

Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Filosofía.

Grupo de Filosofía y el Dolor. Director: Doctor Fernando Cardona.

Relación de lectura: Oliver Sacks. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Capítulos 12, 13 y 14.

Relator: Andrés Díaz Sáenz. Sesión del 26 de julio de 2021.

La mirada sufriente.-

Si se limpiaran las puertas de la percepción, entonces todo le parecería al hombre tal como es, Infinito". William Blake. The Doors

1.- Asclepius. Mitologema del diagnóstico.

En la angustia por el dominio de la realidad el diagnóstico deja entrever metáforas de iluminación y horizonte. Ofrece una lectura de un tiempo de la vida pero también deja ver la temporalidad de las lecturas frente a la aventura humana por sobrevivir como tal. Revela también las tensiones propias del *fármako*, remedio y veneno, *localizado* y adicionalmente, *temporal*. Lugar del diagnóstico, tiempo del diagnóstico que es precisamente la ampliación del horizonte, de la perceptibilidad, de nuestra capacidad de distanciamiento, de fuga (¿danza, ronda?) ante la muerte. El *fármako* introduce un tiempo inflexión, un antes y después. La comprensión del diagnóstico se inscribe en una historia de la biología y de la ciencia. Cuando se aborda literariamente, como en el caso de este libro de Oliver Sacks, lleva más allá de la lectura especializada del científico o del médico, e incluso ofrece resistencias en el especialista. Incluso del paciente, pues el rodeo involucra no solamente a quien asiste al consultorio o a la clínica sino a los lectores, que nos encontramos en ese texto no solo desde la cura en términos estrictamente médicos, sino en el sentido amplio de un *fármako* que, como en el mito del Fedro, no solamente se circunscribe al obsequio que propone Theuth a Thamus, cuyos beneficios critica el rey, sino a algo más amplio: el ámbito de la *hospitalidad*. El libro del diagnóstico, escrito desde la tensión entre la vida individual (paciente), la clínica y ciudad (Tebas – metrópoli), la resistencia a la palabra que se inscribe en una historia de la biología, resulta siendo algo más amplio que una historia clínica. Se convierte en la historia de las vidas.

Alguien viene de otro lugar para entregar ofrecer el *fármako*. La distancia es la lejanía sufriente del hombre que se observa y que podemos encontrar en el mito de Asclepio.

En el sentido blumenbergiano de un constante trabajo del mito como configurador de logos, de sentido. Entre estos medios cabe destacar la simultaneidad, la identidad latente de cosas, personas y sujetos ficticios, la repetición (Wiederholung) o el retorno de lo mismo, la reciprocidad entre la resistencia y la elevación existencial, la digresión o el rodeo (Umwege) y la prolijidad (Umständlichkeit). Se busca así cubrir expectativas de sentido, distanciándose de una indiferencia que algunos encuentran en textos como "las olas" de Virginia Woolf, donde la secuencia en

soliloquio de las voces resuena desde la muerte como olas que se estrellan en la playa, desprovistas de una corporalidad.

Arte de vivir y de morir también, pues en la distancia sufriente el *fármako* aparece, con ese carácter dual que señala Platón en varios de sus diálogos. No solo ambivalencia entre la memoria y el olvido (Fedro), - el dictamen que se inscribe en la vida, llevándolo al olvido del antes que fue la enfermedad- sino antídoto y veneno (Timeo), pues como los sortilegios de las hadas, el otorgamiento de la cura es también el cambio, el pase de un estadio por otro. En esto recuerdo las palabras de un enfermo de depresión que tomaba consuetudinariamente benzodiasepinas: ¿Quisiera saber quién sería yo son estos medicamentos? O el pathos de Ray frente al Hadol y su influencia en el talento artístico.

Palabra, pero antes que palabra, protopalabra, protogeometría, en tanto busca las coordenadas de un distanciamiento que no es otro que nuestra mirada hacia el cosmos y el regreso de esa mirada a nuestro cuerpo grávido, cuerpo que pesa, que sufre, que deambula en el bosque en pos del claro, que viaja en la noche de su propia indecidibilidad tras esa música primera, de raigambre pitagórica: lo indecible que debe ser decible, el decir que cura, cumpliendo así con el designio de cuidar (cura) el humus que somos. Diagnóstico que ha sido también la historia del sueño de los hombres, la cura convertida en inmortalidad, de manera que se pueda por fin abandonar el estado límite, el confín donde la realidad se hace impalpable y donde, si recordamos el poema de Leopardi, residen los dioses. El diagnóstico busca la cura a través del caso, el caso como ese acontecimiento de indicios, pruebas, rodeos en torno a lo desconocido. El caso aísla el acontecer de la vida, su fluir, determina esas corrientes de amor, soledad, medio en el punto exacto, espacial o temporal, casi un estadio de ingravidez como la de la cápsula de Boyle: lugar de la ciencia, ese corte que apenas tiene una manifestación en el bisturí pero que es el necesario escindir del laboratorio, la tarea de dividir lo real.

Engendrado en la oscuridad de la noche en el mismo instante de la muerte de su madre, bajo la tutela de Quirón, el centauro que vive con una herida perpetua y aprende a curar a partir de su conocimiento de ésta, Asclepio encarna la forma de existencia de los dioses griegos: herir y ser herido, curar y ser curado. Habitamos en la herida que mana, pero también en la incesante y nunca total cura que sana ese fluir y lo reconduce a una instancia: eso que llamamos lo viviente que pregunta por la vida más allá de su carácter de *zoé*; el *bios*, o para decirlo en términos heideggerianos, *Dasein*.

Se trata de un mitologema muy antiguo, señala Kéryny. Somos herida abierta, que se cauteriza con el fármaco, que se vuelve a abrir para otros horizontes: nuevas miradas, cinceles, bisturíes, antibióticos, anestésicos. Lo desconocido no se cierra, se llama estrés, sars, évola.

Si se observan otros mitos como el de Dionisio, se encuentra el rastro de un nacimiento en la muerte. También Semele, madre de aquel, se corresponde con Ariadna, “señora del laberinto”, y con Perséfone, diosa del inframundo, llamada la muchacha indecible, de cuyo mundo surge sin embargo, estacionariamente y sometida a un acabamiento y una renovación, la vida. Llevar eso indecible a un significado será tarea de la música primigenia. Solamente una música original, una música de su propio ser, como lo es la música de los pájaros, cómo es la música de la lluvia en esta esfera que deambula entre gravedades y sinestesias, puede dotar de sentido esa imposibilidad primera. Medialuz entre la vida y la muerte, entre lo oscuro, indecible, numinoso y terrible, y el

encuentro con la luz o la abundancia del manantial. Y por qué no, la música del cuerpo, su máxima expresión gratuita, litúrgica: la danza, como lo señala Valery o le Breton, esa explosión del cuerpo que busca la armonía sin propósito de utilidad, de concepto; una sintonía efímera con algo que nos rebasa.

El templo de Asclepio, usualmente, se ubicaba al lado de una fuente, y el acto de curar se acompañaba de una serpiente, “phoébica”, con lo cual se pretendía simbolizar esa salida del inframundo hacia la luz, el ascenso a través del árbol de la vida hacia las ramas solares. La enfermedad solía asociarse con el fuego: abrasaba, y así se deja ver al comienzo de la *Ilíada* cuando Apolo lleva la peste a los aqueos: el fuego de la peste se cura con su propio elemento, los cuerpos son llevados a las piras colmadas de cadáveres. La herida de lo inhóspito acompaña la guerra. Pero el mismo Apolo, dador de la muerte, era también dios de la luz, y la cura se ofrecía como un claro, una iluminación: serpiente que ascendía del mundo ctónico hacia la claridad, caduceo; la fuente manaba desde el interior oscuro de la tierra hacia el día y fecundaba. Proceso de desciframiento de enigma, y allí se revela la figura de Hermes, quien lo recibe como obsequio a cambio de la siringa.

La mayoría de las veces Asclepio se manifestaba con la cura en los sueños de los enfermos. Esa cura aparecía como despertar, epifanía. Y los hijos de Asclepio, los médicos, hacían parte de un linaje cuya genealogía no era otra que llevar el don de curar.

La elección del lugar no era aleatoria: Ovidio señala que se escogió por ejemplo la isla del Tíber, lugar precisamente *aislado*. Se procuraba que las aguas del río no se convirtieran en pantano, que mantuvieran su fluir evitando la fetidez y la putrefacción, pero también que asegurara la distancia entre los que habitaban el lugar y los pobladores del territorio colindante con la mejana.

En la isla tiberina se unían simbólicamente el carácter ctónico con el solar. Cada curación, señala Kerény, era milagrosa, y aún con la sabiduría del médico para ofrecer su diagnóstico, el hecho de haber superado una posible desventura se vivía como algo providencial, parecido al fluir de una fuente que llegara desde otro lugar. Cada curación era una revelación, una epifanía para el paciente que había visitado las fronteras del morir. Si al principio, en el caso del templo de Asclepio en Epidauro, se negaba el acceso a las parturientas por considerar que el parto no era propiamente una enfermedad, con el tiempo ese límite se diluyó y el templo se convirtió en balneario, un lugar de curación en sentido amplio, desprovisto del carácter místico original. Tal vez la sociedad secular haya desvanecido ese carácter “curativo” del turismo, la visita a la playa, la renovación de los cuerpos en las termas, las piscinas.

El proceso de curación no se trataba en todo caso, ni de una salida del sol ni de una resurrección, más bien de un viaje por la frontera de la muerte. La visita al santuario suponía un peregrinaje a la curación, la búsqueda de esa epifanía. Muchas veces la búsqueda incluía el dormir, el enfermo se ponía a soñar mediante pócimas. La estatua de Asclepio en Epidauro, con gesto hierático, proyecta también una mirada hacia el horizonte que simboliza una mirada sufriente. En un espacio laberíntico, se buscaba que el enfermo deambulara simbólicamente tras la curación, que estaba en su interior. En algunas imágenes se observa una deidad que toma agua o vino. El viaje de la cura era un itinerario onírico, una peregrinación en el sueño, pero la bebida podía también ser una embriaguez.

Luego, en el templo de Cos, influido por el de Epidauro, se estructura una legislación del sistema médico, vinculada al conocimiento del pitagorismo. Se veneraba la figura del médico, en sí misma religiosa. En el Asclepion ateniense, se asociará la luz con el cuidado, la asistencia. Pero aun así el médico posee un saber que no es propiamente ni religioso, ni filosófico. El arte de curar supone emerger de la oscuridad, una especial sabiduría que se obtenía por *la familiaridad* con el enfermo. Así, el médico se propone como un héroe: “aquel que ilumina la lejanía”. Podríamos decir, teniendo en cuenta estos aspectos que la mirada sufriente de Asclepio es la mirada de lo humano: búsqueda de la iluminación, la distancia que se pretende convertir en descubrimiento, el aislamiento que obliga a guardarse de lo desconocido que, una vez obtenida la curación, se expresa como un abrir el “bosque” a una nueva luz. La restauración de una música original y también, un logos, el desciframiento de un enigma que lleva la muerte. Se da como nueva posibilidad. Así, el remoto o lejano mito muestra un trabajo del logos que encontraremos en la historia de la medicina. ¿Cómo explicar esa distancia sufriente, cómo superarla, cómo transmutarla?

Hipócrates de Cos, (siglo V a de C), cambió el paradigma de que las enfermedades eran castigos de los dioses (y aquí resuena el término enfermedad como mal-dición, o mitos que vinculan enfermedad y enigma: la esfinge de Tebas). Estas eran más bien, el resultado de la interacción del hombre con la naturaleza. Sistematizó el análisis de las enfermedades y con ello “inventó” la historia clínica. Su obra “Corpus Hippocraticum” recopila el saber médico científico occidental. En su libro “las Epidemias I y III registra 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas. En dichas descripciones hace un análisis entre lo *normal* y lo *anormal*, y define las enfermedades como “agudas” o “crónicas” según su desarrollo. Cada anomalía **con respecto a lo esperado** se basa en lo que el paciente tiene, “pathema” (síntoma) y lo que el médico observa “semion” (Signo). La suma de ambos constituye el “Nousos” (enfermedad). Síntoma entonces como lugar de la espera, espera como lugar de lo indecible, -recuérdese el relato de la silla de la espera como castigo de Perséfone a Teseo, descifrador del laberinto- paciente como aquel que está en la lejanía de la espera que es esa herida que mana. Hoy esa isla tiberina también se ha hecho inmaterial: se llama caso, historia clínica y también historia de vida, rodeada por el fluir de los indicios, las conjeturas, los errores y los aciertos.

Galeno expuso en “Sobre la localización” sus ideas sobre el diagnóstico médico, ilustrándolos mediante una serie de *casos* clínicos que permitían no sólo la mayor credibilidad de sus opiniones al respecto, sino que implicaban al lector en el nuevo procedimiento diagnóstico y lo llevaban a tomar partido por éste. Paciente lector, lector paciente, resulta pertinente para este escrito: ¿Desde una estética de la recepción, qué nos propone Sacks? Un pacto lector, narrador, médico, paciente. Un encuentro en posibilidad desde determinadas formas de acontecimiento (enfermedad) que nos implican no solo como potenciales o actuales sufrientes, sino como eventuales espectadores de posibilidades de vida.

Quizás los problemas prácticos e intelectuales más interesantes que se le plantean al médico de todos los tiempos en el ejercicio de su profesión, son los derivados de la necesidad que tiene en el acto médico, de conocer con precisión la correcta realidad del hombre que tiene ante él y que busca en el médico su curación. A ese componente de conocimiento en la relación médico-enfermo lo llamaron los griegos «diagnóstico» y a la acción correspondiente, «diagnosticar», que para un médico griego fue indisolublemente unida al pronóstico (Laín, 1982). Galeno dirá: Si el diagnóstico de las enfermedades y el pronóstico de las cosas futuras no conducen al hallazgo de la curación óptima, serían cosas vanas. Si lo hacen, son útiles. Sacks nos ofrece una posibilidad adicional: ni el diagnóstico ni el pronóstico se reducen a la determinación neuronal, sino que

comprenden el ámbito de todas las existencias. No vemos al señor Thompson o a la señora B como asuntos meramente científicos, desde una localización puramente cerebral, si bien esta corresponda al hallazgo eminente y propicio de la ciencia, sino como posibilidades de interpretar nuestra existencia.

Leemos a Canguilhem: “el método experimental según Claude Bernard es más que un código para una técnica de laboratorio: es una idea para una ética”. Luego se rescata una proclamación: “Con la ayuda de esas ciencias experimentales activas, el hombre se convierte en un inventor de fenómenos, un verdadero contramaestre de la creación. La experimentación, en el nivel mismo de su técnica, encierra una teoría filosófica de la ciencia de la vida que remite a una filosofía de la acción de la ciencia sobre la vida”. (Canguilhem 2009).

A la mirada sufriente de la estatua de Asclepio, Rembrandt, ya en época de Vesalio, ofrece una nueva mirada en sus cuadros de lecciones de anatomía y en particular la *Clase de anatomía Dr. Nicolás Tulp* (1632). Entreverada entre lo sufriente y la destreza, el pintor barroco destaca un hálito divino en todo esto. El médico, contramaestre de la creación, observa la inmensidad, nos observa también a nosotros. Hay todavía un temblor viviente en el cadáver, como señala Schama.

Y siguiendo esa línea barroca hasta llegar a lo monstruoso, cierta forma de impiedad, cuerpos profanados, llegamos a Bacon. Un 'Retrato de hombre con gafas III' (1963) que recuerdan a las **ilustraciones médicas** del siglo XIX que describían los estragos físicos de las enfermedades contagiosas -fotografías de las cuales que se encontraron entre el material que guardaba el pintor en su taller-. Los 'Estudios del cuerpo humano' (1975) con la mandíbula ósea saliente de una de las mujeres, en un eco de la **calavera** de José de Ribera en 'San Pablo ermitaño' (1635-40). 'La musa Whistler, gran modelo', 1908 (1994 Fonte Coubertin) de Rodin en las **figuras desmembradas**. El 'Estudio sobre un retrato de Van Gogh I', (1956). ¿Dónde está el alma, resuena la pregunta de Sacks a las monjas del hospital?

2.- Una noticia de-mente.-

BBC news publicó el 26 de junio la noticia de un libro escrito por John Giggs, neurólogo y escritor de narrativa médica, en la cual analiza que la obra del poeta y visionario William Blake, considerado como loco en su tiempo, podría explicarse desde funcionalidades cerebrales. Higgs cita el trabajo del neurocientífico Dr. Adam Zeman, quien ha estudiado la imaginación durante décadas. Describió por primera vez en 2015 la condición de afantasia, en la que se descubrió que algunas personas no podían visualizar imágenes mentales. En otras palabras, no tenían ojo mental. En el extremo opuesto del espectro, se decía que aquellos con una imaginación extremadamente vívida tenían hiperfantasia.

El Dr. Zeman, señala la noticia, quien publicó sus últimos hallazgos de investigación a comienzos del 2021, con la ayuda de sus colegas de la Universidad de Exeter y alrededor de 70 voluntarios dispuestos a que se le escanee la actividad cerebral, está de acuerdo con Higgs en que, en lugar de querer decir que estaba desquiciado, las visiones de Blake sugieren fuertemente hiperfantasia.

"[Blake] parece vivir en el mundo de su propia imaginación en gran medida", dice el Dr. Zeman. "Algunas personas con hiperfantasia dicen que les resulta difícil estar seguros de si han imaginado algo o si realmente sucedió porque su imaginación es muy vívida".

Ninguno de los extremos, que se cree que afecta a millones de personas en todo el mundo, se considera un trastorno, señala. Son más como variaciones interesantes de perspectiva, cada una con sus ventajas y desventajas. Los hiperfantásticos tienden a ser más abiertos y tener abundantes imágenes mentales, según muestra la investigación, pero pueden ser más vulnerables a las emociones que las imágenes alimentan, como el arrepentimiento, el disgusto o el anhelo.

Los afantásticos tienden a ser más introvertidos, tienen memorias autobiográficas delgadas, que se basan más en hechos, y a menudo extrañan no poder imaginarse a los seres queridos que han perdido. Sin embargo, muchas personas muy imaginativas, incluido el cofundador de las animaciones de Pixar, Ed Catmull, el cocreador de Mozilla Firefox, Blake Ross, y los principales científicos Oliver Sacks y Craig Venter, han carecido de imágenes. La parte limitada, racional o lógica de nuestro cerebro, que Blake caracterizó como Urizen, es en realidad solo un modelo de cómo entendemos el mundo, explica Higgs. "Creemos que es real, creemos que es verdad", dice. "Cuando se siente amenazado, ataca y trata de defenderse. "Se puede ver en las redes sociales que las personas tienen una necesidad desesperada de que las consideren correctas. Para Blake, se trata de poder salir de eso y ver el cerebro racional como lo que es, como una especie de pequeña y limitada parte de una experiencia mental mucho más amplia".

Albert Einstein comentó una vez sobre "la ilusión obstinadamente persistente del paso del tiempo", que también fue representada por Blake en la forma de Los. La convicción del artista de que conceptos como el tiempo, Dios, el cielo y el infierno eran creaciones internas, siente Higgs, también salva los debates teológicos de la sociedad británica más secular de hoy.

Personas como Timothy Leary y Aldous Huxley defendieron el uso de drogas psicodélicas para ayudar a lograr estados de conciencia similares a los de Blake. Para las personas con afantasia, señala el Dr. Zeman, los alucinógenos a veces les ayudan a generar imágenes, pero no parece durar más que el efecto de la droga. Higgs compara la práctica, así como la de la meditación trascendental, con "microdosis en la eternidad de Blake".

3.- Protocerebridad.-

Al remitir el diagnóstico a una narrativa, se realiza un trabajo de reconfiguración del logos entre médico, paciente y lector. Pero ese tiempo que enuncia el texto de Sacks parte del enunciado de una conquista biológica y fisiológica: el cerebro como tiempo y lugar de la resolución de la angustia. Si hemos llegado, como señala Erich Kandel, al lugar de una comprensión casi que definitiva del hombre a partir del "descubrimiento del cerebro", tan poderosa como el descubrimiento del gen, surgen por lo menos dos preguntas de raigambre metafísica y antropológica. ¿Es el cerebro el último lugar para develar el misterio de lo humano?

Volvemos a Canguilhem: Habitamos un racionalismo de la energía. Siguiendo a Bachelard señala que el pensamiento científico debe a menudo cancelar un privilegio erróneamente atribuido a conceptos espaciales y oculares. La vista no es necesariamente la buena avenida del saber. Entre las regiones empíricas y las regiones racionales de fenómenos debe interponerse un psicoanálisis del conocimiento, una renuncia a las imágenes primigenias, a los errores primeros, una sustitución de la fenomenología que describe el fenómeno por una fenomenotécnica que lo inscribe en la ciencia.

Un racionalismo del electrismo. En la construcción de modelos eléctricos (físico-químicos) la fisiología nerviosa constituye el intermediario histórico y lógico, a la vez, entre el modelo mecánico,

reproductor de patterns y no mero simulador de efectos, y el modelo de tipo matemático y lógico. A este electrismo, posteriormente se une la cibernética: la concepción de la salud desde la funcionalidad y los modelos digitales, en perspectiva de control. El núcleo del concepto de salud, en esos términos, es el de homeóstasis¹.

Podría uno adicionalmente preguntarse, adicionalmente, sobre la relación de esta construcción asidua, inacabable, del hombre con una teodicea: nuestros modelos intentan asegurar cómo somos, o por lo menos cómo nos aproximamos desde la razón al mejor de los posibles (Leibniz). Sin embargo, suerte de mejor posible solamente se puede obtener a través de una incesante lectura de nuestros imposibles, llámense monstruos, variaciones defectuosas, sinsentidos, y aquí la narrativa de Sacks suscita inquietud como lectores. O quizás, llevar a la siguiente aporía: somos el mejor de los posibles porque no somos sino un posible que se lee como el único posible. El diagnóstico, el caso, opera como lugar de una fijeza. Pero en todo caso, permanecemos en el ámbito del lenguaje.

Weizsäcker: “La divisibilidad matemática puede ser pensada hasta el infinito, pero el lenguaje es comparativamente pobre. Quedamos entonces en que un matiz es demasiado delicado, rico, individual, etc., como para ser explicado en palabras. La cualidad artística es aquella que permite decir también lo indecible; ese es su secreto, pero se da con poca frecuencia. Hay obras que hacen visible lo que realmente antes era invisible. Y son las ciencias naturales las que se dirigen precisamente a lo cotidiano...”(Weizsäcker)

Poéticamente es posible “soñar” que el cerebro es la sinestesia eminente de nuestra temporalidad, lugar donde se expresa nuestra ávida pasión de inmortalidad individual corporal, abierta a la luz que se llama vigilia y que retorna incesante a la noche. Así, el fármaco ofrece una iluminación a cambio de una oscuridad, en tanto habitamos la mortalidad. Nuestra distancia es la distancia sufriente y también ingeniosa, y a medida que distintos modelos permiten encontrar albergue en esa distancia, viajamos. Soñamos que el universo, mediado por esta morfología sinestésica, será absolutamente nuestro. Sin embargo, aún no podremos prescindir del cuerpo, lugar de nuestra singularidad y de nuestra facticidad.

4.- Tiempo de la narración. ¿Por qué me gusta Sachs? La recepción de la narrativa de Sacks como una forma de diagnóstico no solo individual sino ético - estético.

La recepción de la narrativa de Sachs va más allá de la propia medicina experimental e incluso de la propia medicina. Algunos lo han acusado de crear una especie de “circo freak”; otros reprochan que vincule hechos anecdóticos con la investigación estrictamente científica basada en el laboratorio, o incluso se han hecho acusaciones de cierta impiedad al tomar casos que deberían conservarse en el ámbito de la reserva legal de las historias clínicas y del derecho a la intimidad del enfermo. Tal vez sea el propio Weizsäcker, en la cita que hicimos atrás, el que responda al referirse a las posibilidades del arte para abordar al paciente desde su condición de viviente, más allá de la referencia puramente ceñida a pruebas de laboratorio y el dictamen. “Nuevamente es preciso un gran esfuerzo para poder comprender ahora la naturaleza de las enfermedades de un modo en que éstas sean

¹ Conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en la composición y las propiedades del medio interno de un organismo.

reconocidas como un potente medio a través del cual se le da un rumbo determinado al curso del mundo”, señala Weizsacker. “Si uno observa luego el índice de un libro de texto sobre patología, se descubrirán en él cantidad de superposiciones y casualidades. Algunas veces son órganos, otras veces funciones, otras causas, otras síntomas que le dan el nombre a las enfermedades, de manera que el todo se parece más a una enumeración; la sucesión más a un recuento en serie”. (Weizsacker).

El relato médico de Sacks nos lleva a una comprensión no sólo de lo médico, sino de lo estético y aún lo ético. Lo estético hace visible lo médico y éste también permite observar de otra manera referentes que en otro tiempo admitieron diversos grados de interpretación. Hay también una pregunta bioética sobre el paciente, el médico y el mundo en el cual se desenvuelven, sobre nuestra familiaridad con el enfermo e incluso, sobre el concepto de enfermo. La comprensión de lo extraño, del mundo en su extrañeza, incluso en su sinsentido a partir de la mirada del narrador y su traslado al lector encuentra en el diagnóstico una superación incluso prometeica.

La salida del diagnóstico de la esfera de la clínica a la esfera de la calle se corresponde también con una salida hacia lo narrativo en términos de un lector que es espectador, y paciente por demás, de posibilidades. Que seamos la mejor versión, o así lo creamos, siguiendo en eso la teodicea leibniziana, o que seamos apenas un momento de una libertad incesante, abismal, de la cual somos apenas un acontecimiento que alcanzará su apocalipsis, he aquí historias que nos sumergen en algo más que anécdotas o descubrimientos de la medicina.

El exceso, señala el Sacks narrador, rompe la perspectiva de una neurología clásica, basada en lo funcional:

“Nos vemos obligados, señala a pasar de una neurología de la función a una neurología de la acción, de la vida. A este paso crucial nos fuerzan las enfermedades del exceso, y sin hacerlo no podemos empezar a investigar la «vida de la mente». La neurología tradicional, con su mecanicismo, su insistencia en los déficits, nos oculta la vida real que es instinto en todas las funciones cerebrales, al menos las funciones superiores como las de la imaginación, la memoria y la percepción. Nos oculta la propia vida de la mente. Será de estas disposiciones vivas (y con frecuencia sumamente personales) de la mente y el cerebro, sobre todo en un estado de actividad potenciada, y por tanto iluminada, de las que nos ocuparemos ahora”.

El narrador aborda esta neurología dinámica desde una estructura retórica; se preocupa por las ironías de la vida, expuestas en esos excesos de impulso, de imagen y voluntad. La posesión o desposesión por una fisiología enloquecida. (¿No vivimos acaso ahora en el mundo de lo hiper?). No podemos circunscribirnos al escenario de lo puramente clínico.

Por lo menos, provisionalmente, la ironía llega hasta el concepto mismo de enfermedad. ¿Si Canguilhem considera la salud como el silencio de los sentidos, no será acaso imposible hablar ya de salud, sino partir del discernimiento tanto de una fisiología como incluso de una antropología, desde la enfermedad como fundamento, recordando en eso a Schelling, Weil o los gnósticos? El carácter irónico que observa el narrador impone ya un giro: busca conciliar nuestro carácter anfíbio, entre instinto y razón, entre vitalidad y mortalidad. Frente a la desesperación, que lee en los personajes cuya narración expondremos, propone la aurora de un renacer que el diagnóstico cierra con la inquietud del péndulo: la desesperación, infinita e inconcebible como la muerte, siempre

difiere de los motivos para desesperar: éstos tienen magnitud probable, incluso objetiva e incluso curable.

La desesperación es la totalización imposible, la incapacidad de integrar, la imposibilidad absoluta de conciliar (Jankelevitch) “Comprendéis lo que significa no tener adónde ir”, pregunta Dostoievsky en *Crimen y Castigo*”. Transidos por la desesperación, en la frontera o en el confín, y gracias al fármaco de la palabra, a su veneno, pero también al acontecimiento subyacente del don y la hospitalidad que se expone en el encuentro entre Thamus y Theut, los seres humanos de estos relatos tienen a dónde ir: a nuestro lugar de lectores (libro y escritura como lugar de hospitalidad) espectadores, enfermos, pacientes; al hospital, isla de la cura; a la calle de la ciudad inexpugnable, entre cuyas murallas impalpables (recordemos el concepto de frontera en salud que surge con el Covid, por ejemplo) se resuelve la vida.

4.1.- Una cuestión de identidad.-

El equívoco de la identidad, que al comienzo se ofrece de manera irónica, incluso humorística, deviene en tragedia. El señor William Thompson confunde, al inicio de este capítulo, al médico y narrador (narrador homodiegético) con un cliente. Así mismo, el espacio es, desde la comprensión del señor Thompson, el de una tienda. El narrador se ofrece a aclararle el error mediante la exhibición del estetoscopio y la bata blanca. La memoria le ha jugado malas pasadas, señala Thompson, pero el narrador realiza un giro: se trata de variantes, improvisaciones, a veces divertidas, a veces brillantes pero en últimas, signadas por un elemento trágico. “Qué era el señor Thompson”, se pregunta el narrador, y se responde acto seguido: un extendero con síndrome de Korsakov grave, **ingresado** en una institución neurológica. El espacio se descubre más allá de la “pseudoidentificación” de Thompson: el cliente de la tienda que ve Thompson es el médico y el lugar no es una tienda de víveres sino un hospital.

Esta situación diagnóstica se desplaza a la noción de desorientación. Se abre a los pies del señor Thompson el abismo de la amnesia, que él salvaba mediante ingeniosas fabulaciones y ficciones de todo tipo. No podía tolerar el flujo incesante y la incoherencia del mundo, sustituía aquella cuasicoherencia extraña y delirante, con invenciones continuas, inconscientes y vertiginosas, improvisaba sin cesar un mundo a su alrededor, un mundo de *Las mil y una noches*, un sueño de situaciones, imágenes y gentes en perpetuo cambio, en transformaciones y mutaciones continuas, caleidoscópicas. Pero para el señor Thompson no era un tejido de ilusiones y fantasías evanescentes y en cambio incesantes, sino un mundo fáctico, estable, plenamente normal. Por lo que a él se refería, en principio, no había ningún problema.

En una ocasión, señala el narrador, el señor Thompson se fue de viaje; se presentó a una recepción como el reverendo William Thompson y en el taxi se explayó, para admiración del taxista, en historias fantásticas. Pareciera, como el Barón de Munchhausen, haberlo hecho todo, conocido todo. El taxista se convierte de admirador en testigo de un hecho clínico. “No es una sola vida”, señala el narrador en plural (le contestamos). Es en primer lugar, UN CASO, y la proposición se completa, “UNA CUESTIÓN DE IDENTIDAD”.

A diferencia del caso del señor Jimmie G, narración del capítulo dos de esta sección, quien se había *aliviado*, el señor Thompson mantenía un delirio casi frenético, creando continuamente, un mundo y un yo para sustituir al continuamente olvidado y perdido: el olvido como un continuum,

acompañado de un frenesí que produce potencialidades de invención y fantasía sumamente brillantes. Y ese continuum de olvido “juega” con un continuum de sentido que se pliega, se desliza.

Biológica, fisiológicamente, no somos distintos unos de otros, señala el narrador; históricamente, como narraciones, somos únicos. Aquí el diagnóstico hace lo que llamaríamos un “giro de tuerca” en el sentido de Henry James. El narrador no diagnostica solamente al señor Thompson: nos entrega un diagnóstico a nosotros, los lectores. Nos reconoce una normalidad y cuan peligrosamente entendemos lo que es estar bien, pues la narración que conforma una biografía puede ceder y estropearse.

Ser nosotros mismos es *tenernos* a nosotros mismos, poseer, “reposeer” nuestras historias biográficas. (Me surge una pregunta: el alcance jurídico, y en términos de Canguilhem, normativo y biológico, de poseernos. ¿Dónde está la vida del señor Thompson? ¿Quién posee (uso y abuso, en derecho), su vida: el diagnóstico; la clínica, o su propia “enfermedad”?)

El señor Thompson no puede huir a esa necesidad narrativa, que el fin y al cabo es su forma de mantener el yo. Pero esta carece de continuidad, de una narración tranquila, y se debate, se transforma, en una incesante metamorfosis. Una proliferación de pseudo-narraciones, pseudo-continuidad, a pseudo-mundos poblados por pseudo-gentes, por fantasmas: “Parece un comediante entusiasta”.

Este frenesí puede producir potencialidades de invención y de fantasía brillantes (un auténtico genio confabulatorio), pues el paciente *debe literalmente hacerse a sí mismo a cada instante*, pero traiciona, perdónesenos esa palabra tan cargada de thymos, la narración interna, continua, que otorga sentido a la vida. El problema entonces, se traslada al propio dispositivo del yo del señor Thompson: ¿sabe, siente esto el propio señor Thompson? Lo que al principio es simpático se convierte en terrorífico. NO PUEDE PARAR, deambula en la frenética carrera de una existencia con brechas de memoria, de sentido, imposibilitado de encontrar una cura. “¿Cuál es su sentido de la realidad?” se pregunta el narrador.

Es indudable, señala, que no se siente muy a gusto... tiene siempre una expresión tensa, crispada, como la de un hombre sometido a una presión interior continua; y de cuando en cuando, no muy frecuentemente, o enmascarada si aparece, una expresión de desconcierto patente, franco, patético.

Lo que salva por una parte al señor Thompson, y lo condena por otra, es la superficialidad forzada o defensiva de su vida: la forma en que está reducido, en realidad, a una superficie, brillante, temblequeante, iridiscente, en perpetuo cambio, pero a pesar de todo una superficie, una masa de ilusiones, un delirio, sin profundidad. Y unido a esto, no hay ningún sentido de que ha perdido el sentido (precisamente porque lo ha perdido), ningún sentido (valga la reiteración de esta palabra) de que ha perdido la profundidad, esa profundidad insondable, misteriosa, de infinitos niveles, que define de algún modo la identidad o la realidad y que permite distinguir lo verdadero de lo falso, lo irreal de lo real. Detrás de esa extraña pérdida, discurre otra forma de thymos: la indiferencia. Entre el maremágnum de versiones, historias, fantasías, **nada importa en realidad**.

El narrador nos relata la anécdota del hermano menor del señor Thompson, Bob. En una ocasión, se refiere a su hermano, a quien ha visto pasar, con indiferencia, de manera invariable. Lo real ha descendido a esa corriente indiferenciada, que se denota semánticamente en el tono de voz, pero también en el tiempo verbal: un presente indicativo habitual. En efecto, se refiere a George, su

hermano mayor, ya muerto, como un asunto del presente. Bob pretexto esa muerte, pero el señor Thompson insiste en ese carácter que podríamos llamar un presente con vocación atemporal, de eternidad.

Esta anécdota lleva al narrador al convencimiento de que había una pérdida total y básica de realidad interior, de sentido y de significado, **de alma**, en William, lo que lo lleva a preguntar, como en ocasión anterior a las monjas lo mismo que les había preguntado en el caso de Jimmie G.: ¿Creen ustedes que William *tiene* alma? ¿O la enfermedad le ha vaciado, le ha dejado hueco por dentro, lo ha desalmado?

(Inusitada pregunta, y como hemos señalado atrás, pregunta que responde a unos síntomas. Poéticamente pienso en el lugar de la hospitalidad. Estos “seres” tienen un lugar: el claro de la vida). Sigue el narrador: Porque la víctima última, «existencial», no es la memoria (aunque su memoria *esté* completamente devastada); no es la memoria únicamente lo que se ha alterado tanto, sino cierta capacidad básica para sentir, que ha desaparecido; y es en este sentido en el que él está «desalmado» o «desanimado». Lo que es más grave, lo definitivamente desalmado de este caso es que se trata de pacientes que no tienen conciencia de que les haya sucedido nada, pacientes que han perdido su propia realidad, y que no lo saben siquiera, pacientes que quizás no sufran, pero que son los más olvidados de Dios.

El narrador contrasta ese estadio con el del luchador, aquel que «con la tenacidad de los condenados» lucha para recuperar el uso de su cerebro enfermo. Pero William está tan condenado que no sabe que está condenado, porque lo dañado no es simplemente una facultad, o algunas facultades, sino la ciudadela misma, el yo, el alma misma. William está «perdido», en este sentido, mucho más que Jimmie, en quien todavía hay un yo real, moral, así esté desconectado del tiempo. En éste último es posible la reconexión a lo real, mientras en William se ha perdido, e incluso, al intentarlo, aumenta la presión fabuladora.

No obstante, el narrador resalta un último estadio, ante el fracaso de la reconexión. Cuando se renuncia a ese intento y se deja a William libre de éste, “vaga a veces por el jardín plácido y tranquilo, que nada le exige, que rodea la institución y allí, en esa tranquilidad, recobra la suya. La presencia de otros, de otras personas, le excita y le inquieta, le lanza a un parloteo social frenético, infinito, un verdadero delirio de búsqueda y elaboración de identidad; la presencia de plantas, el jardín silencioso, el orden no humano, al no ejercer ninguna presión social o humana sobre él, permite que este delirio de identidad se relaje, se afloje; y con su plenitud y autosuficiencia *no humanas*, tranquilas, le permite una extraña calma y autonomía propia, le ofrece (por debajo, o más allá, de todas las identidades y relaciones meramente humanas) una comunión muda y profunda con la propia naturaleza, y con ello la sensación renovada de estar en el mundo, de ser real”.

4.2.- Sí, Padre – Hermana. La boba feliz.-

El breve relato sobre la señora B., se construye con el diálogo como recurso literario, y es también un enlace entre el relato anterior y el de los poseídos. Una antigua química investigadora, había experimentado un rápido cambio de personalidad, volviéndose «chistosa» (jocosa, dada a chistes y bromas), impulsiva... y «superficial». («Te da la sensación de que no se preocupa por ti», decía una de sus amistades. «No parece preocuparse ya por nada.»)

Doctores, hermanas, padre, hijo, nada implicaba diferencias para la señora B.

El tipo de indiferencia jocosa y de «igualación» que reflejaba esta paciente, señala el narrador, no era algo insólito, los neurólogos alemanes lo llaman *Witzelsucht* («Enfermedad jocosa»), y Hughlings Jackson la identificó como una forma básica de «disolución» nerviosa. No era algo excepcional, aunque sí lo es la capacidad de discernimiento... y ésta, quizás afortunadamente, se perdía a medida que la «disolución» avanzaba.

Veo bastantes casos, señala el narrador, con fenomenología similar pero con las etiologías diversas. A veces incluso no está seguro al principio, de si el paciente está sólo «haciéndose el gracioso», bromeando, o si es esquizofrénico. Así, retoma sus notas y encuentra un caso de un paciente con esclerosis cerebral múltiple, al que examinó (aunque no pude seguir su caso) en 1981. Allí encuentra la referencia a la “boba feliz”.

“De todas las formas de esquizofrenia la «boba-feliz», la llamada «hebefrénica», es la que más se parece a los síndromes orgánicos amnésicos y del lóbulo frontal. Son las más malignas, y las más increíbles... y nadie se recupera y regresa de esos estados para contarnos cómo eran”.

4.3.- Los poseídos.-

La epifanía, heredera de la claritas tomista, no lleva en este caso a la esencia del ser sino a la pregunta por la cura, pero el caso no se restringe al ámbito, al microcosmos espacio temporal de la clínica, sino al lugar abierto de la calle. El médico abandona el claustro y asume la actitud paseante. El paciente deja de ser sujeto del espacio clínico y camina por la ciudad, la ciudad se convierte también, en un juego especular, en el ámbito metafórico de la enfermedad. Desde la negatividad, y presumo desde mi yo, deambulamos los enfermos: los neuróticos, los estresados, los ulcerosos. Allí, normativamente, y valga la tautología, se construye la normalidad.

Resuena la metáfora del horizonte. La urbe contemporánea ensancha el horizonte del diagnóstico, ofrece la conmoción de los sentidos, los matices, las sinestesias, pero sobre todo, trasluce el carácter prometeico del hombre, pues al salir a ese claro de oscuras ruinas y proyectos, se da “la lucha por la vida”.

Sucede algo así como lo que ha propuesto Joyce en *Dublínenses* o en *Retrato de un artista adolescente*, cuyos relatos giran en torno a la vida en Dublín. Quien se arriesga, como peatón cualificado, el médico que viene del linaje de Asclepio, a ese mundo- inframundo de lo citadino, busca lo real a través de la emergencia de un exceso; lugar donde no solo hay sentido sino sinsentido pero que, precisamente, a través del fluir entre los confines, permite transmutar lo cotidiano en una entonación por la vida, el anhelo de vivir.

El espíritu creativo asociado al síndrome de Tourette, relatado en el capítulo diez, en la persona de Ray y su vocación musical, encuentra ahora una versión más “extrema”. La creación, que Ray logra conservar a pesar del efecto paradójico del fármaco (Haldol) y la contienda (pólemos) que debe llevar a cabo con éste, deviene ahora en un caso profundo sobre la imposibilidad de integrar una identidad y convertirla en un talento. Mientras que en el caso de Ray el síndrome se padece desde una personalidad amplia, “otras pueden estar realmente estar «poseídas», y apenas ser capaces de integrar una identidad real en medio de la presión y el caos tremendos de los impulsos tourétticos”.

“Esta forma del síndrome de Tourette («supertourette») es muy rara, quizás cincuenta veces más que el síndrome ordinario, y puede ser cualitativamente distinta, además de mucho más intensa que cualquiera de las formas ordinarias del trastorno. Esta psicosis de Tourette, este frenesí es completamente distinto de la psicosis ordinaria debido a su fenomenología y su psicología subyacentes, y exclusivas. Guarda además afinidades con las psicosis motoras frenéticas que a veces provoca la L-Dopa y, también, con los frenesís confabulatorios de la psicosis de Korsakov (véase atrás, el capítulo doce). Y como todos estos trastornos puede aplastar casi a la persona”.

El carácter epifánico de la enfermedad y el diagnóstico juega negativamente con el acuífamiento mítico de la isla (el aislamiento en hospital), y como en el propio Fedro, atraviesa las murallas impalpables de la ciudad moderna, New York. En la calle el narrador se encuentra con episodios de ese carácter violento del síndrome.

El pabellón de una institución o la clínica de un médico no es siempre el lugar más adecuado para observar la enfermedad, al menos no para observar un trastorno que, aunque de origen orgánico, se expresa en impulso, imitación, personificación, reacción, interacción, llevados a un extremo y a un grado casi increíble. La clínica, el laboratorio, el pabellón hospitalario están concebidos para reprimir y centrar la conducta, y hasta para excluirla totalmente, en realidad. Son adecuados para una neurología sistemática y científica, reducida a tareas y pruebas fijadas, no para una neurología abierta, naturalista. Ésta ha de ver al paciente desinhibido, no observado, en el mundo real, totalmente entregado al acicate y al juego de cada impulso, y uno mismo, el observador, no debe ser observado tampoco. Qué mejor, para esto, que una calle de Nueva York (una vía pública anónima de una gran ciudad), donde el sujeto de trastornos impulsivos y extravagantes puede gozar y exhibir hasta el extremo la libertad monstruosa, o la esclavitud, de su condición.

El carácter de paseante, rescatado por ejemplo por Baudelaire o Benjamin bajo la figura del *flaneur* que aprende a observar en la ciudad no solo el tránsito indiferente sino ese aspecto epifánico, místico, como resalta con especial apreciación poética Rilke en los Cuadernos de Malte Laurids Brigge, se ofrece como el escenario para observar el parkinsonismo. En la ciudad, señala el poeta, podemos buscar no sólo una vida propia sino una muerte propia. Las calles y el hospital juegan como huellas de una búsqueda metafísica que cifrará en el ángel. No en el yo, reproche que podríamos formular, desde esa perspectiva teológica y poética, a Sacks.

En el caso del síndrome de Tourette, la observación remite al yo configurador del sufrimiento como consciencia de la ruptura con “lo normal”. A diferencia de los pacientes (y uso esta palabra en sentido local, es decir, no solamente el paciente que se configura en el espacio de aislamiento del hospital, sino en los lugares y no lugares de la ciudad) “ nunca lo sabe, pero el que padece tourettismo percibe su desdicha con una agudeza aplastante, y quizás irónica en último término, aunque puede que sea incapaz de hacer algo al respecto, o que ni siquiera desee hacerlo”. Porque mientras que al que padece el síndrome de Korsakov lo impulsa la amnesia, la ausencia, a la víctima del síndrome de Tourette la arrastra el impulso extravagante... un impulso del que es al mismo tiempo creador y víctima, impulso que puede repudiar pero que no puede ignorar. Respecto de la aseveración de Hume, de que no somos más que un amasijo de sensaciones, la pregunta por el alma, que ha expuesto el narrador en varios acápites, vuelve a ser formulada: “¿Puede *desarrollarse*, frente a este aniquilamiento, frente a estas presiones... o quedará aplastada, produciendo un “alma tourettizada” (en expresión conmovedora de un paciente al que

conocería más tarde)? Hay una presión fisiológica, existencial, casi teológica, que pesa sobre el alma de la víctima del tourettismo, ya logre mantenerse completa y soberana, ya se vea arrebatada, poseída y desposeída, por todos los impulsos y las necesidades primordiales”.

Esto no se cumple, evidentemente, en el caso de un ser humano normal, porque éste posee sus propias percepciones. No son un mero flujo, sino que son tuyas, están unidas por una individualidad o yo duradero. Pero lo que dice Hume puede aplicarse sin duda a un ser tan inestable como la víctima del supertourettismo, cuya vida es, hasta cierto punto, una sucesión de movimientos y percepciones convulsivos o imprevisibles, una agitación fantasmagórica sin centro ni sentido alguno. En ese aspecto el paciente del síndrome de Tourette es un ser «humano» más que humano. Éste es el destino filosófico, casi teológico, que aguarda, si la relación entre impulso y yo es demasiado abrumadora. Tiene afinidades con el hado «freudiano», al que también abruma el impulso, pero el hado freudiano tiene sentido (aunque sea trágico), mientras que el hado «humano» es insensato, absurdo.

5.-Pregunta del narrador sobre el alma.-

La pregunta por el alma parece estar respondida en el hecho mismo del diagnóstico desde la narración de vidas que, sumidas por diferentes enfermedades o síndromes que ocasionan la imposibilidad biográfica, la incoherencia de forjar o mantener una identidad, participan de un diálogo con el otro. Diálogo fracturado sí, que deambula entre lo cómico y lo trágico, lo errático y la cura posible o imposible que ofrece dicho diagnóstico pero que no anula la intersubjetividad de la escritura.

Incluso la etimología diálogo comparte con diagnóstico ese “a través” que en el primero conduce a la palabra (a través de la palabra) y en el segundo al conocimiento (a través del conocimiento). La fractura del yo en los enfermos por exceso no niega el hecho de que, como dijimos, tienen un lugar, y ese lugar es tanto el espacio como la propia intersubjetividad. El diagnóstico permite una autorreflexión del médico narrador y de otros que, como Luria, asisten al acontecimiento de una enfermedad. Pero el paciente no es un ser afásico, sin habla, sino alguien que de alguna manera, al entregarse al dictamen, corrobora la noción de que yo es otro. Se ofrece como símbolo, como multiplicidad de interpretación.

El diagnóstico no debe ocuparse tanto de la autorreflexión médica cuanto de la reflexión a través del otro que somos en tanto posibilidad de ser paciente (Job). Sí, es cierto que los personajes de los relatos del exceso sufren por una pérdida o fractura de su identidad, por un resquebrajamiento de la memoria que funda su posibilidad de una narración coherente de bios. Pero también, como hemos señalado, el fármaco opera en su carácter dual. Yo es otro, y es la esencia tanto del diálogo como del diagnóstico. El diálogo y el diagnóstico revelan finitud, incompletud. Quizás no haya biografía pero sí trayectoria de vida, un camino en lo cotidiano, en el sufrimiento pero también en la felicidad, y en el caso del médico, en el error, la incertidumbre, al anhelo de configurar el don de la cura (Buber).

La metáfora del paseante, que articula Sacks en el último de estos tres relatos ofrece una interesante forma de acercarse a la relación médico paciente en el espacio de la urbe y precisamente a una forma de ver, de percibir. Si el flaneur baudelariano, como señala Benjamin, va a hacer botánica al asfalto, a oficiar como detective, en un rodeo en donde aprende a perderse y a

reencontrarse, resulta hermosa la imagen de Sacks del médico en la ciudad como un paseante que además tendría como tarea la posibilidad de comprensión de la enfermedad en su devenir cotidiano, rutinario. También hay aquí los ecos del paseante como guía en ese trasegar entre vida y muerte que el fluir urbano deja ver. Lector de rastros de la vida, de indicios propicios para la cura, también debería incluir, en ese espacio dialógico al cual nos referimos, al caminante errante, errático, el que se ha extraviado de sí mismo, como ocurre con “los poseídos”.

6.- El descubrimiento del cerebro y el concepto de normalidad. Coda jurídica.-

Si al caso médico corresponde el diagnóstico, y la imposibilidad de una panacea frente a la enfermedad, al derecho le aviene la ley y su merodeo alrededor de la justicia². “Peligrosamente bien” puede también ser una ironía de la normalidad. Pues si una cosa es la normalidad fisiológica, ese silencio de los sentidos (que podría pensarse, como se dijo atrás, es más bien esa danza sinestésica de esa morfología llamada cuerpo, vida, cuya sinécdoque es el cerebro, danza a la cual se refiere Valery en su obra), la normalidad regulativa, normativa, de la salud siempre está ad portas de convertirse en dispositivo jurídico (Canguilhem, pero más aún Foucault).

El cuidado de una actividad artística, poética, ética y médica, como la de Sacks, abre el interrogante sobre “formas de normalidad” (tautológicamente, “normas de normalidad”). ¿Cuáles serán los efectos de esos hallazgos en la búsqueda de nuestra comprensión del cerebro? ¿Están inmersos, dicho metafóricamente, en la cápsula de Boyle, hoy cápsula de laboratorio o cápsula de búsqueda por el cosmos; están inmersos en la ingravidez de la ciencia, o llevarán también al riesgo de generar nuevas técnicas de control?

No perder el anclaje con lo viviente humano resulta siendo un trabajo que se propuso Canguilhem en ese aspecto. Una historia de la ciencia, como él realizó, asegura un pensamiento crítico: que los descubrimientos no conduzcan a formas de eugenesia, a formas de biopolítica, es la pregunta que surge y que por supuesto, el tiempo de la ley dejará ver o entregará ante acontecimientos propicios (frente al Covid, por ejemplo, se dice con eufemismo sospechoso: la nueva normalidad)

Sacks nos propone una lectura humana que es preciso no descuidar. Pero ese no es el propósito de este escrito, que prefiere la razón poética, la metafísica y el sueño, a las lecturas de la ley.

² Uno de los aspectos más interesantes del relato Ante la Ley de Franz Kafka reside en esa espera. K ve pasar a otros e ingresar por las puertas de la ley. Cuando, ya anciano y a punto de morir pregunta al guardián por qué nadie llegaba a la puerta donde él esperaba, éste le responde que esa puerta era solo la de él, y que allí nunca habría posibilidad de acceso. El tiempo de la ley es la espera de la justicia. El derecho es una estrategia de diferimiento de la justicia. En su lugar, obra el proceso.

Bibliografía.-

Blumenberg, Hans. Trabajo del mito. Editorial Paidós 2009

Canguilhem, Georges. Estudios de historia y de filosofía de las ciencias 2009

Jauss, Hans Robert. Caminos de la comprensión. La balsa de la Medusa 2012

Kandel, Eric. Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente. 2006

Kereny Karl. El Médico Divino (i) Asclepio. Sexto Piso 2009

Weizsäcker, Patosofía. Libros del Zorzal 2005