido, que sólo puede ser el equivalente de todo un orden vital” (pág. 162).

Es necesario, entonces, que podamos comprender cuál es el capítulo que la enfermedad ocupa en la biografía del enfermo (Weizsäcker, 1935a) y que comprendamos esta biografía como un drama completo (Weizsäcker, 1951a). Dice el autor (Weizsäcker, 1935a, págs. 329-30): “Las enfermedades se encuentran en puntos de inflexión de las crisis biográficas o están entrettejidas a lo largo de las crisis furtivas de toda una vida, (...) adquieren el valor de aspiraciones del alma, posiciones morales y fuerzas espirituales y por eso surge en la biografía algo así como un suelo en común para la participación corporal, espiritual y del alma de la persona humana. En este suelo abarcador y común no sólo podemos comprobar los traspasos caóticos, salteados o desdibujados, sino que encontramos una ley específica del estilo, un orden del desarrollo que afirma que existe una conformación necesaria inherente a cada drama vital”*.

Indisolublemente ligada a esta concepción de la unidad de todas las enfermedades como una desviación del orden vital, Weizsäcker plantea, como vimos en la introducción, la necesidad de una terapia que también sea única o general.

La terapia y la curación consistirían entonces en “la sustitución de una forma de vivir por otra forma de vida” (Weizsäcker, 1950b, pág. 167), instaurando “un orden vital mejor y más adecuado” (Weizsäcker, 1950a, pág. 162). Entendemos que, según el autor, el paciente logrará esto, en la medida en que pueda acceder al significado que permanece oculto tras la enfermedad. Podríamos decir, utilizando sus términos, que existen órdenes vitales más adecuados que otros a los fines de encaminarnos hacia las metas incumplidas que definen nuestra existencia pática, es decir, a los fines de actualizar ciertos aspectos de la vida no vivida.

El encuentro con el enfermo, dice Weizsäcker (1935b), le implica al médico asumir el riesgo de navegar sin tener segura la meta, así como el peligro de introducirse él mismo como sujeto en este proceso. Agrega entonces que “(...) el médico sólo es médico en la medida en que ‘enferma en el paciente’, cuando la enfermedad de éste se continúa

hacia su interior y también afecta sus órganos” (Weizsäcker, 1927-8, pág. 149). Más aún, el autor considera que nosotros mismos, en tanto médicos, formamos parte de la enfermedad del paciente: “En un sentido muy amplio y en cada caso también muy diferente, la relación de médico y paciente resultó ser como una parte de la enfermedad misma y de esta manera también de la teoría acerca de la enfermedad. A la luz de esta afirmación, también la exploración, la misma conversación y en general el encuentro durante la consulta (...) es una parte de la patología misma”* (Weizsäcker, 1956, pág. 243).

Dice Weizsäcker (1927) que el concepto del “círculo de la forma”¹⁷ también abarca al acto terapéutico, dado que paciente y médico conforman una unidad integrada y esta unidad sería algo así como *un*¹⁸ hombre *dualístico*, *un* hombre bipersonal, *un* hombre que se compone de dos. Esta idea se vincula con la antilógica, a la que nos referiremos luego, dado que es imposible decir que paciente y médico unidos en el círculo de la forma sean dos seres y tampoco puede decirse que se trate de un solo ser: “*El proceso vital no cuenta con números*” (pág. 189).

El autor sostiene que esta es la unidad del acto médico. Agrega que esta idea de la unidad médico-paciente se oculta detrás de la formulación que resulta más habitual en medicina, según la cual hay que tratar al hombre en su totalidad integral, como una unidad.

Podemos pensar que, para Chiozza (1970k [1968]), se trata del campo de la transferencia – contratransferencia, en el cual, “a través del análisis de los puntos de urgencia compartidos en ese vínculo” (Chiozza G., 1997, pág. 380), se procura la transformación de lo que este autor llama la “doble” interioridad médico-paciente. En la medida en que todo acto médico compromete inevitablemente un afecto en un campo estructurado por una con-vivencia, dice Chiozza (1970k [1968]), el quehacer con el enfermo, sea conciente o inconciente, puede ser estudiado como el desarrollo o la metamorfosis de la “doble” interioridad médico-paciente. “El médico es al mismo tiempo paciente y el paciente médico (...) (la) enfermedad (es) siempre compartida en mayor o menor medida en el quehacer con el enfermo que somos, o ante quien estamos siendo” (pág. 54).

Comprender la enfermedad de esta manera supone alejarse del orden lógico-racional, para encontrarse con un nuevo orden, el de la antilógica (Weizsäcker, 1956), que se vincula estrechamente con el ámbito de lo pático. Weizsäcker nos dice que la lógica es también una pasión y que la vida no cabe toda entera dentro del sistema del pensamiento lógico racional. Describe a la antilógica como “(...) la libertad gozosa de la vida de emplear la razón solamente hasta donde resulta razonable, tirando el resto por

¹⁷ Para Weizsäcker (1951a) el concepto del círculo de la forma expresa, básicamente, que puede concebirse un constante ir y venir entre, por ejemplo, lo óntico y lo pático, sujeto y objeto, alma y cuerpo, etc., de modo tal que un aspecto oculta siempre al otro. Este movimiento de vaivén puede representarse bajo la forma de un círculo, dado que esta es una figura en la cual no se puede establecer nunca en qué punto radica el comienzo y dónde el final.

¹⁸ En este párrafo, conservamos las cursivas que corresponden al original a los fines de que no se pierda el sentido de la idea al parafrasear la cita.

la ventana (...), al agradable don de llegar más rápidamente a la meta por un rodeo lleno de atractivos, que por el rectilíneo camino militar de la lógica"* (Weizsäcker, 1943, pág. 317). A este nuevo orden corresponden afirmaciones del autor como aquellas que dicen que "la vida es una contradicción que tiene sentido" (Weizsäcker, 1950b, pág. 167), que "sólo se realiza lo imposible"* y que "la realidad es un milagro"* (Weizsäcker, 1956, pág. 250).

La antilógica es, según Weizsäcker (1946), una consecuencia necesaria y un contenido constitutivo de un mundo que contiene más de un ser vivo o de un ser vivo que se transforma en un mundo. "Esto se resume diciendo que un mundo que contiene un sujeto debe ser antilógico" (pág. 51).

Para Weizsäcker (1951a), el hombre no sólo es alguien o algo, sino que es un ser en permanente cambio que *tiende* hacia algo. Se encuentra viviendo dentro del "pentagrama pático", que está conformado por los siguientes vértices o vectores: querer, poder, deber, "tener permiso para..." y "estar obligado a...". "Es como alguien encerrado en un círculo dentro del cual puede moverse de diversas maneras" (Weizsäcker, 1947, pág. 132). Weizsäcker toma el término "pentagrama" de los pitagóricos, para quienes esta palabra significaba "salud" en el sentido de armonía. Considera que con la palabra armonía se simboliza mejor lo que es la salud, que a través de las definiciones provenientes de la biología moderna. Agrega que entre las cinco categorías existe una estrecha interrelación, que "también es esencial para el curso ulterior de la historia clínica" (Weizsäcker, 1947, pág. 109) y que entre ellas "nos podemos imaginar una lucha o un apuntalamiento tendiente a conseguir un equilibrio" (Ibíd. pág. 108).

Señalemos aquí que, cuando las categorías páticas están en armonía permanecen inconcientes, integradas en un actuar sin conflictos, pero basta con que una de ellas esté perturbada, para que la armonía no se establezca¹⁹. La disarmonía entre las categorías ya no es un fenómeno inconciente, se manifiesta en la conciencia como algo que nos falta, algo hacia lo cual tendemos, pero que aún no hemos podido resolver. Recordemos, además, que Weizsäcker (1956) sostiene que una categoría en la conciencia siempre encubre a las otras.

Agreguemos que, para el autor, toda enfermedad puede ser comprendida como una particular disarmonía entre las cinco páticas, es decir, como una determinada configuración del pentagrama pático²⁰.

Según Weizsäcker (1947), el modo de ser del enfermo es siempre indeciso y la historia del paciente "es una cadena ininterrumpida de nuevas decisiones" (pág. 133). Sostiene

¹⁹ Como dijimos en otro lugar (Busch, 2000b) "(...) la acción eficaz contiene en sí misma a todas las categorías páticas en una unidad indisoluble; todo lo cual pasa a ser un estado inconciente cuando es logrado" (pág. 152).

²⁰ En otro trabajo (Busch, 2000b) decíamos que "(...) si bien, como señalamos antes, se podría pensar que los afectos en general estarían enmarcados dentro de las cinco categorías páticas, creemos que esto le corresponde al aspecto que atañe a la vivencia de frustración ya que, como dijimos, las categorías señalan en particular hacia lo que 'no es', hacia lo que no ha logrado ser y, en este sentido, marcan la limitación" (pág. 153).

así que, a la hora de hablar de un sujeto, debemos preguntarnos hacia dónde se dirige, cuál es su intención, cuál es el sentido de su vida.

Moviéndose en la esfera pática del ser humano, el médico no sólo buscará, entonces, acercarse a aquello que el enfermo es (lo óntico), sino fundamentalmente a aquello que precisamente *no es y acaso llegue a ser* (lo pático), dándole importancia “a lo que padecemos, no a lo que somos” (Weizsäcker, 1950b, pág. 170). A través del trato con el paciente, el médico intentará lograr “la transformación del pentagrama pático del enfermo” (Weizsäcker, 1947, pág. 112-113).

Veamos un ejemplo que nos trae Weizsäcker (1947). Relata el caso de una paciente que sufre de insomnio desde hace seis meses. Ella describe que se pasa las noches cavilando acerca de sus dos hijos, desaparecidos en combate, y de su marido, que falleció precisamente hace seis meses. Durante la anamnesis, la paciente se muestra enojada y cuenta en detalle el agotamiento que siente, dado que, además de *no poder* dormir de noche, durante el día *debe* trabajar duro para autoabastecerse, función que antes cumplían sus hijos y su esposo. Se pregunta, llena de rencor, por qué *tuvo* que sucederle esto precisamente a ella.

Weizsäcker destaca este resentimiento hacia la vida, que la hace sentirse *obligada* a enfrentar semejante destino. Las cavilaciones nocturnas representarían entonces una suerte de rebelión contra esta situación. *Quiere* dormir, pero *no puede* (en el sentido de capacidad), porque se siente *obligada* a aceptar una pérdida que *no quiere* aceptar y el *deber* que esto implica –trabajar para subsistir-. Podemos pensar que el odio y el resentimiento que la invaden hacen, además, que ella no sienta el *permiso* de descansar de noche.

Weizsäcker explica cómo, en este caso²¹, el tratamiento consistió en hablar de estas cosas con la paciente, logrando así una transformación en su pentagrama pático: en lugar de *querer* obstinadamente dormir, ella logró reconciliarse con la *obligación* que le imponía el destino y asumir su *deber*. Así, dejó de estar resentida y *pudo* (en el sentido de capacidad) entonces aquello que *quería* –dormir-, en tanto sintió que *tenía permiso* para ello. Agrega que: “Esta nueva configuración del pentagrama no será una explicación en el sentido biológico, pero sí, por lo menos, una descripción acertada de lo que realmente sucede en esta historia clínica” (Weizsäcker, 1947, pág. 113).

Podríamos agregar que, en tanto el médico se compromete vitalmente con el sufrimiento del enfermo, involucra su propio pentagrama en el trato con este hombre que padece y esto supone, inevitablemente, la modificación de ambos pentagramas. Finalmente, y trascendiendo la relación entre médico y enfermo, si tomamos la idea de Weizsäcker (1947) acerca de que también la sociedad entera y la naturaleza se debaten en un pentagrama pático, podemos suponer que de algún modo sobre ellas repercutirá este encuentro, afectándolas y transformándolas.

²¹ Weizsäcker explicita que el caso en cuestión resultó ser particularmente sencillo, dando a entender que no siempre es tan fácil comprender la dinámica de las categorías páticas del paciente ni lograr la transformación de su pentagrama pático.

Quisiéramos agregar aquí que, como sabemos, el psicoanálisis se ocupa de los conflictos que se basan siempre en dos afectos que son contradictorios entre sí. La propuesta del pentagrama pático, sin embargo, nos habla de un conflicto que transcurre entre cinco afectos que están en pugna, lo cual representa un gran enriquecimiento a la hora de comprender al paciente, pero implica también una gran complejización. Se trata, sin duda, de un tema que tendremos que continuar elaborando²².

Pensamos que, para Weizsäcker, el objetivo de la terapia puede formularse de diferentes maneras, como vimos a lo largo del trabajo: se trata, por ejemplo, de recuperar una verdad, un saber que se ha perdido, de encontrar la historia clínica “propia de dicha”, de posibilitar que la persona llegue a ser lo que puede llegar a ser, de instaurar un orden vital más adecuado, todo lo cual implica, además, el logro de una transformación del pentagrama pático del paciente.

También, como vimos, el autor se refiere de diversas maneras a la actitud médica: el buen médico es, entre otras cosas, el que, a través de una camaradería itinerante, muestra un interés humano en lo humano del enfermo iniciando una conversación empática con él. Es aquel que, comprende que el acto de curar consiste en el contacto, en el encuentro entre dos personas; el que, acercándose a la dimensión pática del enfermo, le pregunta por su padecer y su carencia; el que busca comprender el sentido de la enfermedad asumiendo el riesgo que implica introducirse él mismo como sujeto dentro del proceso de curación.

Queda claro, entonces, que la concepción que Weizsäcker tiene acerca de los objetivos de la terapia y sus ideas acerca de la actitud médica, se encuentran estrechamente interrelacionadas.

Por último, queremos agregar que, a nuestro modo de ver, su idea de la terapia se vincula con la idea de Chiozza de la *resignificación* de un drama vital (Chiozza, 1995w). A ello también aludiría Weizsäcker (1947) cuando afirma que “salud es resignación” (pág. 143), frase que, según Chiozza²³, sugiere la idea de una transformación que implica tanto una renuncia como un cambio de significación.

Para Chiozza (1995w), una resignificación es “una nueva y distinta significación que surge cuando se destruye la primera ‘desarmando’ la historia oculta que el paciente transmite, entretejida con antiguos e inconcientes malentendidos e interpretaciones estrechas, para recomponerla de una diferente manera” (pág. 104).

Como dice este autor, lo pático está íntimamente vinculado con lo que atañe a la significación. La noción de significado no admite, según él, una respuesta en los términos de la ciencia física, sino que pertenece de manera inalienable al ámbito de la historia. Las categorías del ser (ontológicas) son impertinentes a la idea de

²² Esta idea surge a partir de una intervención realizada por Gustavo Chiozza en ocasión de la presentación del trabajo “Algunas ideas de Viktor von Weizsäcker acerca de la actitud médica” (Busch y col., 2002) (la responsabilidad de su interpretación es nuestra).

²³ Esta referencia corresponde a comentarios de Chiozza no publicados, de cuya interpretación nos hacemos responsables.

significación, cuya esencia forma parte de lo que Weizsäcker (1956) define como “pático”. Chiozza (1995u) agrega que se trata de un pathos que es padecimiento y es pasión, es aquello que constituye la sustancia con la cual se tejen las historias y que caracteriza a lo humano como un “alguien” que intenta ser lo que no es. Siguiendo estas ideas, comprendemos la frase : “(...) el ‘pathos’ de lo que ya, o aún, no es, constituye la esencia del sentido” (2000a, pág. 269).

Basándose en los conceptos de Weizsäcker y refiriéndose al estudio patobiográfico, Chiozza (1995w) afirma que tan o más importante que la realidad óptica del hombre es “su historicidad, ya que en ella reside cuanto en la vida nos importa: es decir, cuanto en la vida nos conmueve. La historicidad pática, que otorga al tiempo su cualidad (...) es la esencia misma de lo que denominamos ‘psiquis’ y es también inherente a la noción misma de tiempo. Por esto podemos decir que el hombre consiste en una intrincada amalgama de historias que se interpenetran, como se entretejen, para formar una trama, los distintos hilos de un retículo” (pág 106). Desde este punto de vista, comprender al enfermo (su patobiografía) implica para Chiozza adentrarse en una biografía “en la cual se prestará una especial atención al encadenamiento, a la sucesión o a la sustitución de las múltiples enfermedades, afecciones y trastornos que forman parte de una vida” (Ibíd., pág. 106). Pero además, y sobre todo, se trata de comprender el relato de una vida “en cuanto tiene de padecimiento y de pasión, y en cuanto alude a lo inacabado de esa vida que se encamina, siempre, de modo inevitable, hacia una meta incumplida” (pág. 106).

BIBLIOGRAFÍA:

Busch, Dorrit (2000b) “Las categorías páticas y su relación con la vivencia de frustración”, en Simposio 2000 del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, enero del 2000, págs. 149-155.

Busch, Dorrit (coordinadora), María Adamo, Adriana Rodríguez de Anca y Sarina Tellas (2002) “Algunas ideas de Viktor von Weizsäcker acerca de la actitud médica”, en Simposio 2002 del Instituto de Docencia e Investigación de la Fundación Luis Chiozza, Buenos Aires, enero del 2002, págs. 83-90.

Chiozza, Luis (1970a) *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos* (tercera edición), Luis Chiozza, Biblioteca del CWCM, CIMP, Buenos Aires, 1984.

Chiozza, Gustavo (1997), “El concepto de contratransferencia en la obra de Chiozza”, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 375-380.

Chiozza, Luis (1970k [1968]), “El qué – hacer con el enfermo” en *hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 45-54.

Chiozza, Luis (1970l), “Apuntes sobre fantasía, materia y lenguaje”, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 93-98.

Chiozza, Luis (1974a [1972]), “Conocimiento y acto en medicina psicosomática”, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 189-203.

Chiozza, Luis (1976b [1971]) “Las fantasías específicas en la investigación psicoanalítica de la relación psique-soma”, en *Cuerpo, afecto y lenguaje* (Tercera Edición), Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 99-107.

Chiozza, Luis (1976d [1975]), “El cuerpo en la teoría psicoanalítica”, en “El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática”, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 205-218.

Chiozza, Luis (1980d), “El hecho y la historia en la ciencia del médico”, en *Cuerpo, afecto y lenguaje* (Tercera Edición), Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

Chiozza, Luis (1983d [1982]) “Convivencia y trascendencia en el tratamiento psicoanalítico”, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 227-238.

Chiozza, Luis (1991a [1987]), “La construcción de una historia psicoanalítica”, en *Los afectos ocultos ... Psoriasis, asma, trastornos respiratorios, varices, diabetes, trastornos óseos, cefaleas, accidentes cerebrovasculares*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997, págs. 13-18.

Chiozza, Luis (1991b [1989]), "Organsprache. Una reconsideración actual del concepto freudiano", en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, págs. 309-336.

Chiozza, Luis (1995u), "El psicoanálisis y los procesos cognitivos", en *Presencia, transferencia e historia*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 147-178.

Chiozza, Luis (1995w), "La conmovedora experiencia de resignificar una historia", en *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, págs. 97-114.

Chiozza, Luis (1997a [1986]) *¿Por qué enfermamos?, La historia que se oculta en el cuerpo* (Tercera Edición), Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1997.

Chiozza, Luis (1999c), "La especificidad del símbolo en la enfermedad somática", en *Presencia, transferencia e historia*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 35-48.

Chiozza, Luis (2000a), "Presencia, transferencia e historia", en *Presencia, transferencia e historia*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2000, págs. 265-280.

Weizsäcker, Viktor von (1926a), "Der Arzt und der Kranke" (El médico y el enfermo), en *Gesammelte Werke*, Tomo 5, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 9-26.

Weizsäcker, Viktor von (1926b), "Die Schmerzen" (Los dolores), en *Gesammelte Werke*, Tomo 5, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 27-47.

Weizsäcker, Viktor von (1927), "Über medizinische Anthropologie" (Acerca de la Antropología Médica), en *Gesammelte Werke*, Tomo 5, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 177-194.

Weizsäcker, Viktor von (1927-8), "La historia clínica", en *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995, pág. 131-150.

Weizsäcker, Viktor von (1935a), "Studien zur Pathogenese" (Estudios sobre patogénesis), en *Gesammelte Werke*, Tomo 6, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 253-331.

Weizsäcker, Viktor von (1935b), "Ärztliche Fragen. Vorlesungen über allgemeine Theorie" (Cuestiones médicas. Lecciones sobre teoría general), en *Gesammelte Werke*, Tomo 5, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 259-343.

Weizsäcker, Viktor von (1943) "Das Antilogische" (Lo antilógico), *Gesammelte Werke*, Tomo 7, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 316-323.

Weizsäcker, Viktor von (1946) "Anonyma", *Gesammelte Werke*, Tomo 7, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 41-90.

Weizsäcker, Viktor von (1947), *Casos y problemas clínicos*, Editorial Pubul, Barcelona, 1950.

Weizsäcker, Viktor von (1948a), "Nach Freud" (Después de Freud), en *Gesammelte Werke*, Tomo 1, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 441-450.

Weizsäcker, Viktor von (1948b), "Grundfragen medizinischer Anthropologie" (Cuestiones fundamentales de la antropología médica), en *Gesammelte Werke*, tomo VII, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986, págs. 255-282.

Weizsäcker, Viktor von (1949), "Psychosomatische Medizin" (Medicina psicosomática), en *Gesammelte Werke*, tomo VI, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986.

Weizsäcker, Viktor von (1950a), "En torno a la medicina psicosomática", en *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, 1995, pág. 158-160.

Weizsäcker, Viktor von (1950b), "Antropología Médica", en *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, 1995, pág. 162-167.

Weizsäcker, Viktor von (1951a), *El Hombre Enfermo*, Editor Luis Miracle, Barcelona, 1956.

Weizsäcker, Viktor von (1951b) "Los conceptos fundamentales de la investigación", en *Un lugar para el encuentro entre la medicina y el psicoanálisis*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, 1995, pág. 168-176.

Weizsäcker Viktor von (1952) "Über psychosomatische Medizin" (Acerca de la medicina psicosomática), en *Gesammelte Werke*, tomo VI, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986.

Weizsäcker Viktor von (1954) "Freud. Die Psychotherapeuten" (Freud. Los psicoterapeutas), en *Gesammelte Werke*, tomo I, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1986.

Weizsäcker, Viktor von (1956), *Pathosophie* (Patosofía), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1967. Traducción del original alemán realizada por Dorrit Busch.

