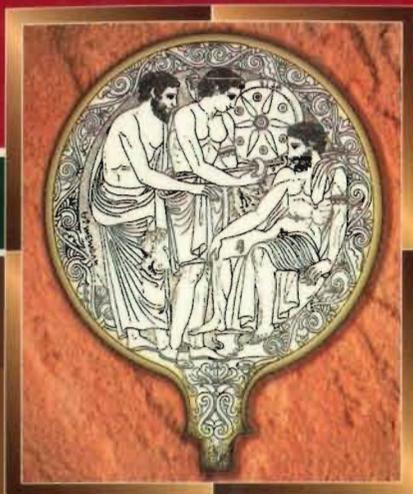


CURAR POR LA HERIDA

Eckhard Frick

Sobre el psicoanálisis del arquetipo de la curación



Los antiguos enemigos, Télefo herido en el muslo derecho y Aquiles sanador, llevan la misma pulsera en la parte superior del brazo izquierdo. Apoyado en su cetro, Agamenón, el dueño de casa, presencia cómo Aquiles raspa con un cuchillo curvo con forma de hoz, que recuerda un cepillo de baño, el óxido de su lanza. La herida fue ocasionada por la lanza de Aquiles. Quien provocó la herida, curará.

(Espejo etrusco)

ISBN 950-724-968-0

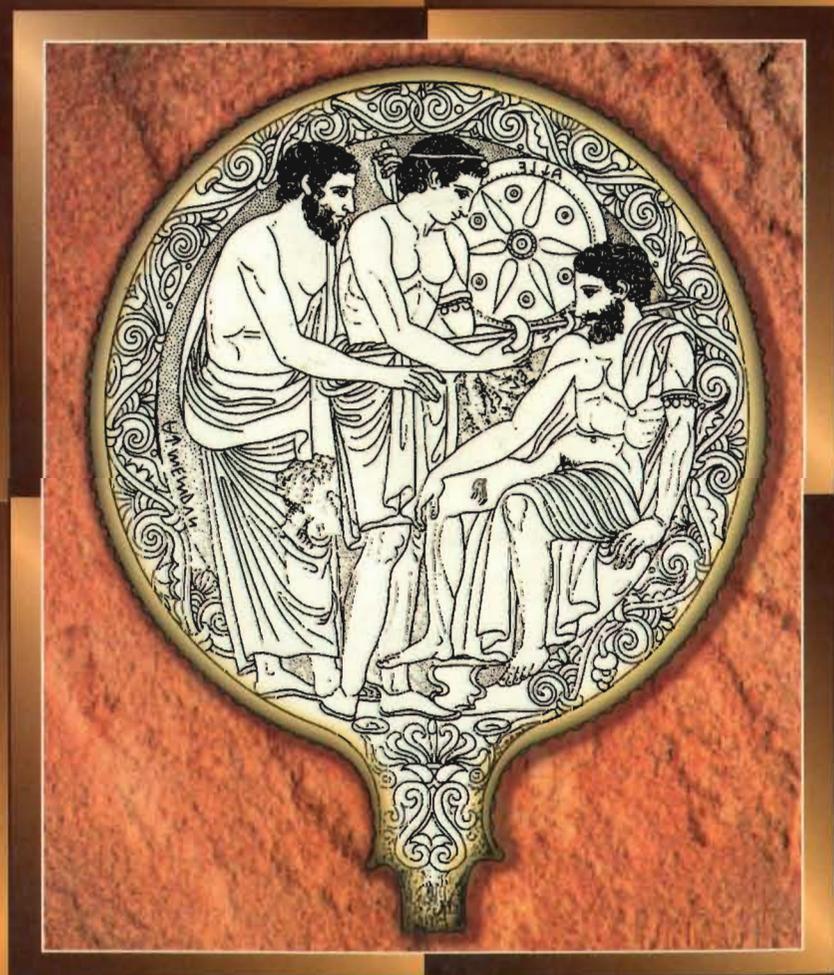


LUMEN

CURAR POR LA HERIDA

Eckhard Frick

Sobre el psicoanálisis del arquetipo de la curación



LUMEN

Eckhard Frick

CURAR POR LA HERIDA

Sobre el psicoanálisis del arquetipo
de la curación

Con 14 ilustraciones
y 2 cuadros explicativos

Versión revisada por el autor



Editorial LUMEN
Viamonte 1674
(C1055ABF) Buenos Aires
☎ 4373-1414 (líneas rotativas) Fax (54-11) 4375-0453
E-mail: editorial@lumen.com.ar
República Argentina

Recordando a Helmut Remmler 26/9/1928-28/8/1997.
Médico, psicoanalista, amigo.

Colección Psicología

Título original: *Durch Verwundung hellen.*
Zur Psychoanalyse des Heilungsarchetyps

© 1996 Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, Alemania

La presente versión castellana ha sido revisada y actualizada
en forma personal por el autor.

Traducción: Susana Beatriz Mayer
Supervisión de texto: María Eugenia Schindler
Armado: María Andrea Di Stasi
Diseño de tapa: Lorenzo D. Ficarelli

ISBN 950-724-968-0

Ilustración de tapa: La curación de Télefo (de GERHARD 1843)

© 2000 by LUMEN
Hecho el depósito que previene la ley 11.723
Todos los derechos reservados

LIBRO DE EDICIÓN ARGENTINA
PRINTED IN ARGENTINA

Índice

Prefacio. Entre psicoanálisis y psicodrama:
el arquetipo de la curación

| | |
|--|----|
| I. Constelación: del modelo de la enfermedad | |
| al modelo de la salud | 9 |
| Los dioses se han convertido en enfermedades: la enfermedad y la salud desde el punto de vista arquetípico | 17 |
| Figuras míticas de sufrimiento y salvación | 24 |
| ¿Integridad o totalidad? | 26 |
| II. Estar-en-relación: de la explicación causal | |
| a la comprensión de signos. | 31 |
| La idea de la causalidad en la medicina moderna | 33 |
| La enfermedad entre el mito y la ciencia. | 36 |
| ¿Expulsar la causa al desierto? El ritual del chivo expiatorio | 42 |
| ¿"Sólo" proyección? La lucha contra los demonios de la enfermedad | 52 |
| El regreso del chivo expiatorio | 55 |
| El viraje hacia el signo | 57 |
| III. Los símbolos: de la observación distanciada | |
| al drama de la curación | 63 |
| El concepto de símbolo en C. G. Jung | 65 |
| La sanación física como símbolo de la curación | 67 |
| La serpiente: peligrosa y curativa | 73 |
| La serpiente levantada por Moisés | 84 |
| La serpiente y la cruz | 86 |

| | |
|---|-----|
| IV. En el centro: la cruz | 91 |
| Lo ajeno y lo propio: símbolo de la curación y de la totalidad | 93 |
| La cuaternidad de la cruz en la búsqueda del Sí-mismo | 95 |
| La cruz como símbolo vivo | 100 |
| La herida y la salvación en la cruz de Cristo | 101 |
| El buen samaritano que lleva la cruz | 112 |
| | |
| V. La curación: de la (im-)potencia de la medicina a la co-evolución | 117 |
| El arquetipo de la curación | 123 |
| El médico entre <i>persona-máscara y sombra</i> | 127 |
| Sólo el médico <i>hiriente</i> cura | 134 |
| Sólo el médico <i>herido</i> cura | 141 |
| Co-inconsciente | 146 |
| La transferencia y la contratransferencia | 149 |
| El inconsciente del paciente | 154 |
| El momento sabático de la curación | 157 |
| | |
| VI. <i>Containing</i> : de la escisión a la alianza entre colegas | 161 |
| El espacio terapéutico como <i>container</i> | 165 |
| La función de abuela | 169 |
| | |
| Epílogo | 177 |
| | |
| Bibliografía | 181 |
| | |
| Índice onomástico | 187 |
| | |
| Índice de términos | 189 |

Prefacio

Entre psicoanálisis y psicodrama: el arquetipo de la curación

“¿No piensa usted que cada psicodramatista necesita un análisis personal, didáctico?”, le preguntó de manera muy seria Gretel Leutz, una psicoanalista alemana, a Jacob Moreno, el fundador del psicodrama clásico. “Es verdad que el psicoanálisis puede ayudar —replicó Moreno—, sin embargo, ¿existen tres psicoterapeutas famosos y exitosos que nunca se sometieron a un análisis didáctico: Jesús, Freud y yo mismo!” Se trata del humor de Jacob Moreno, y hay que entenderlo como tal a menos que se lo considere un megalómano.

C. G. Jung exigió el análisis personal del futuro analista. Hoy en día, todas las escuelas psicoanalíticas lo consideran indispensable. Sin embargo, los tres médicos que no se sometieron al mismo nos enseñan mucho sobre el tema de este libro:

- Jesús, el médico y salvador del mundo, es el prototipo del sanador herido (capítulos IV y V). Él no desempeña poder alguno, sino la energía transformadora de una inversión de *roles* arquetípica, es decir que él, que lleva la salud (“salvador”), se identifica con lo que es débil, enfermo, endemoniado. En cambio, quien intente identificarse solamente con su poder curativo, caerá en el complejo del salvador.

- Sigmund Freud no “inventó” el psicoanálisis por sus capacidades científicas y médicas (indudables) sino por la superación consciente de su propio sufrimiento neurótico. En su correspondencia con Wilhelm Fliess, estamos en presencia de un hombre atormentado por sus complejos, buscando descifrar el enigma de la esfinge como Edipo, y en el umbral de “inventar” el psicoanálisis. Eso sucede en los últimos años del si-

glo XIX. Treinta años más tarde, su enfermedad física (cáncer del paladar), agravada por un tabaquismo dependiente, nos enfrenta con los límites inevitables de la vida y la muerte. A pesar de las fantasías de omnipotencia, de las proyecciones de poder mágico, tan numerosas en el marco de la curación, *contra mortem non est herba* (cf. el apéndice de este libro). En la relación con su médico, Max Schur vislumbra lo que Jung describe como método "dialéctico" del análisis. Es decir, no sólo el paciente avanza y trabaja sus complejos, sino que las dos partes del diálogo terapéutico, médico y paciente, se transforman.

- Moreno es el que, según sus mismas palabras, llevó la alegría al campo de la psiquiatría. Nos invitó a un cambio de *roles* con Dios mismo, que adjudica enfermedades y curaciones, que hiere y que sana. A mí me hicieron esta invitación sus discípulos porteños, sobre todo Mónica Zuretti y Dalmiro Bustos. Durante tres meses, de mayo a agosto de 1997, pude experimentar la invitación moreniana a un encuentro y profundizar la escena arquetípica y las innumerables escenas que hacen el drama de la curación.

Quisiera agradecer a todos los que encontré como peregrino en América latina: a mis compañeros jesuitas y a todos los amigos y amigas ignacianos, sobre todo a mis amigos y colegas judíos. Me acogió fraternalmente el Centro de Investigación y Acción Social (CIAS). Me acuerdo de muchísimos grupos de formación psicodramática, de sociodrama en la Villa Emergencia "Mal del Sauce" en San Isidro, también de discusiones sobre psicoanálisis, psicodrama, espiritualidad. Sergio Raszco me ayudó de manera profesional a filmar el video de sociodrama en Mal del Sauce y el video de la conferencia sobre "Moreno, Jung y el arquetipo de la curación".* En especial, menciono al doctor Rachel, que facilitó la primera edición de este libro, a Basilio Makar de la Puente (Editorial Lumen), a María Eugenia Schindler (Editorial Lumen), y a Susana Mayer, que lo tradujo con mucha sensibilidad.

Cuando regresé a Alemania, tuve que despedirme de Helmut Remmler, médico, psicoanalista y amigo. Dedico lo que sigue a su memoria.

* Estos vídeos están disponibles en la Fundación Loyola, Sarandí 65, Buenos Aires, Argentina.

I. Constelación: del modelo de la enfermedad al modelo de la salud



*Sin simpatía no hay cura.
(A lo sumo se podrá comprender la génesis del sufrimiento.)*

Ferenczi, 13/8/1932

El místico vasco Ignacio de Loyola tenía la costumbre de observar por las noches el cielo estrellado sobre la ciudad de Roma y, al hacerlo, lo invadía una sensación de felicidad y de consuelo. No sé si san Ignacio poseía conocimientos de astronomía o incluso de astrología. Probablemente esto no importe. En esta actitud de observar el cielo estrellado se trata más bien de reconocer, agradecido, que las estrellas recorren su órbita o se detienen formando agrupaciones determinadas sin mi participación. Lo hicieron antes de mi nacimiento y lo seguirán haciendo después de mi muerte. Constelación (del lat. *stella*: estrella) significa, en primer lugar, composición de estrellas. En sentido figurado, también las circunstancias se constelan según un orden superior adecuado que yo no inventé, pero en el cual podemos insertarnos. En el juego del psicodrama, por ejemplo, armamos una escena y les preguntamos a los protagonistas qué cosas hay que incluir en ella. Además, todos tenemos una pre(su)-posición acerca de esa escena. Lo que no sabemos es cuál será su composición, cómo resultará su constelación en el juego. En reiteradas oportunidades, nos sorprendemos cuando la curación se produce justo en el momento en que como terapeutas hemos abandonado la idea de tener que modificar a nuestro paciente, cuando ya no esperamos tampoco que éste modifique tal o cual cosa en su vida. A veces, se trata de un satisfactorio descubrimiento a posteriori, cuando nos decimos: "Sí, así es, esto es lo que queríamos ver." O: "Sí, éste es el señor X o la señora Y cuando están sanos. Ahora han recuperado su vitalidad y su humor." No fuimos nosotros los artífices de esta constelación, no lo somos aun cuando nos hayamos esforzado y hayamos participado en ella. Y bastante a menudo también nos asusta constatar que la modificación y la curación se producen *a pesar* de nuestros imperfectos esfuerzos. Todos nosotros, también los que trabajamos en terapia, somos pacientes potenciales. Del mismo modo, quien está enfermo lleva en sí la posibilidad de la cura. Además todos, tanto quien

cura como quien busca la curación, tenemos el presentimiento de que la curación se puede constelar entre nosotros; a veces, de modo totalmente inesperado. Es que suele haber una peculiar escisión entre la cura y nuestro empeño por lograrla. Ya agotados por los esfuerzos o incluso en vista de nuestra impotencia, constatamos de pronto que se dio el avance esperado. Sentimos que no fuimos nosotros quienes lo logramos a través de nuestra eficiencia. Jung habla incluso del *opus contra naturam*, de la "obra" terapéutica que se constela "contra la naturaleza". De eso trata el drama de la curación.

En la práctica, aprendo la transición del modelo de la enfermedad al de la salud; de lo contrario, seguiré ignorándola. En la carrera de medicina, los futuros médicos estudian cómo surgen y cómo se tratan las enfermedades, cómo se las puede describir e incluir dentro de un sistema. Del mismo modo como la biología clasifica las plantas y los animales o la química investiga la estructura de los elementos, la teoría acerca de las enfermedades del hombre (patología) clasifica nuestras afecciones según sus manifestaciones externas, según sus causas, su pronóstico de tratamiento o su evolución espontánea. El concepto básico de este modelo de la medicina, dominante desde el siglo XIX, es la *etio-pato-genia* (derivada de los términos griegos *aitia*: causa, culpa; *páthos*: padecimiento, enfermedad; *génesis*: formación, surgimiento). A este tipo de pensamiento le debemos los mayores progresos jamás alcanzados en la historia de la medicina, especialmente en la lucha contra las enfermedades infecciosas a través del descubrimiento de determinadas causas (agentes) y su tratamiento, por ejemplo, mediante antibióticos. Todos nosotros nos beneficiamos con los frutos del pensamiento patogenético de la medicina moderna. Aaron Antonovsky (1993) postuló la hipótesis de que nos encontramos en una transición del modelo etiopatogenético al soteriogenético.* Quiero demostrar cómo estamos influidos por los aciertos y falencias del modelo tradicional y cómo todos nosotros, como pacientes o como terapeutas profesionales, nos dejamos guiar por el anhelo de curación, salud y totalidad.

Luchar contra una enfermedad puede ser necesario para sobrevivir. Y,

* Antonovsky aplica el término *salutogenia*, yo prefiero contraponer al concepto de *páthos* la palabra griega *sōtería*, que significa curación y salvación.

sin embargo, la curación implica abandonar la mentalidad colectiva de la lucha, permitiendo que el afectado sepa cuándo quiere luchar y decida individualmente el momento adecuado para sintonizarse con la enfermedad. El modelo tradicional de enfermedad nos seduce, como terapeutas, a tomar esta decisión por nuestros pacientes. Más aun: muy a menudo estamos involucrados en una lucha nocturna. Como Jacob al Yabboq, ignoramos el nombre del extranjero contra el que estamos luchando: ¿la enfermedad?, ¿el agente etiológico?, ¿el enfermo?, ¿Dios? El modelo etiopatogenético es, ante todo, un modelo mecánico: condicionado por el pensamiento de las ciencias naturales, el cuerpo humano es descrito como un organismo, como un sistema de órganos cuyo funcionamiento normal estudia la fisiología.

La fisiología no tiene en cuenta la dimensión espiritual del hombre, nuestro comportamiento, nuestros sentimientos, nuestras convicciones y nuestras motivaciones y, cuando lo hace, intenta investigar solamente el lado físico de la vivencia psíquica, por ejemplo, la aceleración del pulso, los temblores, el dolor de estómago. Este modelo se prolonga incluso en la psicología, cuando ésta describe la psique humana como una máquina, como un sistema complejo de circuitos reguladores, fuerzas y contrafuerzas, y a menudo pasa por alto que Freud mismo era totalmente consciente de estar aplicando el modelo mecánico para la psique *en sentido metafórico* (Ricoeur 1965, Schafer 1976), lo que se relaciona especialmente con su intención de instalar la joven ciencia del psicoanálisis dentro del ámbito de la medicina y de las ciencias naturales en el que él se movía. Actualmente, vemos con mayor claridad las limitaciones del modelo mecánico. También sabemos que, justamente el lenguaje tradicional del psicoanálisis, puede ser mal utilizado para desvalorizar, por ejemplo, a las personas enfermas que presentan resistencia al tratamiento o, más en general, oponen defensas frente al proceso de concientización y toma de conciencia. El psicoanalista puede considerar "resistente" al paciente que no habla en la primera sesión, sin considerar que necesitamos preparación y caldeamiento antes de abrirnos a una persona desconocida. El término "resistencia" puede desembocar en un pensamiento crítico, casi moralizante, del terapeuta hacia su cliente. Es decir que hacemos hincapié en sus miedos, en vez de reconocer la sed de encuentro y de cambio que condujo al paciente hasta nuestro consultorio.

A veces, estas interpretaciones psicoanalíticas se utilizan fuera del marco protegido de un tratamiento psicoanalítico, por ejemplo en una situación grupal, cuando alguien no comparte mi opinión y yo creo tener que interpretar su actitud como una defensa. Este tipo de interpretaciones salvajes (Freud 1910k) fuera del consultorio dañan más de lo que sirven. Pero también dentro del análisis hay cada vez más terapeutas que pasan a hablar de posibilidades adquiridas de protección o de modos de elaboración en lugar de referirse a mecanismos de defensa. Esto tiene la gran ventaja de que tanto el médico como el paciente reconocen claramente la defensa, y no la estigmatizan con espíritu moralista, sino que comienzan respetándola afectuosamente como producción emergente del Yo. Esto nos permite evaluar la neurosis y, de modo análogo otras enfermedades como producciones del organismo vivo. En un primer momento, este modo de ver por el cual la enfermedad es considerada como algo positivo y no se trata ni se cura de inmediato, resulta extraño. Alejarse de la mentalidad clásica de la lucha y aliarse con el enemigo "enfermedad" en lugar de estigmatizarlo puede resultar muy difícil para los pacientes, las familias y los terapeutas. Sin embargo, una de las experiencias más bellas de la profesión médica consiste en ser testigo de un cambio de postura en este sentido. Mediante la renuncia a la acción y la coerción terapéuticas puedo ayudar a mi paciente a adquirir progresivamente una mayor libertad, a entender y tal vez a reducir sus propias necesidades de protección y las de los demás, a construir nuevas formas de comportamiento, de vivencia y de relación que se constelan entre nosotros.

Sin embargo, la crítica de Antonovsky al paradigma etiopatogenético va más lejos. El autor destaca, en primer lugar, la necesidad de un pensamiento *preventivo* y, en segundo lugar, la de un pensamiento *sistémico* en medicina. ¿A qué se refiere con esto? Antonovsky (1993) explica el pensamiento preventivo a través de la metáfora del río de la enfermedad y de la salud:

Imagínese un río con una curva. Río abajo, donde éste evidencia fuertes turbulencias, vemos hombres que luchan desesperadamente por mantenerse a flote. Los especialistas en el tratamiento de enfermedades intentan salvar a estas personas utilizando gran cantidad de instrumentos, con gran dedicación, numerosas habilidades y tenaces esfuerzos. Sin embargo, no se presta casi ninguna atención y no se hace prácticamente nada (...) por lo que sucede río arriba. Nadie se pregunta: ¿Quién o qué tira a estas personas al río?

La prevención tradicional de enfermedades también se plantea esta pregunta, y contribuye así a la eficacia del modelo etiopatogenético. Pero a pesar de que este modo de ver dirija la mirada río arriba —en términos de Antonovsky—, no modifica en absoluto el verdadero paradigma. Sigue partiendo de la base de que los unos están enfermos (fueron tirados al río), mientras los otros, como ayudantes sanos, están parados con los pies secos en la orilla segura. Esta simplificación pasa por alto que todos estamos nadando en el río de la vida y que todos nos encontramos en una continuidad entre los polos de la salud y de la enfermedad, sin estar nunca totalmente enfermos ni totalmente sanos.

| | ETIOPATOGENIA | SOTERIOGENIA |
|--|--|--|
| División de las personas según su estado de salud | División binaria sano/enfermo | Continuidad entre el polo de la salud y el de la enfermedad |
| ¿A qué se presta atención, qué consecuencias para la acción conlleva esto? | Relevamiento de datos referidos a la enfermedad. Tratamiento de enfermedades de determinados "pacientes". Clima de efectividad y de miedo ante la impotencia | Se estudia el estado general de sufrimiento. Contacto con personas "sanas" y con las partes "sanas" de los "enfermos". Comprensión de constelaciones y trabajo concordante con ellas |
| Factores que actúan | Etiológicos/causales: "causas" determinadas de enfermedades. Epidemiológico: factores de riesgo | Historia de una persona dentro de la continuidad salud-enfermedad. Búsqueda de recursos curativos, cualidades personales |
| Influencia de factores de estrés | Perjudicial. Hay que reducir el estrés. Pero también la falta de exigencia es estrés | Sólo son <i>patógenos potencialmente</i> ; también pueden ser beneficiosos para la salud |
| Tratamiento del sufrimiento | Fantasia de una lucha eficaz y exitosa contra las causas | La lucha por la salud nunca es totalmente exitosa. Está orientada por factores que preservan la salud. <i>Sentimiento de coherencia</i> : convicción de que la vida puede comprenderse (comprensibilidad), permite acciones que ayudan (factibilidad) y tiene significado (significación) |

Cuadro 1: Comparación de los modelos etiopatogenético y soteriogenético (modificado según Antonovsky 1993)

Expresado en términos psicoanalíticos, se trata de superar la escisión entre el polo de la salud y el de la enfermedad. Al final del presente capítulo retomaré este tema. El segundo punto de la crítica de Antonovsky, a saber, el abandono de la idea tradicional que relaciona determinadas influencias patógenas con determinadas enfermedades y la transición hacia un modelo biopsicosocial serán abordados nuevamente en el próximo capítulo. Este nuevo enfoque integral comprende al hombre como organismo vivo dentro de su entorno, como ser histórico y social.

Para Antonovsky, el verdadero misterio no consiste en el porqué de la enfermedad y de la muerte, ya que todos nosotros, como seres humanos, nos encontramos en este río de la vida que fluye hacia la muerte. Su modelo de la salud intenta describir más bien cómo todos vivimos y morimos entre los dos polos de la salud y la enfermedad. El enfoque soteriogenético se basa en un modelo integral de la enfermedad y de la salud. Mientras vivimos, y también cuando nos debatimos frente a una enfermedad, la lucha perdida o ganada contra la enfermedad nunca es lo único que importa. Incluso en medio del sufrimiento son importantes los recursos de la persona que sufre, sus lados sanos. "El verdadero misterio consiste en saber por qué a veces algunas personas sufren menos que otras y por qué, dentro de la continuidad entre los polos de la salud y de la enfermedad, se mueven en dirección al polo de la 'salud'" (Antonovsky 1993).

En América latina, y sobre todo en el campo del desarrollo psico-social, el concepto de 'resiliencia' ha adquirido una gran actualidad:

"La palabra 'resiliencia' se ha tomado de la metalurgia y se entiende por tal la capacidad de los metales de resistir a los golpes y recuperar su estructura interna. Buscando el origen de la palabra encontramos que, ya más cerca de nuestro campo, se usa en osteología para expresar la capacidad que tienen los huesos de crecer en el sentido correcto, después de una fractura. Creo que en el campo del desarrollo psico-social del ser humano tiene exactamente este sentido. Es esa capacidad del ser humano para recuperarse de la adversidad" (Suárez Ojeda 1993).

Como sociólogo, Antonovsky adhiere al modelo del conflicto y, como judío creyente, se pregunta cómo los seres humanos manejan un peligro

de muerte cuyos inconcebibles exponentes máximos son Auschwitz y Treblinka. Del enfoque soteriogenético se desprenden cinco consecuencias, que están resumidas en el cuadro 1.

En sus estudios acerca del comportamiento frente a la salud y la enfermedad, Antonovsky analiza los elementos que componen el *sentimiento de coherencia*, núcleo de nuestros recursos en el manejo del estrés, de la crisis y de las enfermedades. En primer lugar menciona el sentimiento de comprensibilidad, es decir, la capacidad de interpretar convenientemente los estímulos del entorno. Para tener un buen manejo (*coping*), esta capacidad del pensamiento debe ir acompañada por la confianza instrumental de que puedo hacer algo, de que hay medios y recursos propios, o disponibles a través de otras personas, para enfrentarse con las exigencias de la vida (*sentimiento de factibilidad*). Pero especialmente en vista de situaciones muy dolorosas, por ejemplo, de la muerte de un ser querido, hay que tener en cuenta un tercer elemento, a saber, la convicción de que la vida tiene significado, para poder superar la desesperación y para poder avanzar en el camino hacia el polo de la salud aunque los obstáculos sean casi intolerables. Ésta es una situación originaria de la vida humana que, en su camino hacia la integridad y el desarrollo, se ve siempre amenazada por la muerte y la destrucción. Independientemente de las características culturales y sociales del sistema de salud en que vivimos, en el transcurso de nuestra vida siempre volvemos a vernos expuestos al arquetipo de la curación, que también se manifiesta como arquetipo de la enfermedad. Nos percibimos en el campo de tensión que se forma entre el polo constructivo de la salud y de la curación y el polo destructivo, hiriente, de este arquetipo.

LOS DIOS SE HAN CONVERTIDO EN ENFERMEDADES:

LA ENFERMEDAD Y LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA ARQUETÍPICO

Ningún concepto del psicoanálisis de Jung es tan amplio y, a la vez, ninguno ha sido objeto de tantas críticas como el concepto de "arquetipo". Probablemente esto se relacione con el hecho de que Jung desarrolló este concepto durante un lapso de casi cinco décadas y no es difícil encontrar citas contradictorias en su obra. Según la definición de

Samuels et al. (1986) entendemos por arquetipo "la parte innata de la psique que actúa como modelo para estructurar las producciones psicológicas de los instintos; una unidad hipotética que es irreconocible en sí misma y sólo comprobable a través de sus manifestaciones". Jung mismo compara (*Obras completas*, 9/I, pág. 155) al arquetipo abstracto en sí con el sistema axial de un cristal en el agua madre que, como tal, no tiene ningún tipo de existencia material pero, predetermina la estructura de los iones que forman la red cristalina. Podemos comparar el proceso de cristalización con la constelación del arquetipo. Estamos inmersos en una red de relaciones que va más allá de nuestra historia personal llegando hasta el inconsciente colectivo.

Los dioses se han convertido en enfermedades. Esta afirmación de Jung (O. C. 10, pág. 54) suena provocativa. Parece confirmar una vez más la impresión de que el análisis junguiano se ocupa de modo poco científico de contenidos míticos llamados arquetipos, cuando creíamos haber superado las ideas de nuestros antepasados que atribuían la enfermedad y el proceso de curación a la actuación de dioses, espíritus y demonios.

"Lo que hemos superado son sólo los fantasmas léxicos, *no la realidad psíquica a la que se debió el surgimiento de los dioses.* Aún estamos tan poseídos por nuestros contenidos psíquicos autónomos como si estos fueran dioses." Por lo tanto, quien crea poder expresarse de forma mucho más sencilla que Jung, que lo intente. Sin embargo, no alcanza con desmitificar los fantasmas léxicos, si se sigue poseído en realidad por aquello a lo que éstos se refieren originariamente, a saber, los contenidos psíquicos autónomos, los complejos, las enfermedades. En tal caso, a pesar del aparente esclarecimiento, la inconsciencia será en realidad aun mayor. Es este 'estar poseído', esta identidad inconsciente con los contenidos psíquicos que se considera superada o que el Yo consciente del hombre esclarecido suele proyectar en los niños, en los hombres primitivos o en sus antepasados. En última instancia, lo que importa no son los fantasmas léxicos, tampoco aquellos del análisis junguiano. Lógicamente cada uno tiene derecho, dependiendo de su orientación, de no hablar de arquetipos ni de dioses, sino de conflictos, traumas, ganancia de la enfermedad, etc. Sin embargo, cuando se constela un arquetipo en su terrible poder destructivo o en su fuerza sanadora no tenemos opción, lo llamemos de este modo u optemos por una lengua neutra y desmitologizado-

ra. No es un interés erudito por la mitología lo que nos lleva a elegir la dependencia de la madre por parte del joven eterno, la posesión por el ánima o el ánimus o la inmensidad de la angustia psicótica que amenaza la existencia. Por el contrario, nos vemos obligados a confrontarnos con símbolos arquetípicos debido a nuestra evolución vital.

La apertura de nuestra biografía personal hacia el inconsciente colectivo nos ofrece modelos de interpretación que son útiles en la práctica terapéutica y a los que también se recurrirá en este libro. Si hablo, como Jung, de dioses que curan y enferman, no lo hago para expresarme mitológicamente ni para abusar de los dioses como emblema de mecanismos causales. Es más bien la mitología la que demuestra ser un modelo básico en las historias de enfermedad y curación como las cuentan y también las sueñan nuestros pacientes (Hillman 1972). Tomamos conciencia de que la enfermedad y la vulnerabilidad pertenecen necesariamente a todo arquetipo, no sólo como imperfecciones sin importancia y no sólo en el caso de aquellos arquetipos en cuyo nombre la vulnerabilidad ya está insinuada como el arquetipo de la muerte y el arquetipo del inválido (Hillman 1980).

Jung también denomina "complejos emocionalmente acentuados" a los "dioses" por los cuales estamos "poseídos". Éstos se agrupan alrededor de un núcleo que se forma mediante el contacto con uno o más arquetipos. El complejo materno, por ejemplo, contiene facetas del arquetipo de la Gran Madre, alrededor del cual circulan experiencias de relación escénicas y enriquecidas por los sentimientos. Llamamos complejo a la imagen de una situación psíquica determinada que se encuentra como un cuerpo extraño en el espacio de la conciencia, y que es incompatible con el estado de conciencia actual de un individuo. Los complejos se constelan en las relaciones actuales y de este modo siempre vuelven a acudir a la conciencia. Jung estudia los complejos en la continuidad entre la salud y la enfermedad en forma semejante a Antonovsky. Todos tenemos nuestros complejos; lo que determina su influencia es cuánto se inflan (cuál es su "carga energética"), cómo los manejamos, y en el contacto con otras personas, lo que es de especial importancia en el contexto de la curación.

Dieckmann (1991) menciona tres características de los complejos:

1. Su falta de corregibilidad,
2. su automatismo, que escapa a nuestro manejo consciente de la voluntad y
3. su autoenriquecimiento mediante ampliaciones mitológico-arcaicas (amplificaciones).

Esto significa que el individuo atrapado en el complejo incluye espontáneamente contenidos míticos o arcaicos en él, sin haberse ocupado intelectualmente de mitología o cosa parecida, y sin que su terapeuta le haya sugerido contenidos de ese tipo. Arcaico significa, por ejemplo, que una persona miedosa se valga de una sensación muy temprana de guarda que también se encuentra en el reino animal, y que viva sus límites como estrechos y vulnerables. Un individuo compulsivamente religioso puede cavilar durante horas preguntándose si es condenado y maldito como Judas o como san Cristóforo antes de su conversión. El estar poseído por dioses o demonios se vuelve extremo en la identidad psicótica con representaciones arquetípicas: en esos casos, el Yo ya no se puede delimitar frente al núcleo arquetípico del complejo. Está inundado de contenidos arquetípicos que se derivan de los arquetipos de los padres, de la religión, de la historia, de la técnica, etc.

Los complejos surgen cuando no podemos seguir tolerando la bipolaridad de los arquetipos y hemos perdido el acceso a símbolos vivos que expresan la tensión de los opuestos. Todos los seres humanos tienen sus lados buenos y malos, blancos y negros. Por eso, tanto una imagen paterna o materna totalmente negativa como una totalmente positiva es una proyección de un complejo. En el análisis se movilizan los polos opuestos y, progresivamente, aumenta la capacidad de toma de conciencia, es decir, en el análisis descubro que mis padres son una mezcla de partes buenas y malas, y aprendo a remover mis proyecciones estancas. Aprendo a aceptarlas como parte de mí mismo.

También el arquetipo de la curación, del que tratamos en este libro, es bipolar en la tensión de la oposición entre destrucción y construcción, entre muerte y vida. Los dioses creadores también son los destructores porque la creación es destrucción y construcción en igual medida (Jung O. C. 8, p. 245). Si como terapeuta no acepto que mis esfuerzos sanadores también tienen un componente destructivo, mi destructividad actua-

rá de modo aun más caótico y devastador desde mi inconsciente, a pesar de mis mejores intenciones. En un primer momento, este hecho psíquico suena paradójico para la motivación consciente del rol de los terapeutas (que como los padres, sólo quieren lo mejor, es decir, ayudar), ya que es una exigencia intolerable contra la cual gustamos de protegernos mediante la proyección. También para los individuos enfermos que buscan la curación, la polaridad del arquetipo de la curación es intolerable en un principio.

Así por ejemplo Herta, una mujer depresiva oriunda de Westfalia, me dice en tono de queja: —¡Doctor, sólo quiero que me ayuden!— Todavía no puede pensar en considerar positivamente su estado depresivo y de infelicidad como producción psíquica, ni en remover sus proyecciones sanadoras demasiado fuertes. De este modo, surge una lucha característica del tratamiento de la depresión que se libra conscientemente contra lo destructivo de la depresión pero que, inconscientemente, divorcia el par arquetípico sanador-enfermo. Según la teoría psicoanalítica clásica, la paciente dirige la totalidad de su potencial destructivo-agresivo contra sí misma, ya es ella misma nada, se arranca los cabellos en la queja e intenta incluso quitarse la vida. Se encuentra en el poder arquetípico de la melancolía, poseída por su propio desvalimiento. La melancolía (antes: depresión endógena) es un buen ejemplo del carácter psicoide de los arquetipos, es decir, de su carácter integral que se origina en nuestras condiciones corporales. Como la psicosis afectiva depresiva es una enfermedad psicósomática de todo el individuo, se da una aparente imposibilidad de influir y de alcanzar la inversión de la agresión depresiva; es decir, la agresión no se dirige hacia las personas que provocan daño, desilusión, luto, sino hacia el sujeto mismo. Las neurosis depresivas, en cambio, son más fáciles de tratar en la psicoterapia. Sin embargo, también en contacto con mi paciente melancólica, identificada con los demonios depresivos, la agresión no ha desaparecido totalmente. Los parientes la sienten y yo también la siento. Y mi tarea terapéutica consiste en volverme consciente de mi propia agresión contratransferencial para que resulte posible otra calidad de relación que la de luchar juntos (contra la enfermedad). En tal caso, y como terapeuta, también puedo respetar la enfermedad de mi paciente como producción del Yo, lo que no quiere decir que me cruce de brazos. Como paciente, me siento especialmente aliviado si el terapeuta no ve la enfermedad como algo exclusivamente negativo y

está dispuesto a entender mi “ganancia de la enfermedad” (Freud). Esto eleva la calidad de la relación médico-paciente en la que, finalmente, se hace posible la movilización del sanador interno y la superación de la enfermedad.

“Nosotros no curamos, *nosotros* no aliviarnos el sufrimiento, sino que en el mejor de los casos (...) podemos *constelar* la curación y el alivio del sufrimiento.” Esta apreciación de Guggenbühl-Craig (1994) ya es suficientemente provocadora en el ámbito de la psicoterapia, aunque cabría decir que no es muy significativo que los psicoterapeutas, los más desprovistos de recursos y de poder entre todos los terapeutas, admitan que no son ellos los que curan y alivian, sino los dioses. Sin embargo, en las siguientes reflexiones quiero partir de la idea de que los médicos no hacemos básicamente otra cosa que constelar el campo de fuerzas arquetípico de la curación y la salud, aun cuando creemos ser efectivos. No importa lo que hagamos o lo que dejemos que acontezca, somos testigos de la enfermedad y de la salud en la medida en que Dios lo permite (*Deo concedente*, como solía decir Jung). La tradición médica lo supo desde siempre, cuando enfatizaba: *Medicus curat, Deus sanat* (“El médico cura, Dios sana”, frase que se le adscribe al cirujano Ambroise Paré). Es Dios quien provoca heridas y las venda, como dice el profeta Oseas (6,1). Desde épocas remotas se atribuyeron *tanto* la curación *como* la enfermedad a los dioses, y las figuras de héroes sanadores tienen un atemorizador costado hiriente, ya que cargan con ambos aspectos del arquetipo bipolar de la curación.

Jung introduce el concepto de constelación en su trabajo “Consideraciones generales acerca de la teoría de los complejos” (O. C. 8, 3, en español en: *Energética psíquica y esencia del sueño*, Paidós, Bs. As., 1954). Los contenidos psíquicos se constelan de determinada manera entre dos individuos o en un grupo, del mismo modo en que las virtudes de hierro se orientan y se ordenan mediante un imán. A veces intentamos anticiparnos a la constelación mediante la voluntad, la eficacia o el poder, especialmente en el ámbito de la terapia. Pero para aquello que se va a constelar entre nosotros, nuestro Yo consciente cumple un *rol* meramente subordinado. Jung habla muy acertadamente del *complejo del Yo*. El Yo es sólo uno entre los muchos complejos que determinan al médico y al paciente, y su conjunción hace al magnetismo que constela el campo de fuer-

zas del arquetipo de la curación. Lógicamente, en este campo morfogenético también se incluyen los complejos no resueltos, disociados, proyectados; por ejemplo, un complejo de omnipotencia del médico debido a una identificación inflacionaria con la persona-máscara profesional o un complejo de inferioridad del paciente que nunca pudo desprenderse de una dependencia infantil con respecto a sus padres y hermanos mayores que se hacen responsables por él. Por lo tanto, la constelación del arquetipo de curación estará teñida tanto por los complejos del médico y del paciente como por el sistema terapéutico dentro del cual se trabaje (equipo, jerarquía de autoridad, colaboración interdisciplinaria, pertenencia a una clase social).

Por un lado, el tesoro terapéutico de la curación se encuentra en medio de la suciedad de las deficiencias y heridas humanas cargadas de complejos. Por el otro, el terapeuta debe esforzarse por tener las manos tan limpias como el cirujano (Jung, O. C. 4, p. 586). Debe esforzarse por remover las proyecciones de sus complejos, aun sabiendo que esto nunca es posible de un modo ideal y que también participa de la constelación con su debilidad y su inconsciencia.

Nosotros no curamos, *nosotros* no aliviarnos el sufrimiento, sino que constelamos el campo arquetípico de la herida y la curación. En el tratamiento psicoanalítico, esta constelación de arquetipos (dioses) no sólo puede suceder, como se da en cualquier terapia, sino que también puede ser trabajada, abordada en un ritual determinado de tal modo que honremos a los dioses, los reconozcamos y los explicitemos: *Medicus curat, Deus sanat*. A pesar de la sobriedad del tratamiento psicoanalítico moderno, también en él los rituales tienen una gran importancia: horarios establecidos, horas delimitadas, trato aceptado con sueños y otras manifestaciones del inconsciente, posibilidad de estar acostado en un diván (respecto del modelo de la incubación en el templo propio de la Antigüedad, véase III). *Los dioses se han convertido en enfermedades*: Éste es el polo patogenético del arquetipo de la curación. “Pero donde hay peligro, también crece lo que salva”, versifica Hölderlin en el *Patmos*, formulando así el polo soteriogenético. Cuando de los dioses surge un peligro destructivo condicionado por los complejos y la enfermedad, nuestra tarea consistirá en el constelar el arquetipo en su bipolaridad, en practicar rituales en los que se honre al Dios, al héroe. Los sacerdo-

tes de los santuarios de Asclepio no ejercían ellos mismos la medicina; su medicina religiosa estaba por lejos menos desarrollada que la científica, hipocrática. Su principal función (por la cual también percibían honorarios o recibían dádivas) consistía en constelar el encuentro con Asclepio mediante rituales que giraban alrededor del sueño terapéutico, de la incubación. Guggenbühl-Craig dice acertadamente que nosotros, los psicoterapeutas modernos, ofrecemos rituales a los enfermos para que se puedan encontrar con su Asclepio, con su sanador interno. Los rituales y los relatos míticos reflejan al paciente y su inconsciente, como se muestra, por ejemplo, en los sueños. Nuestras mitologías consistirían en aquello que les decimos a los pacientes, en la forma en que explicamos la enfermedad y la salud.

Existen innumerables mitologías: la psicoanalítica, la conductista, la de la terapia sistémica y familiar, la orgánico-bioquímica y otras. Lo que se diferencia son los estilos de pensamiento y el *pathos* de cientificismo del cual nosotros, los psicoterapeutas, solemos rodearnos en nuestro diálogo con la medicina acuñada por las ciencias naturales. Para que no se me malinterprete, añado: También en el ámbito de la psicoterapia es necesaria la investigación y se debe enfrentar la lucha por la competencia y el control de los resultados (Keller et al. 1995). Sin embargo, podré hacerlo con mucha mayor serenidad si acepto que "actúo" *Deo concedente*, es decir, si y en cuanto Dios lo permite.

FIGURAS MÍTICAS DE SUFRIMIENTO Y SALVACIÓN

En las culturas que tienen un contacto arcaico con raíces arquetípicas, es función de los chamanes brindar ayuda a partir del conocimiento de contextos y símbolos religiosos, mágicos y míticos, con la construcción de escenarios míticos. También en nuestra cultura, los enfermos y los necesitados de ayuda esperan que quienes los asisten, ayuden más allá de su idoneidad específica, interpretando el sufrimiento individual a través de sistemas colectivos de símbolos (Schmidbauer 1977, pág. 38-41).

La función del psicoanálisis en una época caracterizada por la destrucción de imágenes sanadoras, obviamente no consiste en desplegar cielos de dioses enterrados introduciendo a los pacientes en la historia

o la formación clásica. Se trata, en cambio, de entender el desarraigo simbólico individual y colectivo. Allí donde surgen enfermedades por la pérdida de rituales arquetípicos (por ejemplo, a través de la asunción inconsciente del *rol* del chivo expiatorio o debido a vínculos edípicos que aparentemente no tienen solución), el ritual del tratamiento psicoanalítico pone a disposición un espacio de transición. Mediante el contacto con imágenes, en este espacio se fomenta el proceso de resimbolización y un contacto personal con lo numinoso que estaba oprimido en clisés neuróticos.

Para los griegos, los mismos dioses y héroes son sanos y enfermos, hierrantes y sanadores. El más importante de todos es Asclepio, que fue el dios de la curación más venerado de la Antigüedad hasta ser desplazado por Jesucristo. A ambos, tanto a Jesucristo como a Asclepio, se los llama *soter* (salvador, redentor). Asclepio nace de la relación entre Apolo y Coronis. Apolo mismo es un dios de la medicina; se lo menciona como tal en la lista de dioses del juramento hipocrático. Él mismo es invulnerable ante la enfermedad y el sufrimiento. La medicina apolínea es limpia, científica, clara. Apolo monta en cólera por la infidelidad de su amada y la mata con una flecha. Salva al niño por nacer, Asclepio, y se lo da a Quirón, el centauro más sabio y más amigo del hombre, para que lo críe. En la figura de Quirón se muestran todas las tensiones de la oposición de nuestro arquetipo: Como centauro, es caballo en su parte inferior, hombre en la superior. Una flecha de Heracles lo hiera en la rodilla, es decir, en su parte animal. La herida no quiere cicatrizar y Quirón ansía su muerte. Pero como herido también es el sanador, que luego introducirá al joven en el arte de la medicina.

Atenea, la diosa de la sabiduría, le da a Asclepio dos botellitas llenas de sangre de una gorgona. La sangre de una de las botellas aniquila la vida; la otra, la devuelve. Por lo tanto, también Asclepio tiene características bipolares; puede actuar destruyendo la vida, salvándola o despertando a la vida. Según el mito, este poder sobre la vida y la muerte provoca la ira de los dioses hacia Asclepio, quien todavía no ha alcanzado su propia inmortalidad: es alcanzado por el relámpago de Zeus cuando intenta devolverle la vida a un muerto.

¿INTEGRIDAD O TOTALIDAD?

Bajo la impresión de nuestra exitosa medicina, la salud ilimitada, la integridad física y psíquica, la incolumidad total y la belleza cuasi-divina se han convertido en el ideal de la curación y de la salud. Existen numerosas prolongaciones de este culto a la salud que alcanzan incluso a grupos de oración, que interpretan la recuperación de la salud total o la desaparición repentina de los síntomas de la enfermedad como prueba de curación milagrosa. En estos casos, perdemos de vista demasiado rápido que, por un lado, la curación es un proceso evolutivo largo y que, por el otro, también los impedimentos, la estigmatización física y las heridas duraderas constituyen una posibilidad básica de nuestra existencia como seres humanos. Guggenbühl-Craig (*Especios del Yo, Christine Downing*, Editorial Kairós, Barcelona, 1991, pág. 334) habla del "arquetipo del inválido". Si estamos fuertemente marcados por el ideal consciente de la salud absoluta, tendemos a ser moralistas respecto de la salud y la integridad (y, por lo tanto, también respecto de la enfermedad y de los impedimentos) y a rechazar el propio impedimento como una posibilidad no vivida:

"Nuestra fantasía de salud nos hace proyectar nuestra invalidez también sobre los niños con daño cerebral, sobre los ancianos en los hogares, hacia los hemipléjicos. Los atendemos y simultáneamente olvidamos que este arquetipo aparece en nuestras pequeñas molestias cotidianas. No vemos que nosotros mismos somos incurablemente falibles, incompletos. Disociamos nuestra salud de nuestra invalidez, reprimimos el hecho de que tenemos piernas cortas y pie plano, músculos débiles y taquicardia o de que sufrimos un leve daño cerebral o de que tal vez somos excesivamente irritables, insensibles, obsesivos y tenemos trastornos psicósomáticos."

La curación como toma de conciencia, como reintroyección de proyecciones, también significa percibir en mí la propia debilidad proyectada sobre los otros, y rechazada mediante el ideal de salud rebosante. Esto implica que ambos, quien busca la curación y quien cura, acepten los límites del curar. En este punto alza su voz el crítico del psicoanálisis para preguntar: ¿no es esto una racionalización? ¿no encubren de esta manera su propio desvalimiento y falta de éxito si se lo compara con

el éxito alcanzado por la (restante) medicina de modo típicamente junguiano, recurriendo al arquetipo? Contesto: Es verdad que también los psicoterapeutas corren el riesgo de recurrir a racionalizaciones para desviar la atención de sus fracasos. Y también en el análisis debemos esforzarnos por tomar conciencia y remover proyecciones. Tratamos de elaborar las propias fantasías de grandeza y de aceptar nuestros límites, en la medida en que nos es posible. El intento de curación mediante la percepción de las propias heridas y la liberación del sanador interno en el otro también es toma de conciencia. Ambos aspectos cumplen un papel importante tanto en la relación médico-paciente como en otras relaciones asistenciales.

La importante distinción entre *perfección* y *totalidad* surge del propio Jung (O. C. 12, p. 208, *Psicología y alquimia*, III: El simbolismo de los mandalas. Los mandalas en los sueños, págs. 122-220):

"La paradójica observación de Tales en el sentido de que es el óxido el que le otorga su verdadero valor a la moneda, es una especie de paráfrasis alquímica, que en el fondo no quiere decir otra cosa que que no hay luz sin sombra, ni integridad psíquica sin imperfección. Para su realización absoluta, la vida no requiere de la perfección sino de la totalidad. Y de ella forman parte la viga en la carne, el sufrimiento de la imperfección, sin los cuales no sería posible avanzar ni elevarse."

Es significativo que, en la escena representada en la tapa del presente libro, Aquiles utilice para curar el óxido que raspa de la lanza que provocó la herida. Esto nos recuerda que a través del proceso psicoanalítico se provocan heridas que permanecen, pero posibilitan el desarrollo. Es cierto que la fantasía de la integridad en las tensiones de la oposición consciente/inconsciente, femenino/masculino, hombre/Dios, dios malo/dios bueno, sano/enfermo, etc, es un motor central de la individuación. Sin embargo, la identificación inflacionaria con el arquetipo de la integridad nos lleva a la manipulación del inconsciente. De este modo, las proyecciones, la escisión y otros mecanismos de defensa pueden tener por consecuencia un endiosamiento ilusorio de la normalidad y de la salud. En tal caso, estaríamos negando que nos encontramos en el río entre la en-

fermedad y la salud, entre patogenia y soteriogenia. El concepto de "lo holístico" no limita en absoluto la mitología técnico-racional de que todo es posible, reparable o solucionable. Todo lo contrario: este enfoque lleva a que aumente la cantidad de métodos que, además, son más difíciles de controlar que aquellos de la medicina tradicional.

O'Kane (1990) y Lesmeister (1992) analizaron las relaciones psicodinámicas entre la imagen inconsciente de Dios y el arquetipo de la totalidad. La exageración de la idea de integridad está de moda tanto en la psicoterapia como en los círculos eclesiásticos, sobre todo cuando estos grupos levantan el estandarte de la curación. Pero cuando se rechaza el arquetipo del inválido, se hace presente el complejo de dios (H. E. Richter) como sombra omnipotente de la integridad. Y el lado inconsciente, no vivido, de la integridad, no es otra cosa que su destructividad profundamente reprimida o disociada. Todo arquetipo es polar y conlleva el riesgo de que nos identifiquemos (de modo inflacionario) con uno de sus polos; por ejemplo, con el aspecto claro y numinoso del Sí-mismo como nuestra imagen de Dios y de que no querramos percibir el polo opuesto, por ejemplo, el lado terrenal-animal (subterráneo) del Sí-mismo. Además, en sus distintas determinaciones psíquicas (como totalidad, unidad, centro, etc.), el arquetipo de la totalidad puede dar paso a las tendencias de omnipotencia. Como configuración arquetípica central, este arquetipo también tiene un importante efecto de sombra, que va más allá del hecho de que un polo arquetípico se vuelva inconsciente (Lesmeister 1992, pág. 35):

"La integridad no se contenta con la totalidad que aparentemente le es propia, sino que desea dominar todo y a todos. Las imágenes prometedoras del ser sano, íntegro, descubren un núcleo violento de expansionismo y dominio. Dejan reconocer su verdadero lado de sombra, que consiste en la aspiración a la omnipotencia. La sombra de la omnipotencia no debe ser confundida con la mitad oscura de la idea de integridad, como la amplifica Jung, por ejemplo, en la simbología subterránea del Sí-mismo. Aquí no se trata en absoluto de una mitad en el sentido de un modo de pensamiento polar o complementario, sino del aspecto problemático básico que le cabe a la idea arquetípica de la integridad como tal, independientemente de cómo se la defina (como totalidad o perfección) o de los componentes estructurales (los espirituales o los subterráneos) desde los cuales se la observe."

Dentro de la problemática de la integridad es útil distinguir entre salud e individuación; esta última puede ir de la mano de un aumento del sufrimiento, por ejemplo, o de una mayor capacidad de sufrimiento y de un manejo más maduro del sufrimiento psíquico o físico que no se puede evitar. El proceso de individuación mismo (acercamiento a la totalidad y a la unidad) se ha vuelto un concepto normativo que "tiende en los hechos a una identificación con la imagen arquetípica de la integridad" (Lesmeister 1992, pág. 38). El arquetipo se convierte en el Yo ideal, en un ideal que orienta la acción, y existe el riesgo de la exageración y de la identificación con el ideal. Cuando ya no toleramos la herida, la incurabilidad y la falta de totalidad, como las simbolizan la imagen de Quirón o la serpiente de Asclepio, la visión dualista del mundo produce escisiones: debido a la pretensión omnipotente del ideal de integridad, la debilidad, la herida y la destrucción sólo se perciben bajo la perspectiva de su curación, superación y salvación. De este modo, se evitan los afectos depresivos intolerables que se deben a destrucciones irreparables (ya sea en el destino personal, en la historia colectiva o en la realidad de nuestro ecosistema). El triunfo de la opinión pública sobre un consorcio petrolero que, después de varias semanas de conmoción entre los medios y entre los políticos de los más diversos partidos, renuncia a hundir en el mar una de entre varios cientos de plataformas de perforación es, sobre todo, un triunfo de la defensa colectiva: saboreando la alegría por la derrota de Goliath frente a David, se olvida la magnitud que ya ha alcanzado la contaminación de los mares y cuánto daño irreversible se ha producido ya.

"Los símbolos arquetípicos capaces de cambiar, que se actualizan en el acontecer regresivo colectivo de la actualidad, están en las imágenes mismas de lo destructivo y de la muerte, no más allá de ellas. Son las imágenes, sin duda difíciles de tolerar, de la destrucción provocada por nosotros mismos y de nuestra propia destrucción. Sólo comprenderemos el desgarramiento de nuestros mundos vitales externos e internos si elevamos estas imágenes hasta nuestra conciencia y las reconocemos como expresión de la dimensión destructiva de la psique, cuyo valor ha sido relegado a un segundo plano desde hace tiempo, si se lo compara con la importancia que se les otorga a las fuerzas sintéticas y a aquellas que impulsan el crecimiento. Queda claro que la terapia que se sugiere aquí tiene una orientación totalmente distinta de aquella que tiende hacia las cumbres de la unidad y la integridad. En lu-

gar de indicar medidas de compensación, se atiene al antiguo precepto de *similia similibus*" (Lesmeister 1992, pág. 84).

Similia similibus, tratar lo igual con lo igual: Este principio tiene una importancia básica más allá del ámbito de la homeopatía (Whitmont 1993). El terrorismo espiritual de la idea de salud puede conducirnos a la destrucción, es decir, al contrario del ideal consciente de curación. En cambio, al sintonizarnos con los aspectos destructivos del imaginario individual y colectivo, dejamos subir al escenario las enfermedades y la muerte. Así, podrán actuar en el drama de la curación y nosotros, expuestos y embarcados en el mismo drama, podremos indagar su impacto. En vez de excluir de manera maniquea el aspecto sombrío del arquetipo de curación, vislumbramos nuevas posibilidades de vida. "Pero donde hay peligro, también crece lo que salva."

En este libro quisiera demostrar que todo el arte de curar es homeopatía, en cuanto cura por la herida. Los griegos podían expresar, festejar mediante el ritual, constelar su "homeopatía divina" (Meier 1985) mediante sus mitos. Nosotros, los hombres contemporáneos, necesitamos del psicoanálisis para tomar conciencia del polo destructivo, hiriente, del arquetipo de la curación.

II. Estar-en-relación: de la explicación causal a la comprensión de signos



Quien cura, tiene razón.

(Proverbio médico.)

LA IDEA DE LA CAUSALIDAD EN LA MEDICINA MODERNA

La causalidad es la idea central de la ciencia moderna y, desde la segunda mitad del siglo pasado, también domina como única opción el pensamiento de la medicina: no descansamos hasta haber explicado la enfermedad de un individuo mediante la relación de una o más causas con sus efectos patológicos (sintomatología). Construimos cadenas patogénicas, tramas de causas y condiciones para poder aplicar una terapia causal. No queremos simplemente eliminar los síntomas, disparando sobre ellos sin una meta precisa, sino extirpar el mal (la enfermedad) de raíz. Ya vimos que, aunque el pensamiento patogénico amplíe sus perspectivas al introducir el enfoque sistémico, la obsesión por el pensamiento causal no desaparece. En este terreno puede ser de utilidad la filosofía ya que, desde la Antigüedad, se ha ocupado del problema de la causalidad en abstracto, sin restringirlo a su aplicación científica o técnica. La filosofía no sólo critica el discurso ingenuo de *causa y efecto* en el lenguaje cotidiano, sino también en el lenguaje de la ciencia. A Jung le cabe el mérito de haber complementado el pensamiento causal unilateral imperante en el psicoanálisis, al introducir el aspecto final y el aspecto sincrónico (acerca de este tema sólo podemos incluir aquí una breve reseña, véase más extensamente en Frick 1993).

Lo que en la filosofía antigua, por ejemplo en la *Metafísica* de Aristóteles, se llamaba *causa, principio, aitia*, ha sido reducido entre nosotros a la causa eficiente (*causa efficiens*) instrumental. Por lo tanto, será útil explicar la teoría de la causalidad aristotélica mediante un ejemplo: le adjudicamos un efecto analgésico a la aspirina, aunque sabemos que a de-

terminados individuos no les hace efecto o sólo les produce efectos indeseados (por ej. hemorragias gástricas). Esta causa pasiva que se encuentra en el paciente es llamada *causa materialis* por la tradición filosófica que se remite a Aristóteles. Ni la *causa eficiente* "aspirina" ni la *causa material* "hombre" provocarían un efecto si el cuerpo del enfermo no dispusiera de una fuerza de sanación interna. Siguiendo a Aristóteles, podemos llamar *causa formalis* a este sanador interno, porque es parte de la forma viviente del cuerpo. Sin embargo, como cuarta causa debe agregarse la *causa finalis*, a pesar de ser ésta especialmente chocante para nuestro pensamiento médico moderno. Aristóteles llama el "para qué" a esta *causa final*. Para nuestro sentido común es evidente que el paciente sólo tomará la aspirina si desea curarse. En nuestro contexto, la causa final no se limita al consentimiento consciente del paciente hacia el tratamiento, sino que se necesita una disposición determinada de ambos inconscientes para que se pueda constelar el arquetipo de la curación. En la física moderna, que explica matemáticamente la acción combinada de los cuerpos, desaparece la causa formal que se relaciona con la naturaleza de los objetos. Si todo es mensurable, también la causa material parece prescindible, porque deja de interesar la esencia propia de los objetos. Finalmente, dentro de nuestra visión cuantitativa del mundo ya tampoco parece posible indicar un objetivo hacia el cual se dirige un proceso natural, ya sea que este objetivo se base en el plan de un dios creador o en el de una naturaleza en evolución. De este modo, sólo queda la causa eficiente. Pero ésta ya no es concebida en el contexto de un mundo artesanal, como en la época de Aristóteles, sino de modo instrumental, es decir que se rige por la factibilidad y por nuestros objetivos técnicos.

Tampoco el pensamiento patogenético se interesa por las causas en sí mismas. Ni siquiera las investigaciones básicas tratan, en última instancia, las causas, sino los *efectos*. El objetivo secreto de la idea de causalidad en medicina consiste en la posibilidad de influir y en el poder, en la búsqueda obsesiva de un pensamiento mágico que busca "someter al dominio de la explicación" (Heidegger 1989, pág. 147) a todo lo viviente. La enfermedad deja de ser entendida como sufrimiento y como perturbación profunda de las relaciones interhumanas, para convertirse en un objeto relativamente independiente del médico y del paciente y sobre el cual, por lo tanto, se puede influir (ontologización de la enfermedad). Hasta ya avanzado el siglo XIX, la tarea más relevante del médico consistía en es-

cuchar a su paciente y en llegar a conocer la teoría subjetiva de éste de la enfermedad a partir del relato. Pero la revolución científica en medicina ha disminuido la importancia del escuchar frente al ver, observar y localizar (objetivación del paciente). Simultáneamente, la enfermedad y la curación se han convertido en enemigos en el campo de batalla de la medicina. Se trata de hacer desaparecer las causas que provocan las enfermedades o de extirpar los órganos enfermos para restituir lo que estaba perdido, es decir, la salud (Laplantine 1986).

La concepción de la enfermedad como un enemigo (agente, espíritu patógeno, demonio, error de información, etc.) que debe ser vencido por la salud, se encuentra tanto en gran parte de la concepción cristiana de la curación como en el pensamiento médico moderno, que lleva la impronta de la lucha contra las enfermedades infecciosas. A esta principal tendencia "alopática" de nuestra cultura occidental se opone la tendencia "homeopática", reprimida colectivamente, que actúa a partir del inconsciente colectivo e individual. Dicha tendencia se basa en el convencimiento de que aquello que enferma también curará (Laplantine 1986, pág. 291). No me refiero aquí a la homeopatía en su sentido específico como una rama de la medicina alternativa, sino en un sentido más amplio, como un principio reprimido de la medicina en general (Vonesen, 1980).

El pensamiento causal en medicina ejerce una enorme fascinación sobre todos nosotros. Aun en la actualidad, después de que el pensamiento médico ha incorporado puntos de vista sistémicos, la mayoría de las personas tiende a hacer tratar sus enfermedades por una medicina que *produce efectos*. Sólo se recurre a los métodos llamados marginales, dentro de los cuales incluso muchos médicos incluyen la psicoterapia, cuando la enfermedad ha entrado en un estadio crónico o incurable, o cuando el punto de vista de la finalidad adquiere relevancia para la persona enferma.

Esta apertura a la cuestión del objetivo y del sentido presupone el contacto con nuestro inconsciente. También el filósofo crítico, cuando esté enfermo se hará atender por un médico con el fin de usufructuar de una terapia causal. No tiene en sí nada de especial que los filósofos se orienten por su sentido común en la vida cotidiana. Lo grave es que el clima generalizado de factibilidad y de efectividad repercute de modo destructivo

y contagioso sobre el potencial crítico de la filosofía. Este potencial crítico de la filosofía es un potencial terapéutico. En las palabras de Wittgenstein (1952, pár. 255): "El filósofo trata una pregunta; como una enfermedad". La enfermedad de la que estamos hablando en este caso fue denominada por Eugen Bleuler (1919) "pensamiento autista-indisciplinado". El impulso del hombre por conocer y comprender lleva a que se formulen teorías precientíficas acerca del surgimiento de los fenómenos cósmicos y de las enfermedades; se buscan analogías vagas y necesidades afectivas en lugar de asociaciones empíricas. "Todo esto es el resultado de un pensamiento que no tiene en cuenta los límites de la experiencia y que prescinde tanto del control de los resultados mediante su confrontación con la realidad como de una crítica lógica." (Bleuler 1919, pág. 1). Al igual que el filósofo Wittgenstein, el psiquiatra Bleuler utiliza la metáfora de la enfermedad para señalar errores del conocimiento científico.

La obsesión por la idea de la causalidad es un síntoma de esta "enfermedad". ¿Cuál es, pues, la "terapia" filosófica? ¿Cómo podemos distinguir analogías vagas y necesidades afectivas (por ejemplo de causalidad), de asociaciones empíricas; cómo podemos diferenciar entre regularidades permanentes y no permanentes en el desarrollo de determinados acontecimientos? El pensamiento autista-indisciplinado dice: mediante la comprensión de la necesidad causal. David Hume (1777) lo refuta: Lo que puedes observar es sólo la *conjunction* de acontecimientos, no su *connextion* causal. O, siguiendo a Wittgenstein: "La creencia en el nexo causal es mera superstición" (1921, 5.1361). No podemos probar la relación causal de modo directo en el caso particular como podemos hacerlo, por ejemplo, con la experiencia sensible. No podemos oler, ver ni oír la causalidad. Lo especial de la relación causal reside en que la regularidad en sí misma no se puede observar. Hume distingue entre las impresiones (como percepción directa de la realidad exterior) y nuestras ideas. Expresado con los conceptos de la tipología de Jung: Hume relativiza el pensamiento como función superior de los filósofos, contraponiéndole la sensación como *fonction du réel*, y señala además la importancia de la capacidad de representación intuitiva que nos sirve para diseñar la relación causal de las cosas ante nuestro ojo psíquico. La ley de la causalidad (todo lo que sucede, sucede por una causa) fue atribuida por Hume a la costumbre de la mente humana en la observación de acontecimientos externos y no a la razón en sí misma.

Distinta es la interpretación de Immanuel Kant. Es cierto que, gracias a la referencia de Hume a la experiencia sensible, Kant se apartó del "sueño dogmático de la metafísica". Pero él considera que la relación causal es una necesidad de nuestro entendimiento, no una costumbre que se forma en contacto con el mundo exterior. Si aplicamos nuevamente la tipología de Jung, podemos calificar a Hume como tipo extravertido, y a Kant, como introvertido (Jung O.C. 6, pár. 704; Tipos Psicológicos, pár. 621). A Kant le interesan las leyes del pensamiento *antes de toda experiencia* (a priori). En su *Crítica de la razón pura* distingue como fuentes de conocimiento la sensibilidad (la receptividad de las impresiones) y el entendimiento (la capacidad de pensar el objeto de la intuición sensible de modo *puro*, es decir, independientemente de las sensaciones). Según Kant, la causalidad es una categoría, un concepto puro del entendimiento.

Lamentablemente, tenemos que dejar abierta esta interesante cuestión. Para nuestro contexto, baste la afirmación de que la terapia filosófica de la mitología de la causalidad, llevada a cabo ante todo mediante el escepticismo extravertido de Hume y la reflexión introvertida de Kant sobre las condiciones de la posibilidad del conocimiento, aparentemente no dejó huella alguna en la medicina. El pensamiento patogenético sigue aferrado a una causalidad ingenua, que Eugen Bleuler denominó pensamiento autista-indisciplinado. A pesar del éxito de la tecnología, este pensamiento sigue íntimamente ligado a una mitología precientífica.

LA ENFERMEDAD ENTRE EL MITO Y LA CIENCIA

Nuestra medicina científica se ve tentada a situar a los demonios y los espíritus en el ámbito de las religiones primitivas o de las mitologías superadas. Como individuo tiendo a defenderme de mi propia sombra y a presumir que mi Yo consciente es el amo en mi propia casa. Del mismo modo, como comunidad científica o como sociedad, nos entregamos a la ilusión de que son los otros (los extraños, la medicina de los chamanes o la medicina primitiva, nuestros antepasados) quienes se dejan guiar por la mitología. Sin embargo, un análisis más minucioso permite afirmar que

los hechos científicos surgen de sus antecesores (ideas previas) precientíficos, mediante un proceso histórico. Especialmente la medicina conserva mitologías precientíficas en sus conceptos científicos (Foucault 1963, Frick 1993). Así, por ejemplo Fleck (1935) rastreó las raíces de nuestro conocimiento moderno acerca de la sífilis hasta el siglo XV y demostró que la unidad de la enfermedad sífilis está conformada, en primer lugar, por dos ideas previas, a saber:

1. la relación de esta enfermedad "francesa" con la *sexualidad*,

2. la posibilidad de influir sobre los fenómenos cutáneos mediante *unguentos mercuriales*.

Hasta fines del siglo XIX coexistieron la unidad ético-mística de la "enfermedad venérea" con la empírico-terapéutica. Seguía siendo incierta la delimitación frente a otras enfermedades venéreas y la diferenciación de las distintas formas y estadios de la sífilis. Serían necesarias dos ideas más, que también habían surgido mucho antes de la era de la medicina científica, pero que sólo a comienzos de nuestro siglo llevan a la caracterización de la unidad de la enfermedad sífilis. Se trata de:

3. la idea de la sífilis como una unidad patogenética debida a una mala mezcla de los humores corporales y a la sangre infectada. Entre las concepciones actuales de la medicina natural, a menudo se encuentra la idea de que el cuerpo debe depurarse, de que las sustancias y energías nocivas deben segregarse sudando, secretarse o eliminarse mediante el ayuno. La vieja idea de la sangre infectada de sífilis fue respaldada luego por las ciencias naturales a través de la reacción de Wassermann, que constituyó el primer *test* serológico.

4. Finalmente, a partir de las antiguas representaciones del demonio de la enfermedad, del veneno específico, etc., se cristalizó el concepto de agente, es decir, la idea etiológica actual de la sífilis, que concluyó en el año 1905 con la comprobación microscópica de la existencia de espiroquetas en los fenómenos cutáneos de la sífilis.

Fleck puede demostrar que son las cuatro líneas de pensamiento (relación con la sexualidad, influencia del mercurio, patogenia mediante la infección de la sangre y etiología específica) las que conforman el cuadro clínico de la "sífilis". Una definición meramente etiológica es imposible, ya que llevaría a la incertidumbre del concepto bacteriológico

de la especie (distinción entre cepas patógenas e inocuas, dificultad para la diferenciación bacteriológica, si se va más allá del caso clínico concreto).

El "descubrimiento" de las espiroquetas es un salto cualitativo, por cuanto le da por primera vez un marco de objetividad a la idea de etiología. A partir de ese momento, se puede comprobar la existencia de los agentes bajo el microscopio. Sin embargo, el intento de definir las enfermedades mediante su pertenencia a *una* etiología y a *una* unidad de enfermedad, es un mito autista-indisciplinado que deja de lado la realidad social e histórica de la enfermedad. Esto vale tanto para la historia de la sífilis como para la de la tuberculosis, para el sida y para otras enfermedades infecciosas. Paradójicamente, el éxito de la bacteriología en la investigación y en la terapia llevó a reforzar un pensamiento causal demonológico que se remonta a épocas anteriores a la crítica de los racionalistas Hume y Kant.

Es cierto que en la actualidad los demonios se pueden objetivar, y ser denominados espiroquetas o bacilos o virus HIV. Sin embargo, nuestra época racional adopta, prácticamente sin modificarlo, el vocabulario de la lucha, de la supresión y de la eliminación de estos enemigos interiores, basado en ideas demonológicas. Para que estos hechos puedan imponerse en una comunidad científica se requiere de un clima espiritual en el cual la mitología correspondiente y el avance de los métodos de análisis (incluyendo la competencia entre distintos grupos de investigadores) se fecunden mutuamente.

Los mitos de la enfermedad, *illness narratives*, no sólo aparecen en las numerosas variantes de la medicina alternativa sino también en la medicina científica. Al médico le cabe la especial tarea de actuar de intérprete entre los mitos científicos y la mitología de su paciente. No existe un ámbito libre de mitología, ni siquiera cuando se aspira a un encuadre científico riguroso. En la práctica es más útil preguntarse acerca de *las características* de la respectiva mitología médica que cuestionar *su existencia*. Desde sus comienzos, la medicina científica se relaciona con el elemento ideológico de la factibilidad de la salud. Este elemento está compuesto principalmente por la idea de la causalidad y por el arquetipo de la integridad. En ambos campos, la medicina científica compite con las múltiples ofertas de la medicina alternati-

va a la que en parte menosprecia y en parte integra, bajo puntos de vista económicos y bajo la presión de un mercado terapéutico que se está modificando.

Los métodos de la medicina alternativa comparten con la medicina tradicional la fascinación por la mitología de la causalidad y la voluntad de poder. La medicina mágica, sobre todo, intenta liberar fuerzas personales, fuerzas de los objetos o fuerzas cósmicas en forma de "energía". Un individuo vivencia su carisma personal, por ejemplo, como gurú o sanador, y puede ejercer este "mana" casi independientemente de formalidades exteriores. La magia verdadera también requiere de rituales y conjuros determinados para alcanzar un objetivo. La magia "se basa en un supuesto saber acerca de relaciones ocultas y fuerzas impersonales, tiene carácter instrumental y encuentra aplicación en prácticas rigurosamente determinadas, estrictamente orientadas hacia un objetivo, que tienen un efecto automático y necesario para alcanzar directamente objetivos concretos, por lo general, referidos al mundo interior" (Haekel 1971b).

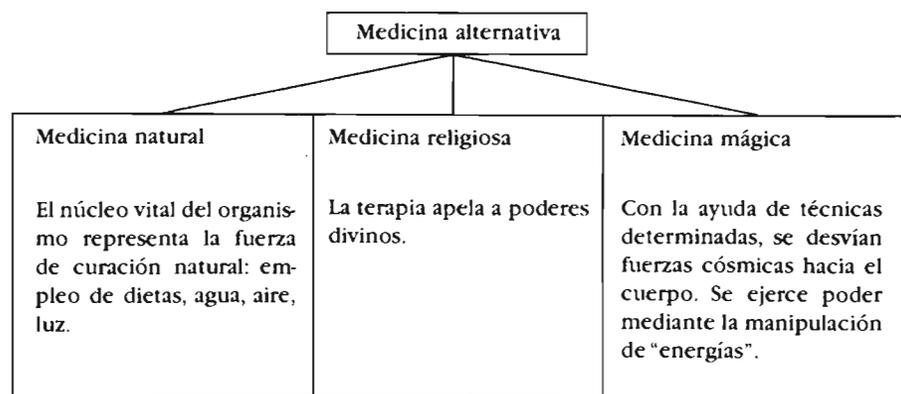


Gráfico 1: ¿Quién tiene más poder? Formas de la medicina alternativa según Schott (1993)

Al igual que con la fantasía de omnipotencia del juego infantil, con la magia se cree que su fuerza puede ser ejercida sobre los espíritus, los demonios, los dioses y los fenómenos naturales sin un conocimiento empírico técnico e independientemente de la ayuda divina. Si el éxito desea-

do no se produce, se aducirá un maleficio, una vibración negativa o un bloqueo energético. La magia no se limita en absoluto a la medicina mágica, en la cual buscan refugio muchos individuos desencantados de la medicina tradicional, sino que es también un aspecto oscuro, más o menos rechazado, de la medicina oficial misma, que actúa a partir del inconsciente como una corriente subterránea.

"No es el pensamiento científico sino el pensamiento mágico el que está ávido de causalidad. Una concepción de este tipo, que tiende en primer lugar a identificar al agresor y a la enfermedad y a hacer de esto una enfermedad en sí es, evidentemente, una *abstracción*. Incluso en aquellos casos clínicos que mejor se prestan para ello como, por ejemplo, la tuberculosis, la enfermedad nunca estará únicamente en el bacilo de Koch, o sólo en el individuo, sino en la relación que los une, es decir, en el encuentro del bacilo de Koch con un organismo vivo. La enfermedad no tiene más existencia ontológica que la salud. Si se las toma como esencias independientes, son nociones científicamente vacías pero simbólicamente sobrecargadas de múltiples significados, pues surgen de ideologías que, justamente, no pueden aceptar que así sea. El conocimiento médico no escapa al proceso que consiste en tomar por un objeto verdadero lo que sólo es una representación. Sin embargo, este objeto en sí mismo no tiene, en sentido estricto, ninguna realidad" (Laplantine 1986, pág. 321).

El poder como motivación oculta de ciertas ofertas terapéuticas no se limita a fines objetivos, como la supresión de los síntomas o el alivio de las molestias. Los métodos terapéuticos alternativos presentan una orientación hacia la vivencia y se convierten en un fin en sí mismos: cuando cubren necesidades existenciales, los métodos de este tipo llevan sistemáticamente a una dependencia de la terapia, llegando incluso a un fundamentalismo terapéutico o a la fundación de sectas. Es cierto que también los métodos terapéuticos clásicos, como el psicoanálisis, pueden llevar a una dependencia entre el médico y el paciente. El criterio decisivo consiste, sin embargo, en ver si el conflicto básico existente entre los polos de la dependencia y la autonomía se aclara, se elabora y se vuelve consciente o si, por el contrario, en la terapia se reprime uno de estos polos, impidiendo al paciente la emancipación del terapeuta o del grupo terapéutico.

¿EXPULSAR LA CAUSA AL DESIERTO?

EL RITUAL DEL CHIVO EXPIATORIO

“Pues todo aquel que sufre busca instintivamente una causa a su sufrimiento; más precisamente, un autor, más exactamente aún, un autor *culpable* sensible al sufrimiento... Es en esta tendencia donde, según sospecho, se encuentra la verdadera causalidad fisiológica del resentimiento, de la venganza y demás sentimientos afines, en un anhelo por *anestesiarse el dolor mediante el afecto*.” (Nietzsche, citado en: Grätzel 1989, pág. 146). El ritual del Día del Perdón, descrito en la Biblia en el libro Levítico 16, servía probablemente para satisfacer este anhelo. La descripción todavía está próxima a la atribución arquetípica de causas, a la causalidad diabólica (Poliakov 1980) o causalidad del chivo expiatorio. Dicha causalidad está en un nivel que va más allá de la lucha contra influencias adversas, agentes o espíritus de la enfermedad. La lucha por la causa parece resuelta por el hecho de haber encontrado un ser viviente al que se le pueda endilgar la carga. Pero la eliminación del mal mediante su destierro al desierto sólo es una solución aparente. Porque el desierto es el lugar desde el cual retornan las características propias no aceptadas, la causa disociada en forma de sombra. En el lenguaje cotidiano denominamos “chivo expiatorio” a alguien sobre quien se puede descargar culpa y responsabilidad. Como en muchas expresiones idiomáticas que se usan superficial o humorísticamente, las comparaciones cotidianas con el chivo expiatorio apenas dejan entrever ya una relación con el ritual bíblico. Y, sin embargo, la siguiente pregunta de un teólogo contemporáneo no es en absoluto retórica: “¿Necesitamos un chivo expiatorio?” (Schwager 1978).

La reflexión filosófica nos enseña a distinguir entre el mal como *malum morale* y la negatividad en el reino de la naturaleza (*malum physicum*). El sufrimiento, la invalidez y la enfermedad pertenecen al segundo grupo; como seres racionales no nos plantearíamos nunca la pregunta del apóstol Juan en 9, 2: “Rabí, ¿quién pecó, él o sus padres, para que haya nacido ciego?” El pensamiento bíblico critica reiteradamente este tipo de relaciones entre determinados hechos y el destino de una persona y dirige su atención al carácter social de la enfermedad, descubriendo de esta forma el mecanismo de la identificación con el chivo ex-

piatorio, por ejemplo, en la imagen del Siervo de Dios. Así es como también en el Nuevo Testamento aparecen los demonios que alteran el orden natural, pero éstos se deben distinguir de la realidad de Satanás opuesta a Dios.

Las representaciones de demonios, curaciones y expiaciones tienen, sin embargo, un motivo arquetípico común que describiremos con ayuda del ritual bíblico del chivo expiatorio. Como lo expresó Sylvia Perra (1986), entendemos la vida psíquica de los hombres contemporáneos que están identificados con el complejo del chivo expiatorio “como manifestación de una distorsión patológica de la estructura arquetípica del rito hebreo”. En lugar de descartar las representaciones del chivo expiatorio en su totalidad por su carácter mitológico, intentaremos diferenciar entre el arquetipo del chivo expiatorio y el complejo del chivo expiatorio. Nos preguntaremos además qué características podría tener en la actualidad una simbología viviente que permitiera expresar la tensión de la oposición propia de este arquetipo. Sólo cuando hayamos explicado el significado del chivo expiatorio para nuestra cultura judeo-cristiana a nivel de las imágenes arquetípicas, podremos señalar criterios que expliquen cómo los individuos pierden su libertad, debido a identificaciones con el chivo expiatorio o, por el contrario, cómo pueden encontrarse consigo mismo mediante la des-identificación. La toma de conciencia y la liberación de los mitos, de las imágenes divinas y de las identificaciones con complejos que se vuelven tanto más autónomos y escindidos cuanto más altivamente por encima de ellos, se ubique nuestro Yo colectivo, va mucho más allá de una desmitologización superficial.

El ritual para el Día del Perdón: Levítico 16, 1-34

El Señor habló con Moisés después de la muerte de los dos hijos de Aarón que murieron por haberse acercado demasiado a la presencia del Señor. Y dijo el Señor a Moisés: Dile a tu hermano Aarón que no entre en cualquier hora en el santuario que está tras el velo, ni ante la tapa que está sobre el cofre, para que no muera: porque yo me hago ver en la nube sobre la tapa.

Sólo en estas condiciones podrá entrar Aarón en el santuario: con un novillo para el sacrificio por el pecado y un carnero para el holocausto. Se vestirá con la túnica sagrada de lino, se pondrá los calzones de lino, se ceñirá la faja de lino y se cubrirá con la tiara de lino. Éstas son las vestiduras sagradas que vestirá después de haberse lavado con agua.

Recibirá de la comunidad de los israelitas dos chivos para el sacrificio por el pecado, y un carnero para el holocausto. Después de ofrecer su novillo por el pecado para obtener el perdón de sus propios pecados y de los de su familia, tomará Aarón los dos chivos y los presentará ante el Señor, a la entrada de la Tienda del Encuentro. Luego echará suertes sobre los dos chivos, una para el Señor, y otra para Azazel. Presentará el chivo sobre el cual haya caído la suerte "para el Señor" ofreciéndolo como sacrificio por el pecado. El chivo sobre el cual haya caído la suerte "para Azazel", lo colocará vivo delante del Señor para obtener el perdón de los pecados y echarlo al desierto, para Azazel.

Entonces ofrecerá Aarón su novillo por el pecado para hacer expiación por sí mismo y por su casa, y lo inmolará. Tomará después un incensario lleno de brasas tomadas del altar que está ante el Señor y dos puñados de incienso aromático en polvo y, llevándolo detrás del velo, pondrá el incienso sobre el fuego, delante del Señor, para que la nube del incienso envuelva la tapa que está sobre el cofre del pacto y él no muera. Tomando luego la sangre del novillo, rociará con su dedo el lado oriental de la tapa, y con su dedo hará siete aspersiones de sangre delante de la tapa.

Después inmolará el chivo como sacrificio por el pecado del pueblo y llevará su sangre detrás del velo, haciendo con su sangre lo que hizo con la sangre del novillo: rociará la tapa y su parte anterior. Así purificará el santuario de las impurezas de los israelitas y de sus rebeldías en todos sus pecados.

Lo mismo hará con la Tienda del Encuentro que mora con ellos en medio de sus impurezas. Mientras Aarón esté dentro del santuario para obtener el perdón de los pecados, y hasta que él salga, nadie deberá estar en la Tienda del Encuentro. Una vez que haya obtenido el perdón de los pecados de él y de su familia, y de toda la asamblea de Israel, saldrá para ir a purificar el altar que se halla ante el Señor. Tomará un poco de la sangre del novillo y del chivo y untando los cuernos en torno del altar. Hará sobre él con su dedo siete aspersiones de sangre, y así lo purificará y lo separará de las impurezas de los israelitas.

Cuando Aarón haya terminado de purificar el santuario, la Tienda del Encuentro y el altar, mandará traer el chivo que aún esté vivo. Imponiendo ambas manos sobre la cabeza del chivo vivo hará confesión sobre él de todas las

iniquidades de los israelitas y de todas las rebeldías en todos los pecados de ellos y cargándolas sobre la cabeza del chivo, lo enviará al desierto por medio de un hombre dispuesto para ello. Así el chivo llevará sobre sí todas las iniquidades de ellos, hacia una tierra árida; y soltará el chivo en el desierto.

Luego entrará Aaron en la Tienda del Encuentro y, despojándose de las vestiduras de lino con que se había vestido al entrar en el santuario, las dejará allí; lavará su cuerpo con agua en lugar sagrado y se pondrá sus vestiduras. Después saldrá y ofrecerá su holocausto y el holocausto del pueblo, y así obtendrá el perdón por sus pecados y los del pueblo, y quemará sobre el altar el sebo de la víctima por el pecado.

El hombre encargado de soltar el chivo para Azazel lavará sus vestidos y bañará su cuerpo en agua; después de esto podrá entrar en el campamento. Del novillo del sacrificio por el pecado y del chivo inmolido por el pecado, cuya sangre fue introducida en el santuario para obtener el perdón, serán sacados fuera del campamento y quemados con fuego sus pieles, su carne y sus excrementos. El que los queme lavará sus vestidos y se bañará en agua; después de esto, podrá entrar en el campamento.

Será esto una ley permanente para ustedes:

En el mes séptimo, el día décimo del mes, deberán ustedes dedicarlo al ayuno y suspender todas sus labores, lo mismo los israelitas que los extranjeros que vivan entre ustedes, pues en ese día se obtendrá el perdón de los pecados de ustedes delante del Señor y quedarán limpios de todos ellos. Es una ley permanente, ese día será para ustedes un día especial de descanso completo y dedicado al ayuno.

El sacerdote que haya sido escogido y a quien se le haya dado plena autoridad para ocupar el lugar de su padre como sacerdote, celebrará el rito para obtener el perdón de los pecados; él se vestirá las vestiduras de lino, las vestiduras sagradas, y hará la purificación del lugar santísimo, de la Tienda del Encuentro y del altar, y hará la purificación por los sacerdotes y por todo el pueblo de la asamblea. Esta será una ley permanente para ustedes: una vez al año se celebrará el rito para obtener el perdón de los pecados que hayan cometido los israelitas.

Y se hizo tal como el Señor se lo ordenó a Moisés.¹

¹ N. de la T.: Para esta cita, se utilizó la traducción de la Biblia de las Sociedades Bíblicas Unidas (México 1983) por la pertinencia del vocabulario. Para las restantes citas bíblicas, la *Biblia de Jerusalén*.

Por diversas razones, el ritual del *Iom Kipur* que antecede en el Levítico directamente al código de santidad (17, 1-26.46), les causará una impresión extraña, arcaica y mágica a la mayoría de los lectores contemporáneos. Nos confronta directamente con representaciones arquetípicas reprimidas, que ya no podemos vivenciar en su forma originaria y, por lo tanto, sólo alcanzamos a leer con la discontinuidad de nuestras propias representaciones fragmentarias del chivo expiatorio. Para nuestro pensamiento moderno es especialmente chocante la falta de distinción entre santidad de culto y santidad ética (Blank 1975). La teología sacerdotal del Día del Perdón ve en el pecado una relación de tensión entre el hombre y Dios, que se supera mediante el sacrificio. Pero también debe ser "expiado" quien padece una enfermedad de la piel o se ha vuelto "impuro" por haber estado en contacto con un cadáver o con líquidos corporales.

La etnología comparada demuestra que no sólo los hombres de la Antigüedad, sino también nosotros, los hombres modernos, vivimos en esferas rígidamente separadas que no nos gusta mezclar. Dado que llevamos en nosotros los ideales de la santidad y de la divinidad, también percibimos la película de suciedad que siempre vuelve a cubrir nuestra persona-máscara. Los meticulosos preceptos de purificación del Levítico respecto de la muerte, la enfermedad y la sexualidad expresan esta necesidad arcaica de separación y de protección aunque, a menudo, se los haya interpretado equivocadamente como juicios de valor. En relación con la muerte, Herzog (1995) habla de un tabú que va más allá de lo moral e implica tanto a los médicos como a una profesión felizmente caída en el olvido en Alemania, a saber, la de los verdugos. Sin embargo, este tabú parece vincularse con una especial fascinación y con la proyección de una fuerza sanadora sobrenatural. El concepto de "sacro" (lat. *sacer, sanctus*) se deriva de *sancire* (fijar, delimitar); se refiere, por lo tanto, en primer lugar a un lugar de culto delimitado (lat. *templum*; gr. *témenos*). Jung describe con el término *témenos* el ámbito de un complejo delimitado por el Yo necesitado de protección (Samuels 1986). A través de la ayuda de la función sacerdotal del analista, en el espacio del psicoanálisis se puede dar el encuentro, curativo y a la vez inquietante por su extraña familiaridad, con contenidos del inconsciente.

En primer lugar, el ritual del *Iom Kipur* se lleva a cabo en el interior

del templo, en el límite con el *Sanctasanctorum* que el sacerdote sólo puede pisar una vez al año, ese día. El santuario atrae de modo casi magnético la impureza y, por eso, necesita expiación. El traspaso de los pecados al chivo expiatorio es la forma más extrema de atribución causal sumada a una amplificación extático-sacral del sentimiento correspondiente y a una descarga colectiva de agresión, mediante la eliminación de la causa del mal (externalización real, Mentzos 1993). Paradójicamente, el lugar de la presencia divina es también el lugar de la crisis, donde se revela lo sacrílego, lo condenado (que también se denomina *sacer* en latín). Mediante el derramamiento de la sangre del animal sacrificado se santifican los chivos expiatorios, a pesar de que, y justamente porque, han entrado en contacto con el pecado (lat. *sacri-ficere*: hacer sagrado, sacrificar). Jung (1940) cita la interpretación de Przywara del "ser santificado" mediante el espíritu de Jesús: "Sagrado se dice por Dios, e igualmente se dice condenado por Dios: en la estrecha franja de bendición y maldición, y allí totalmente entregado." Dentro del *Sanctasanctorum*, la impureza y la expiación se condensan en la tapa (*kapporät*) del arca, que le ha dado su nombre a todo el ritual.

En el Nuevo Testamento, Jesús es denominado "instrumento de propiciación" (*kapporät*) (Romanos 3, 25). Jesús ejerce una función sacerdotal al liberar a los poseídos de su "expulsión al desierto" social. A los leprosos curados los envía a ver a los sacerdotes para que hagan un "diagnóstico oficial" de su salud y pureza recuperadas. Según el Levítico, incluso una casa "leprosa" debe ser purificada mediante la expiación. Para nuestro pensamiento actual es difícil entender el significado de la sangre derramada para el rito de la expiación. En el ritual sacerdotal, la aspersion de la sangre hace completa la entrega de la vida de quien ofrece el sacrificio a Dios y a lo sagrado, como se expresa simbólicamente al colocar las manos sobre el animal: el pecador se identifica con la víctima que morirá.

Lo más llamativo es, sin embargo, el destino de los dos chivos, que no está ligado al lugar sagrado y remite a la etapa temprana de la religión judía, muy anterior a la era del templo (Gerstenberger 1993). Desde tiempos remotos, el chivo expiatorio es *phármakon*. Al igual que la serpiente, es a la vez remedio constructivo y veneno destructivo. El ritual anual del chivo expiatorio servía para recomponer el sentimiento de integridad, de armonía entre el hombre y Dios a través de ritos conscientes de

separación del mal. En este rito influyen rituales más antiguos como, por ejemplo, la superación de enfermedades mediante sacrificios al dios del macho cabrío, adorado por los pastores semitas (Perera, 1986). En Levítico 16 llama la atención la dualidad de divinidades y de chivos sacrificados: el primer chivo está consagrado a YHVH, el Dios de Israel; su sangre debe purificar el altar, el santuario, etc. Los restos del chivo sacrificado (y, por lo tanto, santificado) son impuros y deben ser quemados fuera del campamento. El segundo chivo es consagrado por la suerte echada a Azazel, un demonio del desierto. Este chivo es expulsado al desierto con los pecados del pueblo, pecados que le fueron traspasados al apoyar ambas manos sobre su cabeza. Previamente se lo "presenta" a YHVH; de este modo, se legitimó la adopción de un rito pagano.

¿Cómo se transforman en un complejo estas representaciones arquetípicas? ¿Cómo se llega a la pérdida de sentido y a la perversión de los símbolos vivientes que expresan la tensión de la oposición del arquetipo? Perera (1986) menciona en primer lugar la disolución de la relación arquetípica con lo sagrado: hemos conservado la estructura del arquetipo del chivo expiatorio de modo parcialmente reprimido, es decir, sin el trasfondo simbólico vivo de los antiguos rituales. Además, Azazel ha dejado de ser el demonio de la naturaleza de la época previa a los hebreos para transformarse en acusador, designatario y creador del chivo expiatorio. En lo externo, este *rol* de Azazel es asumido por la familia que acusa a un individuo identificado con el complejo del chivo expiatorio, o se proyecta sobre el terapeuta.

En el siguiente gráfico se representa esquemáticamente la estructura del complejo del chivo expiatorio tal como éste se constela entre el paciente identificado con él y su terapeuta. El eje vertical de la cruz punteada separa el lado del paciente del lado del terapeuta y expresa la escisión interpersonal, cuando el modelo de relación del complejo del chivo expiatorio aún no ha sido trabajado. El eje horizontal separa, en cambio, el nivel consciente del nivel inconsciente. "Debajo" del umbral de la conciencia se encuentra la inconsciencia común del paciente y del terapeuta que está arraigada en representaciones arquetípicas colectivas que nos son tan ajenas como el acontecer ritual sagrado del rito del *Iom Kippur*. Además de esta sombra común o incluso colectiva (es decir, de la suma de todas las posibilidades no vividas) el inconsciente personal contiene

partes reprimidas de las personas involucradas. Nuestro esquema se limita al paciente y al terapeuta.

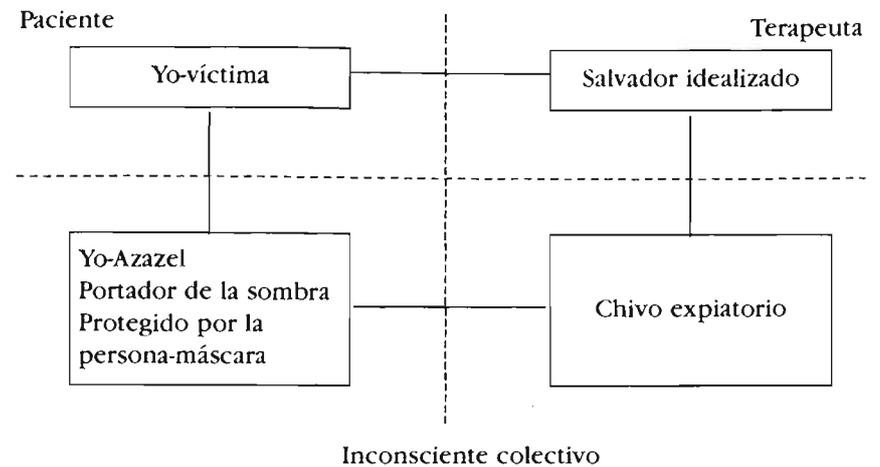


Gráfico 2: El arquetipo del chivo expiatorio (según Perera 1986)

El *paciente* dispone de un yo-víctima consciente, por ejemplo, de una excesiva tendencia al sacrificio, a la entrega depresiva y altruista, que caracteriza sus relaciones. Sin embargo, no es en absoluto consciente del chivo expiatorio que anda rondando a su alrededor, es decir de sus necesidades agresivas, sexuales y de dependencia disociadas. El Yo lleva esta sombra de Azazel y desarrolla, según el modelo de Perera, una fabulosa y precoz *persona-máscara* (un Sí-mismo falso en el sentido de Winnicott) como defensa del Yo-víctima. En el pensamiento junguiano tanto la sombra como la persona-máscara son partes de la personalidad arraigadas en lo arquetípico, de las que nunca podemos "librarnos", con las que más bien debemos tratar de vivir en armonía.

El siguiente gráfico puede aclarar esta idea: la sombra, la suma de las posibilidades no vividas, se encuentra en cierto modo "a espaldas" de mi Yo consciente. Existen sombras claras (por ejemplo los deseos positivos no alcanzados) y sombras oscuras. Trato de librarme de los lados especialmente oscuros de mí mismo, de todo aquello que *no* quiero ser, criticando, tratando, luchando contra estas vigas en mi propio ojo

como si fueran paja en el ojo ajeno (Mateo 7, 3). La proyección del complejo del chivo expiatorio es el intento más difundido de hacer cargar con la sombra colectiva de un grupo o de un pueblo a una minoría o a un individuo.

En sueños, la sombra muchas veces es representada por una persona del mismo sexo. En tanto tengo la sombra a mis espaldas, llevo mi *persona-máscara*, en cierto modo, delante de mi Yo. Ella representa mi personalidad social aparente, el modo en que deseo ser visto. Todos nosotros tenemos más de una persona-máscara; por ejemplo, la persona-máscara profesional como docentes, médicos, curas, empleados de correo, madres o padres, etc. También nuestra vestimenta, una parte de nuestro *rol* sexual, y de nuestra pertenencia social y nacional pertenece a esta persona-máscara. Ésta no es de ningún modo exclusivamente externa, ya que también puede ser la expresión de mi perfeccionismo y, por lo tanto, aquella superficie que actúa de límite entre lo "puro" y lo "impuro", entre el santuario de mi espíritu y la "profanidad" de mi entorno, mi "tapa" personal donde se lleva a cabo la expiación, la proyección, la defensa de la sombra. La madurez psíquica se caracteriza por personas-máscaras "que sientan bien", que bien pueden ser dejadas de lado o cambiadas alguna vez por su portador. Los individuos con un Yo débil temen perder también su Yo si cambian de persona-máscara, o tienen temor de ser escudriñados por otros individuos cuando se protegen refugiándose en las características de la persona-máscara.

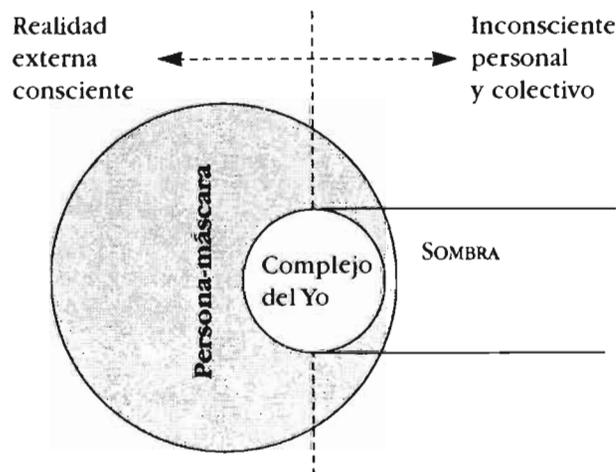


Gráfico 3: El complejo del Yo entre *persona-máscara* y *sombra*

El *terapeuta* se presenta ante el Yo-víctima como ayudante. Al igual que el sacerdote en el ritual del chivo expiatorio, debe decidir qué es lo que se considera bueno y qué es colectivamente aceptable. Si queda incluido dentro del complejo del chivo expiatorio, el terapeuta pierde su relación con lo suprapersonal. Como un falso sacerdote, se confabula con el acusador interno del paciente asumiendo las proyecciones correspondientes, "para obligar a la persona a una adaptación que no tiene en cuenta su mundo interno y funciona sólo con máscaras que, obviamente, no pueden estar integradas" (Perera 1986).

Para que surja el complejo del chivo expiatorio es necesario que la polaridad del arquetipo se haya vuelto intolerable. El paciente que se identifica con el chivo expiatorio lleva dentro de sí al acusador interno inconsciente, transfiriéndolo al terapeuta idealizado o a voces paternas o colectivas severas. De este modo, siempre vuelve a encontrar en personas de referencia (externas) la confirmación para la implacabilidad de la propia mentalidad (interna) de chivo expiatorio y de víctima. El terapeuta, por su parte, reprime su propia sombra de chivo expiatorio y su Yo consciente está inflacionado de modo compensatorio mediante el ideal del redentor que salvará a la víctima. En la imagen arquetípica del Mesías se unen los motivos del inmolado, del siervo sufriente, despreciado y rechazado y del soberano. Por eso, el YHVH sufriente también es el soberano exitoso y glorioso.

El complejo del chivo expiatorio, en cambio, consiste en la disociación masoquista de este aspecto dominante del arquetipo del chivo expiatorio. Mientras el o la paciente no tengan acceso al cetro de su propia soberanía (ya sea de la propia masculinidad, ya sea de la propia femineidad contenedora), seguirá estando presente la escisión intrapersonal entre el Yo-víctima consciente y el Yo que lleva la sombra, enajenado, acusatorio y acorazado tras la persona-máscara. Quienes se identifican con el chivo expiatorio llevan:

"...la carga de la divinidad principal de nuestra era —pues el arquetipo del Mesías como siervo sufriente es parte del núcleo de la psique occidental—, (...) padecen de inflación negativa, exilio y disociación. Se interrumpen sus relaciones adaptadas al mundo exterior y a sus propias profundidades interiores. Pero incluso cuando pueden desidentificarse de la carga del complejo, tienen una relación especial con el arquetipo. El complejo se convierte en

un núcleo de la vida (Perera). (...) Por lo tanto, están destinados a vivir conscientemente con el complejo. (...) Este sentimiento de integridad recuperado permite abandonar el colectivo y seguir adelante de modo consciente y minucioso con una parte de la propia sombra. (...) Erich Neumann sugiere además que, al llevar la propia sombra, se libera al colectivo. A diferencia de lo que sucede con la psicología del chivo expiatorio, en la cual el individuo carga el mal propio sobre los débiles, en este caso se da el fenómeno inverso, a saber, el del sufrimiento en representación. El individuo asume una parte de la carga colectiva bajo su responsabilidad y desintoxica e integra el mal en su tarea de modificación interna. Si este proceso se logra, lleva a una liberación interna del colectivo que es redimido, por lo menos parcialmente, de este mal." (Perera 1986, pág. 137-139).

Nuestro pensamiento moderno puede dejar de lado los rituales descritos en el Levítico por tratarse de mitología o declararlos racionalmente superados. Sin embargo, las investigaciones del teólogo de Innsbruck Raymund Schwager, que sigue a René Girard, señalan que estos intentos de represión, encubiertos por un tinte científico, no resuelven la problemática, sino que sólo la enmascaran. El chivo expiatorio aparece como condenado y como salvador (*sacer*); en la aspersion de la sangre se descubre la disposición a la violencia del grupo, y ésta se resuelve mediante la proyección (a costa de la víctima) (Girard, Schwager). El sacrificio ritual humano en el Antiguo México se relacionaba con la idea de que aquel a quien se elegía como víctima era la encarnación de un dios. Por eso, el canibalismo ceremonial se entendía como comunión (en azteca: *teo-qualli*, "comida de los dioses"). Este aspecto del sacrificio humano va más allá de la ingestión ritual supletoria de carne del animal sacrificado o de panes con motivos sagrados.

¿"SÓLO" PROYECCIÓN?

LA LUCHA CONTRA LOS DEMONIOS DE LA ENFERMEDAD

Una de las objeciones más frecuentes al pensamiento junguiano, más precisamente a su crítica de la imagen de Dios, es la siguiente: toda verdad se disuelve aquí en proyección, no se reconoce la objetividad (del

mundo exterior, de la revelación, de la historia, de las instituciones sociales), sino que ésta queda reducida a procesos intrapsíquicos. En realidad, esta objeción invierte el pensamiento junguiano. Jung afirma (lo cual es de por sí suficientemente provocativo) que todos nosotros, no solamente los enfermos o los niños, los locos o los hombres primitivos, vivimos, en un principio, en una identidad arcaica con los objetos: la relación primaria con el mundo no es una relación sujeto-objeto sino *el ser uno con los objetos*. Sin embargo, para Jung la *identidad* no es el objetivo de un desarrollo (como lo es, por ejemplo, para Erikson), sino el punto de partida de la individuación. Evolucionamos alejándonos de nuestra identidad arcaica de la proyección, removiendo progresivamente la proyección de otros individuos y de los objetos, y aceptando como propio lo proyectado. Jung hace referencia reiteradamente a Kant (por ejemplo, en su Tipología), quien investigó en su filosofía crítica las condiciones de posibilidad de nuestro conocimiento. Para Jung, la condición de posibilidad del estar-en-relación consiste en hacer conscientes las proyecciones y en removerlas progresivamente. El convertir-en-chivo-expiatorio (*scapegoating*) es, pues, proyección *par excellence*. La parte de uno mismo que es intolerable, la sombra, la culpa propia o colectiva se carga sobre el chivo expiatorio y se envía al desierto, se la arroja lejos de uno mismo o, más precisamente, se la proyecta.

El fenómeno de la enfermedad es un caso especial de este proceso. Un individuo se convierte en "paciente designado" de una familia o de un grupo, como lo expresan los terapeutas sistémicos. Especialmente en el ámbito de la enfermedad psíquica (autosacrificio depresivo, tendencia al suicidio, psicosis, etc.), ésta es una vía frecuente para encontrar el propio Sí-mismo falso en representación del colectivo (Perera 1986, Verteuil 1966).

Desde el punto de vista del colectivo se trata de una proyección (en los extraños, los enfermos, los discapacitados, etc.). Desde el punto de vista de quien está identificado con el chivo expiatorio se trata del proceso inverso, de asumir esta imputación, de una introyección. Si luego el chivo expiatorio efectivamente se comporta como se lo prescribe, y percibe la imputación proyectiva, el psicoanálisis habla de identificación proyectiva (Klein 1972, Ogden 1979). Desde el punto de vista de quien proyecta, al proceso intrapsíquico de la proyección como percepción distor-

sionada se le suma una influencia mutua sobre los comportamientos y las vivencias.

Mentzos (1993) demostró esta “externalización real” con el ejemplo de la guerra: el enemigo respectivo no es sólo una superficie de proyección inmóvil o un cordero inocente, sino que se modifica efectivamente de tal modo que confirma la imagen hostil ideada por la propaganda. Justamente en la guerra existe una identidad fantasmal, una comunidad de destinos en que las partes se convierten mutuamente en víctimas. Jung describe esta fusión con Lévy-Bruhl como *participation mystique*:

“Se entiende por ello un modo peculiar de vinculación psicológica al objeto. Consiste en que el sujeto no puede distinguirse claramente del objeto sino que está ligado a él por una relación directa que puede calificarse de identidad parcial” (Jung, O. C. 6, pág. 856, *Tipos psicológicos*, pág. 873).

La identificación con el chivo expiatorio es siempre asunto de individuos aislados que se enfrentan con el colectivo. Es mucho más frecuente nuestra tendencia a deshacernos de lo enfermo, como si se tratara de un cuerpo extraño, que desplazarlo como proyección hacia afuera, para volver a estar *totalmente sanos*, es decir, en cierto modo, purificados de todo lo enfermo. En todo el mundo los chamanes, los curanderos y los médicos curan extrayendo cuerpos extraños mediante absorción, extirpación o lavajes. A la inversa, la enfermedad consiste en la penetración de un cuerpo extraño, por ejemplo, mediante un “proyectil de la enfermedad” disparado por un mago para enfermar a los hombres y a su ganado. Los restos lingüísticos de este tipo de ideas se encuentran en el ataque al corazón o en el ataque de apoplejía² (Ribi 1989).

Este tipo de mitos de la enfermedad esconde una verdad profunda. Porque la proyección no es en absoluto un proceso activo, consciente. Se trata, en cambio, de un modo de elaboración (mecanismo de defensa) inconsciente, mediante el cual nos protegemos de lo ajeno o intentamos

² N. de la T.: Las palabras empleadas en alemán son “Herz-Schlag” y “Schlag-Anfall”, que se valen del término Schlag = ataque, golpe.

mantener un estado de identidad arcaico que se ha vuelto perceptible, o incluso molesto (Jung, O. C. 6, pág. 870, *Tipos psicológicos*, pág. 880).

“La instancia que proyecta no es el sujeto sino el arquetipo. Es él quien provoca la proyección. Quiere decir que detrás de cada proyección hay un arquetipo. Arquetipo significa posibilidad de comprensión innata. No vivenciamos el objeto o el entorno como *son*, sino como se nos *aparecen* típicamente. Su apariencia está modificada típicamente por el arquetipo que constela el objeto” (Ribi 1989, pág. 81).

Entonces ¿se trata “sólo” de proyección? Para poder remover proyecciones y volverse más libre y más sano hay que contar con constelaciones arquetípicas en nuestro mundo. El arquetipo del chivo expiatorio no se limita a mitologías de épocas pasadas o a lejanos pueblos primitivos. Es nuestra posibilidad arcaica. Como médico, tengo que contar con constelaciones arquetípicas en los mitos de la enfermedad de mis pacientes. El modo en que relatan su vida y su enfermedad, desde el punto de vista médico, muchas veces suena mitológico: “Desde que me operaron, no me pude recuperar...”, “desde que tuve el accidente, no me puedo concentrar...”, “desde que el médico clínico me dijo que ...”. En estos casos, la ciencia médica gusta de hablar de la “necesidad de causalidad” de los pacientes. Lo cierto, es que todos estamos acostumbrados a la relación causal, tanto en lo cotidiano como en el contexto de los “hechos” científicos.

EL REGRESO DEL CHIVO EXPIATORIO

¿Cómo puede regresar el chivo expiatorio (*scapegoat*) del desierto a que lo enviamos en la huida (*e-scape goat state*, Whitmont 1983)? ¿Cómo se pueden remover las proyecciones (de la propia culpa, de los propios deseos pulsionales, de la propia enfermedad, de los propios residuos psíquicos sólo aparentemente reciclados)? Cuando regrese el chivo expiatorio regresarán con él la parte de Judas reprimida en el Mesías y la femineidad reprimida de Azazel, y esperarán ser redimidos. El endemoniado de Gerasa (Marcos 5, véase Frick 1991) lleva la enfermedad colectiva en su carácter de excluido, como la llevan en nuestros días los

discapacitados, cuyo derecho a la vida se discute, los psicóticos, los infectados con el virus HIV. El “desierto” al cual fue enviado por el colectivo este individuo identificado con el chivo expiatorio consiste en los sepulcros donde tiene su morada. La curación consiste en que Jesús acepte la relación sanador-poseído (al precio de “infectarse” Él mismo demoníacamente) y de este modo conduzca al endemoniado, nuevamente, a la comunidad de los hombres. Jesús les habla a los demonios “impuros” y los envía a una pira de cerdos que, en el judaísmo, son considerados impuros. Los demonios obedecen sus órdenes y están extrañamente familiarizados con Él. Lo “conocen” a Jesús y gritan: “¿Qué tenemos nosotros contigo, Hijo de Dios?” (Mateo 8, 29A). En el hecho de “expulsar los demonios por el dedo de Dios” (Lucas 11, 20), se muestra el comienzo del reino de Dios y el poder (*exousía*) de Jesús que, paradójicamente, consiste en la suposición de la impotencia: Jesús está dispuesto al cambio de *roles* mediante la asunción de la posición de chivo expiatorio, del mismo modo en que el chamán sufre la posesión por los malos espíritus y se cura (Eliade 1951). Él mismo carga con los demonios de este mundo, dejándose expulsar de la comunidad de los hombres, del mismo modo en que cambió con el leproso y fue al sepulcro del cual liberó a Lázaro de Betania.

En la actualidad, la “posesión” se describe principalmente dentro de los modelos psicopatológicos. La “enfermedad social” descrita en Marcos 5, la exclusión proyectiva de la comunidad de los hombres, afecta en nuestra sociedad a muchos psicóticos, a los que no sólo se les quiebra la realidad interior, sino también las relaciones sociales en la familia, la amistad, el vecindario, la profesión. La posesión también puede ser interpretada como síntoma de la violencia en expansión. Como “representación monstruosa”, “alucinación” y “representación de la fantasía que individuos fervorosamente excitados proyectan en otros”, repercute “de modo real sobre su autor” (Schwager 1978, pág. 175 y ss.). De este modo, la enfermedad demoníaca se describe como identificación proyectiva, externalización real (Mentzos 1993). A través de este proceso inconsciente, el potencial agresivo intrapsíquico induce a cambios de comportamiento en el afuera, es decir, en el chivo expiatorio, que son vivenciados por el colectivo como ajenos y amenazantes, provocando una nueva violencia. Sólo es posible una curación como liberación del mito proyectivo patológico del chivo expiatorio, si un chivo expiatorio volunta-

rio quiebra la espiral de la violencia. Una figura arquetípica de este estilo está dada en el profeta Deutero-Isaías.

El regreso del chivo expiatorio nos recuerda, inexorablemente, que lo habíamos cargado con la causa y la culpa. Justamente en las familias con enfermos psíquicos, la cuestión de la culpa se suele plantear bajo el velo de la causalidad. “¿Por qué estoy enfermo?” quiere decir “¿Quién tiene la culpa?” (Frick 1993). Sobre todo las madres suelen ser idealizadas de modo exagerado y, por ende, se las sobreexige, a la vez que se las convierte en chivos expiatorios (Rohde-Dachser 1989). La enfermedad puede surgir por la identificación con el *rol* del chivo expiatorio antes descrita pero, también, en el intento de querer ahorrarle este *rol* a otro miembro de la familia. Especialmente en la tradición cristiana, los elementos del arquetipo del chivo expiatorio que desembocan en el complejo están muy cerca de sus aspectos constructivos y liberadores.

EL VIRAJE HACIA EL SIGNO

El concepto de *curación milagrosa* es de una ambigüedad singular. Por un lado, suele ser usado con ironía para describir la mejoría repentina e inexplicable de un enfermo o una curación espontánea que también habría tenido lugar sin la realización de esfuerzos terapéuticos. Sin embargo, detrás de este escepticismo a menudo se esconde una fantasía de grandeza que espera justamente aquello que aparentemente se ironiza o se rechaza por su carácter mágico, a saber, la curación en los casos en que ésta no es de esperar desde el punto de vista médico. Tanto en el lenguaje religioso como en el de la medicina, la comprensión de signos ocupa cada vez más el lugar de la explicación y la influencia eficiente. En ese sentido, el desarrollo de las ideas religiosas (que reviven en muchas subculturas de la medicina alternativa) puede ser considerado como la prehistoria del viraje de la medicina humana hacia el signo.

El concepto de “milagro”, como fue forjado por la apologética del siglo XIX, servía tanto para probar la credibilidad de Jesús y de su Iglesia como la “efectividad” de los santos en los procesos de santificación. *Apologética* significa defensa frente a los ataques a la tradición de la Iglesia por parte del entorno opositor, influido por las ciencias naturales. A la ex-

plicación del mundo dada por las ciencias naturales se le oponía la "naturaleza creada". Respecto de esta *natura creata* como norma, aparecen entonces determinadas excepciones a la regla, anomalías que, en el lenguaje religioso, se denominan "milagros" y se atribuyen a la omnipotencia divina. La curación es un don del Dios soberano o de sus agentes terrenales que se hace llegar a los receptores humanos subordinados; es la influencia de la misericordia o de lo sobrenatural en el ámbito de la naturaleza (Pousset 1992). Por este motivo, en Lourdes y en otros lugares, se crean comisiones de médicos que deben establecer que un determinado caso de curación no puede ser explicado desde el punto de vista de las ciencias (naturales). Dentro de la concepción tradicional del milagro, este juicio de exclusión es una condición necesaria, pero no suficiente, para que un proceso de curación se considere "sobrenatural". Las ciencias naturales, en este caso, sirven de disciplina auxiliar de una ciencia de lo sobrenatural.

Bajo la influencia de la exégesis moderna, en este siglo (en la Iglesia Católica, sólo después de la Segunda Guerra Mundial) se da un pasaje del concepto de "milagro" al del "signo": el esquema de lo natural y lo sobrenatural es reemplazado por la historia de Dios con nosotros los hombres. La curación ya no es entonces un don superior, sino una relación entre la persona que pide la curación, Dios y uno o más sanadores que también se modifican ellos mismos en esta relación. La curación es un signo ambiguo que requiere de la interpretación por parte de la persona curada y dentro de una comunidad. En el Nuevo Testamento, la curación nunca es un milagro aislado que da fe indubitable de la reivindicación mesiánica de Jesús. Jesús siempre vuelve a rehuir estas expectativas (por ejemplo, en Marcos 8, 11-13). Todas las curaciones de Jesús se encuentran más bien bajo la reserva interpretativa de la Cruz. Donde más se nota esto, es en los mandatos de silencio del Evangelio según Marcos: en lugar de llamar a la difusión proselitista de la experiencia de curación o, por lo menos, permitir dicha difusión, Jesús prohíbe reiteradamente que se hable de las curaciones, como si quisiera prevenir que se malinterpreten sus signos como curaciones milagrosas, de las cuales hubo muchas en el mundo del Nuevo Testamento.

Pues sólo en apariencia Jesús es el poderoso hacedor de milagros. No nos redime mediante su poder según parámetros de eficiencia humana,

sino *mediante sus heridas*. La curación a través de la oración compite a veces de modo más o menos manifiesto con las numerosas ofertas de curación seculares. En las denominadas "terapias cristianas" se busca lograr el éxito de la curación mediante el uso fragmentario de diversas técnicas psicológicas, allí donde parece fracasar el tratamiento y la curación "terrenal".

Pero ¿qué sucede con la correspondiente evolución dentro de la medicina? También en la medicina existe (en general, como idea de grandeza colectiva) la fantasía de la curación milagrosa que sirve para vencer la enfermedad y la muerte o, por lo menos, para hacerlas retroceder. Como cualquier fantasía de grandeza, la fantasía de la factibilidad ilimitada, en su mayor parte inconsciente, incentiva la investigación y la cura en medicina. Por eso, la humillación que produce la impotencia es tanto más intolerable cuando como médicos o como pacientes que esperan ser curados, llegamos al límite de nuestras posibilidades que, si bien son extraordinarias, no son infinitas.

De ningún modo niego el hecho de que debamos verdaderos progresos (por ejemplo los logrados en la lucha contra las enfermedades infecciosas) a fantasías de grandeza colectivas como aquella que cree que la posibilidad de curar reside en vencer a la naturaleza como si fuéramos semejantes a Dios. En cuanto a lo que respecta a nuestro tema, me interesa la convergencia de ambas evoluciones: la apologética y las fantasías milagrosas existen tanto en la medicina como en la Iglesia y en la teología, y la *comprensión de signos en relación* modifica de raíz nuestra postura científica y nuestra capacidad de entrar en un diálogo sanador con personas enfermas (Marty 1992, Perrin 1987). El abordaje causal se corresponde con el concepto yo-ello de Martin Buber (1923): Según el modelo de la física, convierto el cuerpo del otro (y según el mismo modelo, su vivencia psíquica y su comportamiento) en objeto de mi curiosidad científica: describo, observo e intervengo. Como científico objetivante hago abstracción de la historia personal de este individuo, para adjudicar su sufrimiento personal a un cuadro de enfermedad suprapersonal, a teorías patogenéticas con cuya ayuda explico, nombro una cadena causal y diseño una estrategia terapéutica causal. El procedimiento basado en el concepto yo-tú es totalmente distinto: me permite respetar y entender al otro en su diferencia individual inconfundible. El otro no es objeto de mi

conocimiento científico sino compañero de diálogo en la búsqueda común, en la comprensión común de signos. Me parece que la tarea actual de la medicina y de otras profesiones terapéuticas consiste en combinar las conquistas del modo de observación causal con una comprensión más amplia de los signos de la enfermedad y de la salud.

En medicina, "signo" quiere decir, en primer lugar, *síntoma* (del griego *sympíptein*, precipitarse juntamente, coincidir). ¿Y qué es lo que coincide? Es lo propio, el cuerpo conocido en el que se percibe algo ajeno, enfermo, amenazante, doloroso que vuelve ininteligible el todo. Se quiebran las antiguas obviedades, especialmente la familiaridad del entorno de vida habitual. Como médicos, nos esforzamos por comprender los síntomas del modo más exacto posible y por descubrir signos precisos, unívocos, de determinadas perturbaciones en las funciones corporales, para luego superarlas. "Desciframos" un "texto" que, en el caso ideal, nos da indicaciones claras acerca del modo en que debemos reparar la máquina-hombre. Propongo ampliar aun más el concepto de signo en la medicina humana. El signo está constituido tanto por síntomas mensurables, observables, como por símbolos. Entiendo por símbolos los signos susceptibles de diversas interpretaciones que no se pueden decodificar ni medir, sino que sólo pueden ser comprendidos dentro de una relación. No quiero, pues, abolir el pensamiento causal al que debemos tantos logros, sino incluirlo dentro de una comprensión de signos más abarcadora. Los síntomas de las enfermedades son *signos psicósomáticos* que, por un lado, podemos observar, contar y *medir*. Pero la curación abarca también, por otro lado, la comprensión de los significados subjetivos e interpersonales que un prójimo enfermo le *atribuye* a los signos de su enfermedad y a la historia de la misma. Podemos pesar a una persona muy excedida de peso o demasiado delgada y, una vez excluidas otras enfermedades físicas, también podemos hacer afirmaciones estadísticas acerca de su peso. Sin embargo, la sola apreciación cuantitativa no nos permitirá comprender qué significa la anorexia o el trastorno alimenticio en su historia de vida. Sólo lograremos comprender su significado dentro de una "anatomía subjetiva", que todos nosotros hemos adquirido en nuestra evolución infantil temprana. Quizás debamos reaprender esta anatomía, especialmente si el propio cuerpo se ha convertido en un cuerpo ajeno debido a la enfermedad, a nuestra formación médico-científica o a algún tipo de violencia externa (véase Uexküll y otros 1994).

Las historias bíblicas de curación nos pueden ayudar a interpretar conjuntamente los signos de la salud y de la enfermedad dentro de una relación terapéutica (véase Pousset 1992). Entre dos individuos, y dentro del drama de la curación del cual participa a veces todo un grupo, surgen símbolos vivos a partir del mundo de imágenes bíblicas; éstos, expresan la tensión de los opuestos del arquetipo de la curación. Para que estos símbolos puedan surgir es imprescindible, sin embargo, que se superen dos extremos de la tradición cristiana que obstaculizan la existencia de una simbología de la curación viva. El primero de estos obstáculos consiste en el vaciamiento de sentido (de realización) del discurso cristiano de la curación: se escinde la curación "sólo" física de las prácticas de "curación" de la Iglesia (en la palabra, el sacramento, el diálogo con el sacerdote), que cada vez tienen menos que ver con los verdaderos dolores, angustias, necesidades de las personas que sufren y prometen una curación que no puede "llegar" al destinatario. La palabra *curación* se usa fuera de contexto, vaciada de sentido, en el lenguaje cotidiano y en el lenguaje religioso específico. Otro obstáculo es el peligro opuesto al vaciamiento de sentido, que está igualmente difundido en la actual mentalidad cristiana. Se trata de la tendencia al uso forzado, a menudo mágico-manipulador, de los símbolos: la curación, incluida la curación física, debe darse para confirmar que la técnica del conjuro, del tratamiento o de la oración se lleva a cabo con la ayuda divina. Esta competencia por la eficacia de los distintos métodos de curación quiere disponer del símbolo y lo busca mediante la palabra y la oración, pero termina, justamente, destruyéndolo.

III. Los símbolos: de la observación distanciada al drama de la curación



EL CONCEPTO DE SÍMBOLO EN C. G. JUNG

Las oposiciones arquetípicas, en especial la oposición entre curación y herida, entre construcción y destrucción, de la que trata este libro, están presentes en imágenes que expresan la situación psíquica total, por ejemplo en nuestros sueños y en nuestros sueños diurnos, e incluso en los términos en que un paciente me dice que ya no puede tolerar su miedo: —¡No soy yo quien tiene miedo, sino que es el miedo quien me tiene a mí!— “La imagen *contiene* oposiciones; el símbolo, en cambio, es un *mediador* entre ellas” (Samuels 1986).

Mientras un símbolo está vivo es la expresión de una cosa que no cabe designar de mejor manera que con él. El símbolo sólo está vivo mientras se halla preñado de significado. Pero si el símbolo ha dado a luz su sentido, esto es, si ha sido encontrada la expresión que formula mejor que el símbolo usado hasta ese momento la cosa buscada, aguardada o presentida, entonces el símbolo *muere*, es decir, ya no tendrá más que un significado histórico (Jung, O. C. 6, pág. 896, *Tipos psicológicos*, pág. 903).

La fuerza transformadora, sanadora, viva, del símbolo reside en su función de mediación (Jung también habla de “trascendente”). Debido a su estructura de referencia, el símbolo (en alemán “*Sinnbild*” = imagen con sentido) no se puede definir claramente como un simple signo, como lo es, por ejemplo, una erupción de la piel como síntoma del sarampión e indicación para el tratamiento médico. Por otra parte, la función del símbolo se vuelve muy concreta en una relación interhumana como la que se establece entre el médico y el paciente. Entre ambos, el símbolo se eleva como un tercero desde la psique inconsciente. El síntoma en cuanto signo constituye una escena incompleta. En el marco de la situación terapéutica, el síntoma se transforma en escena compartida, portadora de sentido y expresada por símbolos que surgen del co-inconsciente entre el paciente y el médico. Los síntomas-signos se observan como hechos de

la naturaleza. Los símbolos se descubren y se comprenden conjuntamente. Permanecen vivos mientras remiten al arquetipo del cual son emergentes y expresan la tensión de los opuestos. En el drama de la curación, sirven a la comunicación entre médico y paciente y abren un espacio de transformación escénica. Pero es, ante todo, el paciente mismo quien se desarrolla, combinando (*sympállein*) la herida con el deseo de curación, los contenidos conscientes con los inconscientes, para dejar de necesitar finalmente un médico externo. Una vez logrado esto, el símbolo ha cumplido con su cometido y se convierte en el recuerdo de un conflicto enfermante que el paciente pudo utilizar para desarrollarse. En el Evangelio según San Lucas (2, 19), María es llamada *sympállousa* (componedora) porque conserva las palabras en su corazón. No se puede reproducir exactamente el significado de *sympállein* por medio de “reflexionar acerca de” ni por medio de un sentimiento religioso que se relaciona a menudo con la figura de María. Jung subraya que el procedimiento de la simbolización abarca siempre todas las funciones psíquicas y, por lo tanto, no se puede restringir al ámbito del pensamiento o del sentimiento:

“La abundancia de presentimientos y la preñez de significado del símbolo son cosas que hablan tanto al pensar como al sentir, y su peculiar carácter de imagen, cuando se configura en una forma sensorial, estimula tanto la sensación como la intuición. El símbolo vivo no puede producirse en un espíritu obtuso y poco desarrollado, pues semejante espíritu se dará por contento con el símbolo ya existente, tal como lo ofrece la tradición” (Jung, O. C. 6, pág. 903, *Tipos psicológicos*, pág. 910).

El símbolo expresa la tensión de los opuestos en varios sentidos: en el sentido de la bipolaridad arquetípica, de los tipos de función, pero también de las actitudes, a saber, de la tensión entre la orientación extravertida que se fija en los datos objetivos y el anhelo introvertido de quien se guía por la propia expresión subjetiva. En relación con la creencia de que el símbolo tiene su origen en las conquistas intelectuales más elevadas, Jung agrega que “en igual medida” ha de “surgir de los movimientos más bajos y primitivos” (Jung, O. C. 6, pág. 903, *Tipos psicológicos*, pág. 910). Ejemplos de ello son los símbolos *serpiente-dragón* en el contexto arquetípico de enfermedad/salud y la *esfinge* como expresión de la tensión de los opuestos masculino-femenino (Remmler 1995).

Para la interpretación de los sueños, para el trabajo con las fantasías y, en general, para el mundo de imágenes que se construye entre el médico y el paciente, es de gran importancia la distinción que hace Jung entre símbolo y alegoría, pues, en principio, la alegoría es traducible a un objeto conocido sin que quede un resto simbólico intraducible. Freud (1900a) intenta rehacer el “trabajo del sueño” mediante la “interpretación del sueño”, interpretación analítica para reconstruir su contenido latente (por ejemplo, un deseo de muerte o de amor prácticamente incompatible con la conciencia) a partir de su contenido manifiesto. Se vale para ello de registros de “símbolos” semejantes a un diccionario bilingüe, mediante los cuales atribuye claramente ciertos “símbolos” (Jung diría: signos) a determinados contenidos del sueño. El descubrimiento revolucionario de Freud consistió en ver que el manifiesto del sueño, aparentemente carente de sentido, tiene un significado. Sin embargo, Freud pensó que sólo podría descubrirlo retrotrayéndolo a la idea latente del sueño (compárese Frick 1993). Jung, en cambio, pone el acento más bien en el sueño manifiesto y en el carácter simbólico “vivo” que no le permite ser totalmente traducido ni asimilado por la conciencia. “La máquina psicológica que transforma energía es el símbolo” (O. C. 8, pág. 88, en castellano en: *Energética psíquica y esencia del sueño*, Paidós, Bs.As., 1954): estar enfermo implica la existencia de una estasis o de una desviación regresiva de la libido y de un conflicto de oposiciones psíquicas que lleva al bloqueo. La curación significa que la tensión de los opuestos lleva a una nueva vitalidad, al *fluir* de la energía a través de símbolos (como “parábolas de la libido”, O. C. 5, pág. 329; 638, en castellano en: *Símbolos de la transformación*, Paidós, Bs.As., 1962).

LA SANACIÓN FÍSICA COMO SÍMBOLO DE LA CURACIÓN

“Sólo en lo que el médico mismo es afectado, actúa”, afirma C. G. Jung (1962a, pág. 144). Quisiera citar el ejemplo de la curación de un médico herido para mostrar que la sanación física, también y justamente cuando se produce de modo mecánico-artesanal o sólo se logra con esfuerzo, es un símbolo de la curación integral. El neurólogo Oliver Sacks relata en su libro *Der Tag, an dem mein Bein fortging* (*Con una sola pierna*, Barce-

lona, 1984) cómo se lastima la pierna izquierda huyendo de un toro en la soledad de una montaña noruega. Sacks está tan naturalmente identificado con su *rol* de médico, con la máscara (persona) social de su profesión, que revisa la propia pierna con distancia, como si se tratara de un miembro ajeno:

“Pues bien, doctor —me dije a mí mismo— ¿sería tan amable de revisar mi pierna?” Como un cirujano que analiza un caso, tomé la pierna de modo muy profesional y, distanciado y sin miramientos, la revisé: la palpé y la moví de un lado hacia el otro. Mientras lo hacía, murmuraba ante mí, como en una clase, el resultado de mi análisis: (...) “Sí, señores —resumí finalmente mi diagnóstico— ¡un caso fascinante! Un desgarró total del tendón del cuádriceps, músculo paralizado y atónico, probablemente debido a una lesión del nervio. Articulación de la rodilla, inestable, parece poder dislocarse hacia atrás. Probablemente, desgarró de ligamentos cruzados. Por el momento no se puede hacer ninguna afirmación contundente acerca de una lesión ósea, sin embargo, podría muy bien haber una fractura, o tal vez incluso varias. Inflamación importante, probablemente líquido intersticial o sinovial, pero no se puede descartar una lesión de vasos sanguíneos.” Con una sonrisa satisfecha me dirigí, como si esperara aprobación, hacia mi público invisible. Y entonces se derrumbó de pronto mi ‘actitud profesional’ y mi *fachada profesional* (“persona” en el original) y comprendí que este fascinante caso se trataba de *mí*, de *mí mismo*, que estaba terriblemente herido y, por lo tanto, era muy probable que debiera morir (pág. 17 y ss.).

Sacks supera su angustia de muerte cuando finalmente es encontrado, y su cuádriceps vuelve a estar “sano” una vez que el cirujano lo ha cosido y ha enyesado la pierna. Sin embargo, no está curado en el sentido de totalidad ni de integridad psico-somática. Curiosamente, no puede sentir ni usar la pierna, a pesar de no tener ningún tipo de deficiencia en el sistema nervioso central.

Sería una buena sensación la de volver a tensar el cuádriceps y volver a *sentir* mi fuerza y el dominio de mi cuerpo que había perdido de modo tan preocupante al desgarrarse el tendón. Ahora que estaba recompuesta la unión, podría utilizar nuevamente el músculo y lograr una recuperación tan rápida como fuera posible. Desde la época en que me había entrenado levan-

tando pesas, sabía muy bien cómo se logra la dureza de los músculos y la fuerza corporal. Asombraría a todos y les mostraría de qué era capaz. Con una sonrisa anticipatoria, tensé el cuádriceps... e inexplicablemente no sucedió nada, *absolutamente nada* (pág. 51 y ss.).

¿Cómo podemos concebir la sanación física de Sacks como símbolo de su curación? En primer lugar, este médico herido padece de un distanciamiento doble: por un lado, su esquema corporal está afectado; herido de una forma dolorosa. A pesar de la recomposición anatómica, ha “olvidado” la autopercepción normal y el movimiento de su pierna izquierda. Sacks se pone nervioso. Se siente como si se estuviera enfrentando a una máquina que no funciona y a la que ha manejado mal. El *segundo distanciamiento* consiste en el trato objetivante, mecánico, de la herida quirúrgica. Este distanciamiento es necesario porque, seguramente, no podrá haber curación sin un diagnóstico local-anatómico y sin operación. No obstante, un desgarró atraviesa la identidad del enfermo: lleva la persona-máscara profesional del médico con formación científica y sufre un trastorno que en un primer momento no es comprendido ni por él mismo ni por sus terapéutas.

La historia de la enfermedad de este médico ya nos muestra el amplio sentido del término *curación*: en primer lugar, tanto en el lenguaje cotidiano como en cirugía, nos referimos con esta palabra a la cicatrización de los bordes de una herida. Éste es el caso clásico de curación como *restitutio ad integrum* que, muy rápidamente, reprimimos una vez que estamos curados. En todo caso, una “bonita” cicatriz nos recuerda la herida provocada por un accidente o por el bisturí del cirujano. Este uso lingüístico “quirúrgico” se encuentra en el extremo concreto, práctico, del espectro que abarca el término “*curación*”. A este uso se opone, atravesando muchas etapas intermedias, un uso lingüístico simbólico que se relaciona con un anhelo de llegar a estar entero, íntegro y de sentirse bien en la propia piel. Al decir “simbólico” no me refiero de ninguna manera a algo irreal ni a algo irrelevante para nuestra profesión médica. Al contrario, un símbolo vivo es, según Jung “la expresión de una cosa que no se puede definir mejor de otra manera”. La cicatrización del cuádriceps es un símbolo, un pre-símbolo todavía no totalmente comprendido de la curación que abarca al hombre en su totalidad. Es, por lo tanto, jus-

tamente por medio de este significado concreto, "quirúrgico" de la curación que expresamos nuestro anhelo de curación integral. En la cotidianidad de los hospitales nos enfrentamos permanentemente, aunque de forma más o menos inconsciente, con todo el espectro del término "curación". La curación "meramente" física, a la que nos limitamos en las distintas especialidades médicas, es una abstracción que nos resulta útil para poder relevar datos, describir síntomas localizados que luego podemos combatir en un campo de operación o intervención definido. A pesar de esta abstracción necesaria y útil, hay que destacar que la curación físico-sintomática siempre conlleva la idea de la curación en sentido más amplio, porque el enfermo no "tiene" solamente determinados síntomas de una enfermedad, sino que "está" enfermo. Podemos decir entonces que la salud, la belleza y la energía de nuestro cuerpo simbolizan nuestro "estar sanos y enteros" como seres humanos con cuerpo y alma, nuestra capacidad de amar, de trabajar y de disfrutar. A la inversa, la amenaza o la pérdida de nuestra integridad siempre se evidencia en un sufrimiento físico. El neurólogo Head acuñó el concepto de esquema corporal para describir esta vivencia de integridad: Nuestra anatomía objetiva no es suficiente para explicar el sufrimiento por la integridad quebrantada. Muchas veces, ni siquiera nuestros mismos pacientes saben de qué padecen cuando sufren por la pérdida de miembros u órganos que ya no son necesarios desde el punto de vista clínico o que han sido debidamente reemplazados. Y la curación anatómica objetiva, ya sea mediante la colocación de un marcapasos a un corazón que late irregularmente o mediante la reposición de una fractura, siempre simboliza "más". Nuestro cuerpo, nuestro exterior descrito por la "anatomía objetiva", tiene un lado interior que percibimos a través de nuestra "anatomía subjetiva" (Uexküll et al. 1994). Por eso, cuando en nuestro carácter de médicos *tratamos* el cuerpo, intervenimos al mismo tiempo en un contexto de referencia simbólica.

La antropología cristiana estuvo muy marcada, bajo la influencia neoplatónica, por la idea de "*sōma-sema*": El cuerpo (*sōma*) es *sema*, tumba, lápida, señal de sepultura, (véase Platón, *Gorgias* 493a) del alma que quiere liberarse de esta cárcel horrorosa y lúgubre. La gran mayoría de los Padres de la Iglesia tiene, sin embargo, un pensamiento integral y no ve la curación como alegoría sino como símbolo: la curación del hombre total (y, por lo tanto, la vocación de dirigirse a Dios) es designada mediante la

curación física. En la actualidad, reconocemos con mayor claridad la limitación que impone el pensamiento dualista neoplatónico al concepto de *sema*: el cuerpo es signo del alma; para ser más precisos: el cuerpo es el *símbolo* del hombre entero. Lo que revisamos, objetivamos y vivenciamos subjetivamente como nuestro cuerpo, remite a una integridad que buscamos, pero que nunca podemos alcanzar a través de nuestros esfuerzos conscientes.

Toda medicina integral (también en los casos en que no intenta todavía ser 'psicosomática') sabe que la enfermedad nunca afecta sólo a un órgano determinado sino siempre al ser humano en su totalidad, de modo que a través de la enfermedad orgánica localizada se manifiesta el estado del ser humano en su totalidad, que a su vez también es determinado en parte por ella (Rahner 1959, pág. 306 y ss.)

Nosotros, los esclarecidos profesionales de la medicina del siglo XX, sonreímos tal vez, condescendientes, ante las imágenes de brazos, piernas o corazones que se cuelgan en los santuarios como expresión de agradecimiento. Y, en el campo terapéutico de la medicina, somos más bien cautos en la utilización de la gran palabra *curación*, mientras los símbolos de la curación en el lenguaje eclesiástico-teológico a menudo están vaciados, desrealizados. Ya no se habla de curación en sentido simbólico, sino en un sentido meramente alegórico. En nuestro trato cotidiano con personas enfermas, incluso en los casos en que nos limitamos al tratamiento de una sintomatología localizada, o cuando el anhelo de curación parece irrealizable debido a un sufrimiento insopportable, a una enfermedad incurable, a la muerte, siempre nos relacionamos con la curación en un sentido amplio, tanto concreto y objetivable como simbólico.

En cierto sentido, podemos decir que la cirugía es la más simbólica de las especialidades médicas (entre las cuales no fue incluida durante siglos). Pues en cirugía se trata de operaciones y de procesos de curación muy concretos, que remiten a un anhelo de curación integral que permanece, en gran medida, inconsciente y no cumple ningún papel en el diálogo entre el médico y el paciente. En la consulta quirúrgica se trata más bien de ver si la curación de la herida progresa, si las funciones excreto-

ras funcionan nuevamente o si la pierna operada puede volver a apoyarse. Todo esto entra en el proceso de simbolización de la curación sin que se necesite hablar de ello.

En el psicoanálisis, en cambio, a menudo nos tenemos que ocupar directamente del significado del símbolo. En esos casos, corremos el riesgo de apoderarnos del símbolo, de asimilarlo a la conciencia. Como pacientes y como terapeutas nos vemos arrastrados al drama de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte, del cual somos partícipes, no directores. Intentamos entender signos y actuar a partir de esta comprensión. Esta actuación dramática se da, en parte, de modo inconsciente y mediante símbolos. Por eso, un símbolo vivo como el de la *serpiente* siempre es un símbolo dramático.

La curación es un *drama* al que nos podemos acercar desde el punto de vista del contenido y de la forma. Desde el punto de vista *del contenido*, no se representa una obra heroica de una lucha exitosa, intitulada por ejemplo "De cómo el médico vence a la enfermedad mediante ardidés y hechos". Todo lo contrario: los ayudantes terapéuticos utilizan su fuerza y su debilidad en un drama cuyo desarrollo se les escapa, a pesar de su idoneidad técnica. Podemos aplicar los criterios *formales* del drama clásico al proceso de la curación (compárese Meier 197, pág. 128 y ss.; Whitmont 1993). En primer lugar, las indicaciones de lugar, tiempo y *dramatis personae* establecen, como en cualquier obra de teatro, el marco que queda acotado mediante un acuerdo consciente (contrato de tratamiento), sin dejar de abarcar también aspectos inconscientes. La *exposición* (la intriga, el nudo) consiste en la sintomatología que lleva al paciente al tratamiento, en su deseo de curación consciente e inconsciente. La *peripecia* o *crisis* lleva al punto dramático culminante, como por ejemplo a un agravamiento de una crisis suicida o a un bloqueo total (agonía) del proceso terapéutico. La *lisis* (resolución) prepara la finalización del tratamiento, que siempre contiene un elemento de sorpresa y, por lo tanto, y a pesar de todos los esfuerzos, no puede ser planificada ni por el médico ni por el paciente. En la terapia, los planes no son más que proyectos de una resolución posible, de una forma en que la energía psíquica bloqueada podría volver a fluir. En ese caso, las oposiciones psíquicas (por ejemplo, las que se dan entre los deseos pulsionales y las prohibiciones internas), que anteriormente provocaban un sufrimiento grave, pueden volverse fuentes creativas de energía. Para que

esto suceda, el terapeuta debe contar con su propia llama de vida y debe tornarse posible soportar conjuntamente la amenaza mortal, sentirse cuidado junto al otro (*containing*).

LA SERPIENTE: PELIGROSA Y CURATIVA

El significado psicoanalítico de un símbolo no se mide según criterios objetivos, sino según la comprensión (inter)subjetiva en el desarrollo personal de un ser humano, como se manifiesta en el diálogo analítico, es decir, en el drama de la terapia. Tanto su carácter subjetivo-personal como su contacto con el inconsciente colectivo objetivo-suprapersonal son parte de la vida del símbolo. Como este libro se basa en el hecho objetivo del arquetipo de la curación, el polo subjetivo se mencionará en menor medida. Sin embargo, el símbolo de la serpiente, del que trataremos a continuación, no es sólo un símbolo objetivo-arquetípico, sino también un símbolo altamente subjetivo que sólo puede ser interpretado en el marco de una biografía y teniendo en cuenta la función que cumple en cada caso. Para el aspecto clínico de la temática de la serpiente remitimos a los trabajos de Iandelli (1968), Groesbeck (1975) y Dieckmann (1991).

El símbolo vivo es una expresión (inevitable) de la tensión arquetípica de los opuestos. Reúne en sí aspectos inconscientes y conscientes, lo peligroso y lo redentor, lo animal y lo divino. Sólo de este modo podrá volver a fluir la libido agotada, la libido en estasis o desviada regresivamente.

"Mas el símbolo va ligado de la manera más íntima a lo peligroso y lo amenazador, de manera que puede ser confundido con ello o bien provocar, al parecer, precisamente lo malo y lo destructor. En todo caso, la aparición de lo redentor se halla ligada del modo más íntimo a la destrucción y la devastación. Si lo viejo no estuviera maduro para la muerte, no aparecería nada nuevo y lo viejo no podría ni necesitaría ser extirpado si no cerrase dañosamente el paso a lo nuevo" (Jung, *Tipos psicológicos*, pág. 314, pág. 503, O. C. 6, pág. 503).

En este contexto, Jung cita el famoso verso del *Patmos* de Hölderlin:

Cercano es y difícil
de comprender el Dios.
Pero donde hay peligro, crece
lo que salva también.¹

Si el símbolo “muere”, de tal modo que pierde su sentido para el individuo y el colectivo, existe el peligro de una identificación con el complejo y de una proyección del mismo que, finalmente, puede llevar a la formación del síntoma, por ejemplo, mediante la asunción neurótica del *rol* de chivo expiatorio. Tanto en el complejo como en el síntoma se mantiene la temática arquetípica originaria, muchas veces de modo demasiado evidente, destructivo y pervertido, cuando ya no se puede seguir tolerando la tensión originaria de los opuestos y ésta ha llevado a la represión, a la disociación y a otros modos de elaboración. En el antiquísimo símbolo de la serpiente, se expresa el conocimiento de que la experiencia cura el peligro. La experiencia es el elemento *salvador*, y es, de este modo, lo *mismo* que el peligro, de lo que se trata en toda terapia, en cuanto ésta es “homeopatía”, curación mediante lo igual.

Los símbolos expresan la tensión de la oposición entre la separación y la dependencia o entre la lealtad a la madre y la lealtad al padre en el conflicto de Edipo. Cuando creemos “resolver” las polaridades que determinan nuestra vida, corremos el riesgo de evitar conflictos necesarios para el desarrollo o de disociar los extremos como si fueran incompatibles. En su temporalidad, la serpiente también simboliza este aspecto del desarrollo. Como la luna, con la que se la relaciona en muchas culturas, la serpiente aparece y desaparece. La serpiente que se muerde la cola, *uróboros* en griego, simboliza el nacimiento y la muerte, el remedio y el veneno. En la mitología mexicana pre-hispánica, la serpiente y el águila representan la oposición tierra/cielo. El dragón es una figura universal del inconsciente colectivo en la que se une el aspecto animal-terrenal de la serpiente con los elementos fuego, aire y agua. Si-

¹ Hölderlin, *Poemas*, Valencia, ed. Hontanar, 1970, pág. 87, trad. de Ernst Edmund Keil y Jenaro Taléns.

multáneamente, en la fantasía determinada por lo masculino, el dragón se ha ido femineizando cada vez más, aproximándose a la esfinge (Jung, O. C. 12, 3, III, en castellano en: *Psicología y alquimia*, III, 3). El motivo del dragón pertenece a la temática del héroe. Neumann (1949) describe la lucha con el *uróboros* como símbolo de una integridad originaria, basándose en la lucha del dragón: sólo mediante la lucha con los opuestos, mediante el asesinato simbólico de la madre y del padre surge un Yo independiente.

En la lucha contra el dragón hay muerte pero, en la superación de lo amenazante, también hay una nueva relación con los opuestos, por ejemplo, una nueva relación con las imágenes internas de los padres. La lucha contra el dragón contiene dos elementos, además del dragón masculino-femenino: el héroe (por ejemplo, san Jorge) y el tesoro como motivación y premio de la lucha o la joven que debe ser liberada del poder del dragón. Neumann describe la lucha contra el dragón como un acontecimiento “prepatriarcal”; desde la perspectiva del desarrollo masculino describe la angustia originaria de ser devorado por el terrible elemento femenino y de ser herido en la masculinidad “superior” o “inferior”: “Hay castrados superiores e inferiores y, a menudo, quienes tienen una obsesión fálica son castrados superiores y también a menudo quienes tienen una obsesión racional son castrados inferiores. La totalidad de lo masculino resulta sólo de ambas zonas juntas” (Neumann 1949, pág. 132). La lucha simbólica contra el dragón separa a los padres primitivos, mata a la madre devoradora y ayuda al hombre a librarse de sus exigencias hacia la mujer que provee de todo alimento. Sólo de este modo se torna posible la individuación y el vínculo con una mujer concreta. En el símbolo de la serpiente permanece viva tanto la lucha como los opuestos que se combaten mutuamente.

Neumann describe la lucha contra el dragón, en primer término, en relación con el desarrollo masculino. Margret Fühles me señaló una variante femenina de la lucha contra el dragón, a saber, la lucha de santa Margarita contra el dragón con la ayuda de la Cruz. Dado que la Cruz es el símbolo originario de la totalidad, también puede separar como una espada, y está al servicio de una nueva integridad. A la vista del dragón que silba, echa chispas, hiede y escupe fuego, la santa ora, aparentemente sin éxito en un principio:

“Cuando entonces santa Margarita habló, el dragón abrió sus fauces sobre la cabeza de santa Margarita, extendió su lengua bajo sus pies, la deglutió resoplando y ésta quedó atrapada en su estómago. Pero la cruz de Cristo que se había hecho santa Margarita, creció en el interior del dragón y lo partió en dos mitades y santa Margarita salió del cuerpo del dragón sin sentir dolor alguno” (Frenken 1964, pág. 78).

Margarita parece quedar parada un momento sobre el labio inferior del dragón, antes de ser devorada por éste. La permanencia en el estómago es (como sucede también en el relato de Jonás) el requisito necesario para el renacimiento y la transformación. El “nacer” a partir del dragón es “nacimiento transformador” (en alemán “*Umgeburt*”) (Przywara 1938) y símbolo del proceso terapéutico.

Cuando en la terapia aparecen serpientes en sueños, el Yo consciente a menudo las percibe desde el punto de vista del aspecto negativo del símbolo, que también predomina en la concepción cristiana de la serpiente, a saber, como amenazante, femenina (como mujer serpiente seductora, como en la pintura de Franz V. Stuck) o también como fálica-seductora, asquerosa y demoníaca. En la antigüedad pagana, en cambio, el aspecto fálico de la serpiente era también símbolo de curación, por ejemplo como expresión del coito con Asclepio. Lo sexual ocupa aquí simbólicamente el lugar de lo espiritual/intelectual. La simbología de la curación fálica encuentra su continuación en la religiosidad popular cristiana, por ejemplo, en el culto a los médicos san Cosme y san Damián. En muchos casos, en un primer momento, es necesaria la resistencia frente al aspecto curativo de la serpiente. Así, por ejemplo Lidia, una mujer de 35 años que viene al análisis debido a una problemática de angustias graves, me cuenta ya en la segunda sesión que ha soñado muchas veces con “serpientes en la cama”. En la noche de la sesión 21 soñó con amenazantes hombres extraños y con una serpiente que había entrado de noche por la ventana abierta de su dormitorio, sin que su esposo siquiera lo notara. En la sesión 32 me cuenta el siguiente sueño:

“En una reunión familiar, están mis padres. Primero, la atmósfera era agradable. Había aproximadamente entre veinte y veinticinco personas. Me di cuenta de que la atmósfera cambiaba. A cada uno que miraba, le salía una ser-

piente por la boca, aunque después se disolvía. Me escondí en el cuarto, y me quedé quieta para que nadie me notara. Después, aparecía de pronto un hombre, mi padre. De su boca salió una serpiente y se disolvió.”

En ese momento, se despertó gritando. Su esposo tuvo que calmarla. Es él quien tiene que encargarse, en general, de mantener alejados a animales repugnantes como serpientes o ratas, tanto en la casa como en las vacaciones. La simbología de la serpiente expresa en este caso lo inquietante-insidioso que acecha en el mundo protegido de la reunión familiar. En la transición hacia el amenazante mundo masculino, esta mujer aún está atrapada en vínculos matriarcales, “urobóricos”. A lo largo de varios años de tratamiento psicoanalítico siempre volvía a relatar variantes del sueño descrito. Con el tiempo ya no necesitó despertar al esposo para dominar su angustia. Ahora, su gato siente su estado de tensión y salta a su cama como si tratara de calmarla. Ella misma ya está en condiciones de entender el aspecto de la doble lengua (pulsional-intelectual) de la serpiente que sale de la boca de los adultos. La serpiente representa tanto la sexualidad adulta como la fuerza de la palabra (de la que se trata en el análisis). “Representa la curación y la muerte y, a veces, incluso la curación mediante la muerte de una antigua forma de vida. También es una advertencia intensa de una vida consciente falsa, ajena al cuerpo y al alma” (Sauer 1986, pág. 82). Esta vida “falsa” consiste en que (en el símbolo de la serpiente) hay una defensa frente a un aspecto de la sombra. En este caso particular se trata principalmente de la sombra personal, de la suma de las posibilidades no vividas, de todo aquello que la mujer no desea ser en la autoconciencia del Yo. La serpiente simboliza muy a menudo un aspecto de la sombra, ya sea un aspecto claro (por ejemplo, la energía de curación o los deseos pulsionales que no me permito y que vivencio, por lo tanto, como seductores), ya sea un aspecto oscuro. En este último caso, la serpiente se convierte en cierto modo en chivo expiatorio, sobre el cual descargamos partes no deseadas de la personalidad individual o colectiva, para mandarlas de esta forma al desierto.

Sin embargo, no toda serpiente que aparece en un sueño es una representación de la sombra. Lo decisivo no son determinados contenidos que convierten a la serpiente en portadora de la sombra, sino la dinámica ar-

quetípica propia de la sombra: me la quiero sacar de encima pero, a pesar de ello, está pegada a mi piel, me persigue y se me aparece en otras personas sobre las cuales la proyecté. Durante un tiempo intento combatirla en los demás, pero no tengo éxito: “¿Cómo es que miras la brizna que hay en el ojo de tu hermano, y no reparas en la viga que hay en tu ojo?” (Mateo 7, 3).

En otra oportunidad, Lidia sueña que las serpientes están en el sótano. La superación de los miedos al sótano, el descenso al “sótano” del inconsciente donde se da el encuentro con las serpientes, es parte de la aventura del proceso psicoanalítico. Esto se expresa en el sueño de una niña de 12 años, Sara, que se siente “hipnotizada” por una serpiente y tiene que acercarse a la misma: “Cuando la serpiente abrió la boca como si me quisiera devorar, me asusté y logré escapar corriendo. Luego, escuché decir a la serpiente: Sólo soy mala si te escapas corriendo” (Iandelli 1968, pág. 102).

En el capítulo I vimos, con ayuda de la metáfora de Aaron Antonovsky, que todos nos encontramos en el río de la vida entre los polos de la salud y de la enfermedad. El motivo arquetípico del río puede haber contribuido a que hubiera un santuario a Asclepio en la Isla del Tíber en la Roma antigua, más exactamente del lado decorado de esta isla con forma de barco que daba hacia la parte descendente del río. La curación se da en cuanto me subo a las fuerzas de la corriente vital y aprendo a trabajar con la energía curativa.

El culto al dios de la curación fue llevado de Epidauro a Roma en el año 291 a. C. En realidad, se habría querido llevar a Roma al dios salvador mismo debido al peligro de peste, pero los sacerdotes de Epidauro sólo permitieron el traslado de un ejemplar de un tipo de serpiente sagrada a Asclepio, *coluber longissimus*, una serpiente de hasta 2 m de largo. Los motivos para la elección de la Isla del Tíber fueron más religiosos que higiénicos. Allí había una fuente que luego, en el año 1000 d. C. fue incluida en la construcción de la iglesia de S. Bartolomé. La isla es suelo de culto antiquísimo y está marcada por la bipolaridad entre enfermedad y salud, inherente al proceso de la curación desde mucho antes de la llegada de la serpiente de Epidauro. Originariamente, la isla estaba consagrada a Fauno, antigua divinidad itálica que tenía la virtud de espantar a los lobos (“estrangulador”), luego a Vediovis, el Júpiter del mundo subterráneo que enviaba la peste y la curación (Kerényi 1956). De modo que la serpiente

llegó al suelo subterráneo siniestro/ominoso que le era propio. Este animal está entre los símbolos más importantes de la tensión de los opuestos enfermedad-salud/destrucción-construcción y expresa el mitologema del sanador herido. Sin embargo, también simboliza el aspecto hiriente, destructivo de la medicina, intolerable para nuestra conciencia “*nil nocere*” (Whitmont 1993). Es “representación del hecho de que el peligro y la ayuda son, en última instancia, idénticos”, símbolo de una victoria doble: sobre el peligro externo pero, ante todo, sobre el propio temor. Es la expresión de una experiencia que maduró hasta convertirse en conocimiento, fórmula abreviada de los aspectos inconscientes del arquetipo de la curación, como en el caso siguiente (Eva):

“Una mujer de 44 años con una anamnesis de un cuarto divorcio y con severos síntomas psico-fisiológicos concomitantes, soñó que, camino al hospital, una enorme serpiente le mordía el pecho derecho. Su último esposo venía con una pinza para alejar a la serpiente, pero no lo lograba. En el sueño, ella pensaba y la invadía el pánico. Al despertar, recordó la serpiente en la historia de Adán y Eva; según sus sentimientos, representaba el mal. Seguía pensando, como siempre lo había hecho, que sus síntomas físicos “serían curados principalmente mediante medicación o mediante una operación”. Tres meses más tarde, apareció un dolor persistente y un tumor en el pecho derecho. Inmediatamente recordó el sueño. Pero el análisis no arrojó ningún resultado inquietante. Ahora, debía aprender a ver mediante la interpretación del sueño. Que tenía que volverse más consciente, como antes Eva mediante la mordedura de la serpiente. En este caso, la serpiente representa el lado hiriente del arquetipo. No pudo ser curada hasta que su herida no la volvió más consciente. Adler (1956, 18-19) escribe: ‘Herida también implica activación de las fuerzas sanadoras; ¿o podríamos decir que nunca encontraríamos estas fuerzas sin la herida? ¿O incluso que la herida tiene el objetivo de dirigir nuestra atención hacia la fuerza de curación interna?’” (Groesbeck 1975, pág. 199).

En la Antigüedad, la presencia de serpientes vivas en los alrededores de los santuarios a Asclepio como juguetes de este dios, era interpretada como símbolo real de la presencia del mismo. Debido al cambio de la piel gastada, la serpiente es un antiguo símbolo de muerte y renacimiento, de enfermedad y salud. La serpiente es uno de nuestros símbolos más impor-

tantes. Allí donde este reptil es poco frecuente por razones climáticas, el inconsciente prácticamente no encuentra un reemplazo para expresar su multiplicidad y su carácter contradictorio, a saber, la simbología de la transformación y la renovación, de la fertilidad y, finalmente, de la perpetuación en el sucederse de las generaciones. La dialéctica de la muerte y el renacimiento en la enfermedad de la piel enviada por Satán a Job puede ser comparada con la muda de piel de la serpiente: "Respondió el Satán al Señor: ¡Piel por piel! ¡Todo lo que el hombre posee lo da por su vida! Pero extiende tu mano y toca sus huesos y su carne; ¡verás si no te maldice a la cara! Y el Señor dijo al Satán: 'Ahí le tienes en tus manos; pero respeta su vida.' El Satán salió de la presencia del Señor e hirió a Job con una llaga maligna desde la planta de los pies hasta la coronilla de la cabeza" (Job 2, 4-7). Como emblema de la muda de piel y del renacimiento, la serpiente se contaba entre los atributos importantes de Asclepio. Probablemente, el nombre del dios deriva del gr. *askálabos* (serpiente) (Kerényi 1956). Aquí nos interesa el carácter ambivalente de la serpiente como *phármakon* (remedio y veneno), como símbolo que destruye y que detiene la destrucción, apotrópeo, tanto en relación con la cruz, como también dentro de las representaciones del Antiguo Testamento y del culto a Asclepio. Como animal de la médula espinal en el yoga kundalini está ligada a las cruces físicas de nuestro esqueleto y, por lo tanto, estrechamente relacionada con el inconsciente físico. Tiene un aspecto siniestro y otro familiar como animal doméstico. Como *genius loci* también representa el lugar justo, encarnando así, por ejemplo, la continuidad de la Isla del Tíber como un lugar sanador-sagrado.

"La serpiente no conoce categorías morales ni deseos ni dudas humanos, ni el calor del sentimiento. Por lo tanto, puede dejar todos estos aspectos fuera de consideración con total independencia. Pero simultáneamente tiene también una estrecha relación con el ámbito de lo vegetativo ya que, como la conocemos del mito del Paraíso, es un numen del árbol y por lo general se la representa tradicionalmente junto a un árbol o, incluso, cumpliendo la función de tronco de árbol. Como dragón, es quien protege el tesoro que está contenido en este ámbito pulsional-instintivo. En su aspecto positivo, su ambivalencia corresponde a la serpiente curativa o (...) como voz de la naturaleza que encarna valores notables que se encuentran dentro de este ámbito. Es un ámbito que está muy alejado de la conciencia y contiene, probablen-

te, muchos elementos a los que es imposible acceder totalmente desde ésta, pero como instinto también parece poseer una peculiar sabiduría y un conocimiento que a veces es percibido como sobrenatural" (Dieckmann 1991, pág. 73)

Independientemente de la mitología causal que se utilice para explicarla, lo milagroso de la curación se asemeja al fluir de una fuente que se le atribuye al dios. Cuando se produce esta evolución, el santo cristiano simplemente asiste a ella, mientras se espera que la curación misma sea provista por Dios o por Cristo como el nuevo *sôtér* que releva a Asclepio. "El sentido de un dios específicamente caracterizado como dios de la curación consiste en que dicha fuente fluye prácticamente desde él. Este dios no solamente está presente durante el proceso de curación sino que su aparición es la curación y tal vez también suceda a la inversa: Toda curación también es su epifanía." (Kerényi 1956, pág. 27). La principal tarea del médico actual consiste en dejar que esta curación esté bajo el símbolo de la serpiente, más allá de todos los esfuerzos del arte de la medicina que a menudo es el requisito, pero nunca una garantía para que la curación se produzca. Trabajar para la epifanía del dios, honrar su aparición en el ritual terapéutico (Guggenbühl-Craig 1994), es otra formulación para expresar que no tenemos en nuestras manos el arquetipo de la curación, sino que somos nada más que testigos de su constelación.

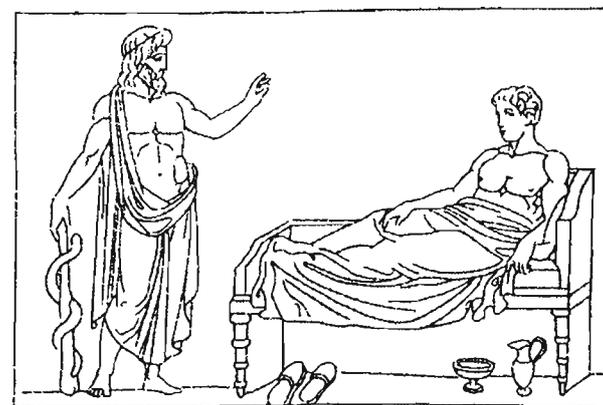


Figura 4: Asclepio se le aparece al enfermo.

Dibujo según un relieve de consagración perdido, según Kerényi (1956)

La serpiente, como símbolo del mundo subterráneo, es la expresión del hecho de que la curación se produce al borde del reino de los muertos, de que la enfermedad no es sólo una perturbación de funciones sino que tiene lugar más bien “sobre la pala de la muerte”, como dice una expresión popular. Ya no es posible averiguar si la serpiente o el dragón hacían alusión a las divinidades del infierno en la historia de las religiones. En todo caso, la serpiente es una figura en la cual el dios se puede acercar físicamente a un enfermo. La bipolaridad, expresada por el símbolo de la serpiente, también se encuentra en la idea griega de que los dioses pueden curar, herir y ser ellos mismos portadores de heridas. Asclepio trabajó relación con la serpiente en el reino oscuro, cercano al infierno, de su padre adoptivo Quirón. Este centauro bondadoso es un curioso ser en que se manifiestan las oposiciones: arriba hombre, abajo caballo, y herido en su parte inferior por una flecha mortal de Heracles. Quirón no puede morir. El caballo, la serpiente y el perro como animales subterráneos espantan el mal (Meier 1985). Pero el médico originario, que sufre con los demás, cuenta con el *quironio*, que puede curar cualquier mordedura de serpiente y también la propia herida que, sin embargo, y al mismo tiempo, se considera incurable. Ya en la Antigüedad, y hasta la temprana Edad Moderna, se extraía *teriac* de la carne de la serpiente como remedio universal, como panacea, y los venecianos incluso establecieron un criadero de serpientes propio para fabricar el codiciado antídoto universal. En el arte cristiano, la olla de la teriac se convirtió en atributo del Redentor divino, que se opone a la manzana del pecado. A veces, también el Espíritu Santo coopera con el médico Jesucristo como farmacéutico celestial, como comerciante de pomadas y teriac (documentado en Herzog 1994).

Las antiguas descripciones de la curación mediante el sueño sagrado y la epifanía del dios en el sueño se presentan como “historias verdaderas”, con su estricta separación de sueño y vigilia (Kerényi 1956), como la siguiente descripción de Epidauro:

“Un hombre fue curado en su pie por una serpiente. La estaba pasando muy mal debido a un tumor maligno en el pie. Durante el día era llevado por sirvientes (*therapontes*) al aire libre y permanecía sentado en un sillón. Cuando justo se había quedado dormido, apareció una serpiente del lugar de

sanación, le rozó y le curó el pie con su lengua y volvió a retirarse. Cuando se despertó, sano, dijo que había visto un rostro y que había soñado que un joven hermoso frotaba su pie con un medicamento” (citado según Siefert 1983).

En los informes de la Antigüedad, el proceso de curación real a menudo se representa mediante el encuentro atemorizador, fugaz o casi tierno con una serpiente, mientras que en la vivencia del sueño que se describe, Asclepio trata al enfermo como un médico mortal. Nos encontramos, por lo tanto, con un curioso entrecruzamiento de los niveles real y simbólico: la serpiente, como animal simbólico, pertenece al entorno terapéutico de los santuarios de Asclepio. Puede aparecer en cualquier momento y volver a desaparecer. Su aparición representa el proceso de curación de modo mucho más concreto que en nuestros emblemas médicos estilizados. En su carácter animal-terrenal, remite al aspecto divino de la curación, a la aparición de Asclepio en el sueño que, por lo general, se representaba de modo muy concreto, prácticamente como tratamiento orgánico y sintomático.

También en la isla de Kos, el centro de la medicina científica práctica, había un templo a Asclepio. En la sucesión de generaciones de los médicos hipocráticos, surgió allí el símbolo del cetro familiar, alrededor del cual se enrosca la serpiente. La vara representa la transmisión del conocimiento y del arte, como se lo exalta en el juramento hipocrático. La conservación de esta vara en el bosque sagrado constituye, junto con la serpiente de Asclepio, un símbolo doble que aún hoy sigue siendo emblema de la medicina. Bajo la influencia de la alquimia de la Edad Media, se equiparó en parte la vara de Hermes con *dos* serpientes enroscadas, el caduceo, con el emblema de Asclepio. Según la leyenda, el ciprés del que se hace la vara era originariamente un joven favorito de Apolo llamado Cipariso, quien se transformó en árbol por haber matado involuntariamente a su querido ciervo. Kerényi (1956, pág. 60 y ss.) interpreta el ciprés y el ciervo como tótems de la familia de los médicos (ver más abajo, IV); desde la época de Hipócrates († 370) se habría agregado además la serpiente como animal simbólico.

LA SERPIENTE LEVANTADA POR MOISÉS

Los israelitas partieron de Hor de la Montaña, camino del mar de Suf, rodeando la tierra de Edom. El pueblo se impacientó por el camino. Y habló el pueblo contra Dios y contra Moisés: “¿Por qué nos han subido de Egipto para morir en el desierto? Pues no tenemos ni pan ni agua, y estamos cansados de este manjar miserable.”

Envío entonces el Señor contra el pueblo serpientes abrasadoras, que mordían al pueblo; y murió mucha gente de Israel. El pueblo fue a decirle a Moisés: “Hemos pecado por haber hablado contra el Señor y contra ti. Intercede ante el Señor para que aparte de nosotros las serpientes.” Moisés intercedió por el pueblo. Y dijo el Señor a Moisés: “Hazte una serpiente y ponla sobre un mástil. Todo el que haya sido mordido y la mire, vivirá.” Hizo Moisés una serpiente de bronce y la puso en un mástil. Y si una serpiente mordía a un hombre y éste miraba la serpiente de bronce, quedaba con vida (Números 21, 4-9).

Según Reyes 18, 4, el rey Ezequías (aprox. 725-697 a. C.) rompió la serpiente de bronce de tiempos de Moisés, que probablemente era una antigua divinidad de la curación (Niehr 1991). En Juan 3, 14 todavía se compara la serpiente de bronce de Moisés con Jesús levantado en la cruz. Otras divinidades de la curación fueron desplazadas a favor del culto a YHVH. En la opinión de Niehr, YHVH como antigua divinidad solar oriental actúa como juez, infligiendo la enfermedad como castigo y la curación como derecho. Esto explicaría los textos en que se representa al Dios de Israel en el doble *rol* de causante de la enfermedad y de la salud. Tanto el *rol* sanador como el enfermante de YHVH tienen un aspecto individual y uno colectivo, dirigido a la conducta de todo el pueblo, como queda claro en la escena citada. La combinación de las esferas de la justicia y la enfermedad/curación también determina el famoso párrafo de Éxodo 15, 26:

Y dijo: “Si de veras escuchas la voz del Señor, tu Dios, y haces lo que es recto a sus ojos, dando oídos a sus mandatos y guardando todos sus preceptos, no traeré sobre ti ninguna de las plagas que envié sobre los egipcios; porque yo soy el Señor, el que te sana.”

El efecto sanador de YHVH se extiende también a sus enviados, por ejemplo en el pequeño libro Tobías del Antiguo Testamento, donde el ángel Rafael (“Dios sana”) expresa tanto la trascendencia como la cercanía sanadora de YHVH. Con el correr de los siglos, el motivo “YHVH el que sana”, que provenía originariamente de la adoración de divinidades familiares, pasó a la esfera de la religión oficial (Niehr 1991). En el marco de esta exposición no podemos responder si la abolición de la serpiente sanadora del templo de Jerusalén por parte del Rey Ezequías tiene que ver con esto.

En el rito de levantar la serpiente, algunos ven un culto a los muertos practicado por los fenicios o por los antiguos hebreos. La ilustración frecuente de Números 21, 6-7, podría haber favorecido el redescubrimiento del emblema de Asclepio en la temprana Edad Moderna. Se identificaba a la serpiente con el pagano Asclepio o, bajo la influencia del Apocalipsis de san Juan, con Satanás, de modo que en el Cristianismo parece predominar la apreciación negativa de la serpiente. Hay, sin embargo, excepciones a esta regla (Herzog 1994) y la fuerza simbólica de la serpiente permanece inquebrantable, no sólo debido a la continuidad como emblema de la medicina. La propuesta de que los verdugos lleven el báculo pastoral con la serpiente enroscada en su escudo, es característica de la bipolaridad del símbolo de la serpiente. Los verdugos eran considerados alumnos de Asclepio y de Paracelso y “la mayoría de los ciudadanos adoran aún hoy al verdugo como a un semidiós, y cuando en caso de enfermedades de hombres y bestias ya nada ayuda, se llama a este *hombre sabio*, como se lo denomina prácticamente en todas partes, para que dé consejo” (Goeze 1796, citado en Herzog 1995).

Hay numerosos paralelismos entre la vara con la serpiente de Asclepio y la iconografía cristiana que remite a Números 21, 4-9 en relación con el motivo de la elevación de san Juan: por ejemplo el obispo Arsacio que, según la leyenda, llevó a Milán la serpiente de Moisés, es adorado como segundo patrono de la iglesia de Nuestra Señora de Munich; ¡allí se lo representa en dos lugares con la serpiente, que rodea su *báculo pastoral*!

LA SERPIENTE Y LA CRUZ

En este capítulo ya he hecho varias referencias a la relación interna entre los símbolos de la serpiente y de la cruz. Especialmente en San Juan 3, 14, donde la crucifixión de Jesús es denominada “elevación” y comparada con la serpiente de Moisés, se demuestra que esta relación ya se veía en la Biblia, a pesar de la interpretación predominantemente negativa de la serpiente en la conciencia judeocristiana. Que Jesús era entendido como *phármakon* ambivalente (maldito y sagrado), al igual que el chivo expiatorio, queda demostrado en la aplicación de Deuteronomio 21, 23 a Jesús en la epístola a los Gálatas 3, 13: “... no dejarás que su cadáver pase la noche en el árbol; lo enterrarás el mismo día, porque un colgado es una maldición de Dios. Así no harás impuro el suelo que el Señor tu Dios te da en herencia.” Quisiera citar dos ejemplos más de la tradición cristiana para demostrar la relación serpiente / cruz. El primero proviene de la leyenda de los benedictinos: Ciertos monjes, a los que “les era duro redactar nuevos pensamientos en un espíritu no renovado”, le dan a san Benito, el padre de la vida monástica occidental († aprox. 560) un vaso con vino envenenado. Cuando san Benito hace la señal de la cruz sobre el cáliz para bendecirlo, éste se quiebra. San Benito entiende que se lo quería asesinar, y se despide “sereno y tranquilo” de los monjes traidores (san Gregorio el Grande, *Diálogos* II, 3). Desde el siglo XV, en el norte de los Alpes el cáliz es un atributo popular del Santo, por lo general con una serpiente que simboliza el veneno que se vuelve visible mediante el signo de la cruz. También en la autobiografía de Ignacio de Loyola († 1556) se relacionan los símbolos de la serpiente y de la cruz:

“(...) estando en este hospital le acaeció muchas veces en día claro ver una cosa en el aire junto de sí, la qual le daba mucha consolación, porque era muy hermosa en grande manera. No divisaba bien la especie de qué cosa era, mas en alguna manera le parecía que tenía forma de serpiente, y tenía muchas cosas que resplandecían como ojos, aunque no lo eran. (...) Y después que esto duró un buen rato, se fue a hincar de rodillas a una cruz, que estaba allí cerca, a dar gracias a Dios, y allí le apareció aquella visión que muchas veces le aparecía y nunca la había conocido, es a saber, aquella cosa que arriba se dijo, que le parecía muy hermosa, con muchos ojos. Mas bien vio, estan-

do delante de la cruz, que no tenía aquella cosa tan hermosa color como solía; y tuvo un muy claro conocimiento, con grande asenso de la voluntad, que aquel era el demonio; y así después muchas veces por mucho tiempo le solía aparecer, y él a modo de menosprecio lo desechaba con un bordón que solía traer en la mano.”

La visión de la serpiente de Ignacio de Loyola es un ejemplo en la literatura religiosa de la *diferenciación de los espíritus*, es decir, de la diferenciación de los movimientos espirituales, según si estos provienen del buen o del mal espíritu, como lo formuló san Ignacio siguiendo la bipartición tradicional. A la vez, la visión clarifica la ambivalencia del símbolo de la serpiente que, en la historia del cristianismo, nunca pudo ser totalmente desplazada. Jung considera que el carácter pulsional y, por de pronto, menos ortodoxo de la visión de la serpiente es signo de su autenticidad. Las visiones auténticas que suben del inconsciente son, según él, a-morales. En su conferencia “Reflexiones teóricas sobre la esencia de lo psíquico” (O. C. 8, 8, párr. 395; Arquetipos e inconsciente colectivo 1970a4), Jung toma la visión de Ignacio para mostrar la polaridad entre pulsión y espíritu. Jung (1940, pág. 21) interpreta en sus conferencias sobre los Ejercicios ignacianos:

“San Ignacio había visto una serpiente cubierta de ojos brillantes. Éste no es un caso aislado; muchos de mis pacientes vieron una imagen semejante. Es un símbolo esencial para la parte inferior del sistema nervioso, para la esfera de los instintos. Ésta es la raíz a partir de la cual crece toda la vida psíquica. Por eso la serpiente es un símbolo de la curación, como es bien conocida en el ejemplo de Asclepio. Cuando el hombre está enfermo, se separa de sus instintos. Una parte de la medicina consiste en llevarlo nuevamente hacia ellos, de modo que pueda crecer sobre sus propias raíces. La conciencia y las ideas, por más valiosas que sean en sí, nos cortan de las raíces esenciales de nuestro ser. Probablemente, san Ignacio había herido su salud mediante ejercicios de penitencia y oración permanente. Así la serpiente sanadora aparece en su visión como compensación, pero él no estaba en condiciones de reconocer este hecho.”



Figura 5: La serpiente elevada como reverso del crucifijo. Moneda de Hieronymus Magdeburger, orfebre de Annaberg (de Jung, O. C. 5, pág. 149, en castellano en: *Símbolos de la transformación*, Paidós, Bs. As., 1962)

La serpiente puede ser un símbolo terrenal, amoral, compensatorio por el cual debo dejarme devorar, como primera instancia, en el proceso de curación y desarrollo como Margarita. Por el otro lado, en el contacto con el inconsciente necesitamos la cruz para (también como Margarita) poder vencer al dragón. El viaje marítimo nocturno de la curación, el ser devorado por el inconsciente, fue descrito por Jung (O. C. 5, III, E, en castellano en: *Símbolos de la transformación*, Paidós, Bs. As., 1962) mediante imágenes alquimistas y bíblicas (José en la cisterna, Jonás en el pez, sepultura de Jesús). En el siguiente sueño se muestra claramente que ambas cosas están relacionadas, la cruz como símbolo de totalidad y la serpiente como símbolo ambivalente de los opuestos de la curación:

Fernando, un hombre de 39 años, llega en una excursión con su novia a una antigua iglesia redonda románica, cuyo interior, para su disgusto, ha sido remodelado en estilo barroco. A continuación, tiene un sueño:

“Voy a una iglesia antigua, bastante sencilla y vacía. Me acerco al coro y subo los escalones del altar. En el centro de la tarima del altar descubierto veo un gran bajorrelieve redondo. Cuando lo miro más de cerca compruebo que

está formado por un círculo exterior que contiene una cruz de brazos iguales, que contiene en sí otra cruz en su centro. El motivo del círculo y de la cruz encerrada se repite concéntricamente tres veces. Dentro de la cruz más pequeña hay aún otro círculo. Cuando lo observo con la mirada tranquila veo que es una serpiente que también tiene forma de círculo y se mueve concéntricamente” (Landelli 1968, pág. 106).

El hombre que sueña este maravilloso mandala se pregunta si la serpiente no tendrá que ver con el pecado o con sentimientos de culpa sexuales. Pero, al despertar, está inmediatamente seguro de que la “serpiente central” allí, en mitad de la cruz, en el altar de la iglesia, está en el lugar adecuado.

IV. En el centro: la cruz



Tò gàr apróslepton, atberápeuton.

Lo que no ha sido aceptado, no puede ser curado.

(Gregorio Nacianceno, *Carta 101*, PG 37, 181 c)

LO AJENO Y LO PROPIO: SÍMBOLO DE LA CURACIÓN Y DE LA TOTALIDAD

En la época en que escribí el presente libro, tuve un sueño breve:

En la víspera de Pascuas marco el cirio con los clavos. Ya hay una cruz dibujada en él. En lugar de "alfa y omega" digo "propio y ajeno". En la liturgia de la víspera de Pascuas se ingresa con un gran cirio a la iglesia, al igual como se hace el Viernes Santo con la cruz. Sobre el cirio se dibuja una cruz y cinco clavos de cera en recuerdo de las heridas de Jesús.* En el sueño confundo "alfa y omega" con "propio y ajeno". En la fe cristiana, la cruz está presente en el comienzo de la vida (en el bautismo, que simboliza el ser sepultado con Jesús) y en el final (al dar sepultura, colocamos una cruz sobre la tumba). La cruz es un signo corriente, casi inflacionario (como adorno, como signo de la muerte, de dos autopistas que se cruzan, como signo más, como signo de la Confederación Helvética o del cristianismo). Y sin embargo (o por eso) les es ajena incluso a muchos cristianos. No solamente "como enemigos de la Cruz de Cristo" (Epístola a los Filipenses 3, 18; es decir por rehusarme o ser incapaz de reconocer su significado sagrado para mí personalmente), sino porque no puede desplegar su significado simbólico que remite a lo que todavía no es visible.

Es bueno que pongamos entre paréntesis, en un principio, nuestro saber acerca del significado cristiano de la cruz y que veamos en ella, en primer lugar, el símbolo universal del estar íntegro, del estar sano. En la raíz

* El texto "correcto" dice: Cristo ayer y hoy, principio y fin, alfa y omega, suyo es el tiempo y la gloria por toda la eternidad, amén. A través de sus sagradas heridas que iluminan en la gloria, protéjanos y consérvanos Cristo el Señor, amén.

germana (*heid*), ambas cosas están unidas (ingl. *whole*). Justamente en la meditación, la cruz “no debe actuar sólo como signo del Hijo del Hombre y de su Pasión, sino que debe ser eficaz más bien como signo del hombre” (Rosenberg 1976, pág. 14). En la psicoterapia corporal trabajamos con las tres cruces, la inferior, la superior y la suprema, que representan la totalidad, la permeabilidad, la conexión. No siempre somos conscientes de la cruz inferior, es decir, de la conexión longitudinal entre la columna lumbar y la pelvis a través del hueso sacro soldado y de la conexión transversal de la articulación de las caderas. A veces son el dolor, los bloqueos, los trastornos funcionales, los que nos hacen tomar conciencia de esta zona.

“La cruz superior está formada por la conexión transversal de la articulación de ambos hombros y por el eje longitudinal que va de la base del cráneo al centro de la columna dorsal. Esta importante cruz ‘interna’ está ‘representada e imaginada’ de este modo y (...) se ‘entrega’ hacia el suelo, independientemente de la postura de quien esté realizando los ejercicios. Es aun más importante el trabajo en las conexiones articuladas, en la movilidad de esta cruz en sí misma. Hay que disolver el endurecimiento allí existente, la energía mal encauzada, la mala postura. En un primer momento, es más fácil percibir la movilidad de este armazón interior que nos sostiene cuando estamos acostados. Pero más tarde también hay que conservar esta movilidad al estar erguido. En lugar de fijarse en sí mismo, quien hace los ejercicios aprende a abandonarse a la fuerza de la gravedad, a dejarse llevar y a entregarse al juego con el equilibrio en la cruz superior. Esto es parte de la postura humana erguida, de la ‘identidad flexible’”.

Cité tan extensamente a Marianne Fuchs (1989, pág. 57), porque en la experiencia corporal de la cruz se repite la dialéctica de lo propio / lo ajeno. Esto es válido también para la cruz suprema, la conexión transversal de oreja a oreja, la conexión longitudinal desde la cubierta del cráneo hasta la séptima vértebra cervical. En este ámbito (entre cráneo y primera vértebra cervical) se forma lo que en el lenguaje cotidiano se conoce como “testarudez”. Volverme más libre en esta zona, menos testarudo, dejar que lo propio se encuentre con lo otro ajeno en una identidad flexible, es el requisito para asentir o disentir con la cabeza. Así como la masculinidad “inferior” y “superior” están relacionadas (Erich Neumann), también lo están la cruz inferior con la superior y la suprema: “Circunciden

el prepucio de su corazón y no endurezcan más la cerviz” (Deuteronomio, 10, 16). Tanto en la fe cristiana, como en la terapia corporal y en el análisis junguiano, la cruz es símbolo de estar íntegro, de estar sano, de totalidad. Pero también es el símbolo del sufrimiento ante la falta de totalidad, ante mi identidad amenazada o testaruda, ya que:

“La cruz de la integridad y de la rectitud está quebrada en el hombre natural; le falta esta o aquella parte de la cuaternidad de la cruz, o hay partes demasiado largas, o atrofiadas, de lo que se puede inferir un desarrollo excesivo o un subdesarrollo de determinadas partes del alma y la existencia de carencias físicas condicionadas por la psique” (Rosenberg 1976, pág. 15 y ss.)

LA CUATERNIDAD DE LA CRUZ EN LA BÚSQUEDA DEL SÍ-MISMO

La cruz está representada, inscrita en nuestro cuerpo, en nuestro desequilibrio psíquico y en nuestra enantiodromía,¹ como en un cuadrado que intentamos dibujar a mano y que nunca nos sale en forma ideal. La individuación, la búsqueda de la totalidad (no de la perfección) implica dejarse conducir por el arquetipo del Sí-mismo, por la integridad de nuestra personalidad humana, por su circunferencia total y por su centro que conduce, por su fundamento que nos sostiene. Empíricamente es “imposible distinguir qué es un símbolo del Sí-mismo y qué es una imagen de Dios”, dice Jung (C. O. 11, pág. 231). El Sí-mismo aparece en sueños, mitos y cuentos de hadas como una personalidad superior (rey, héroe, profeta, redentor) o como símbolo de totalidad (círculo, cuadrado, cuadratura del círculo, etc.) (Jung, O. C. 6, pág. 891). ¿Por qué es justamente el número cuatro el que está en relación con el Sí-mismo? En primer lugar, esto parece deberse a causas externas, estéticas: Jung descubrió símbolos de la totalidad especialmente elocuentes en la estructura cuadrada y en cruz de ciertos mandalas. Los descubrió en mandalas dibujados por artistas o por sus analizados y en mandalas que él mismo dibujaba.

Quisiera ejemplificar la búsqueda del arquetipo del Sí-mismo con el ingreso a una antigua iglesia cuyo principio de construcción no podemos entender de inmediato en la oscuridad. La forma en que nos orientamos

¹ Se refiere a la aparición del opuesto inconsciente en el transcurso del tiempo.

en esta iglesia fue descrita por Jung en su *Tipología* (O. C. 6). Los cuatro tipos de función —sentimiento (*Fühlen*) y pensamiento (*Denken*)—, —sensación (*Empfinden*) e intuición (*Intuiieren*)— conforman dos parejas que se pueden representar en forma de cruz. Disponemos siempre de las cuatro funciones, pero una de ellas es *inferior*, actúa a partir del inconsciente. El sufrimiento por esta falta de totalidad y el deseo de integridad tipológica constituyen un motor central de la individuación. Si mi función superior es la *sensación*, al ingresar a nuestra antigua iglesia percibiré, en primer lugar, una cantidad de detalles: la distribución de la luz, las proporciones y las medidas del lugar, los elementos de estilo característicos que me permiten hacer un diagnóstico diferencial entre románico, gótico, etc. Si soy un tipo introvertido de sensación, registraré ante todo que tengo hambre y que no he comido nada desde el desayuno. Miro el reloj, compruebo que de todas formas la iglesia cerrará en quince minutos y decido ir a comer a un restaurante. Si, en cambio, mi función superior es la *intuición*, dejaré que primero actúe sobre mí la impresión general: me sentaré en un banco y me imaginaré cómo podría sonar un coral para órgano de Bach o cuál sería el aspecto de una bonita liturgia en este ambiente. O le doy un nombre al vitral a través del cual brilla el sol y cuyos detalles aún no alcanzo a reconocer. A estos dos tipos de funciones perceptivas se oponen las funciones críticas: como *tipo del pensamiento*, tal vez abra mi guía y comience sistemáticamente mi visita, intentando entender los argumentos de distintos autores de historia del arte que había estudiado al prepararme para la visita. Si, en cambio, soy un *tipo del sentimiento*, en primer lugar me preguntaré: “¿Qué es bueno para mí y para mis acompañantes ahora?” No comienzo con mi visita en la entrada o en el lugar en que comienza la guía. Probablemente compruebe que ni siquiera tengo ganas de visitar la iglesia. Buscaré más bien el lugar dentro de ella que más me guste, tal vez la antigua cripta prerrománica.

He entrado a la iglesia con mis cuatro capacidades. Éstas forman una cruz (ver figura 6), en la que se enfrentan en forma polar ambas funciones perceptivas y ambas funciones críticas respectivamente. He colocado el pensamiento arriba. Esto se corresponde con la simbología de la figura humana de Rosenberg que relaciona el polo intelectual con la cruz superior y el polo de las pulsiones con la cruz inferior. Aunque ésta es la representación habitual, la misma sólo es correcta para el tipo del pensamiento, es decir que, para el tipo del sentimiento, St estaría arriba y P aba-

jo, y del mismo modo habría que llevar a cabo un reacomodamiento para los demás tipos.

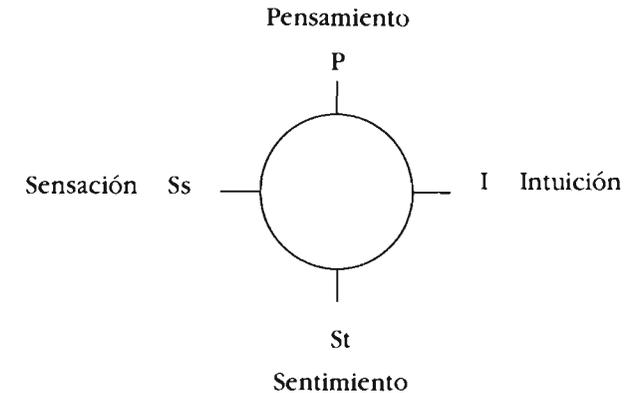


Figura 6: La cruz de los tipos de función

Según Jung, todas las personalidades cuentan con las cuatro funciones. Sin embargo, es la función principal la que guía mi orientación consciente en mi mundo hasta el momento en que se manifiesta la “función inferior” que actúa a partir del inconsciente. En el esquema de la cruz, se trata siempre de la función opuesta a la función superior. Es decir que el sentimiento será siempre la función inferior del tipo del pensamiento y viceversa, del mismo modo se comportan la intuición y la sensación. La toma de conciencia de la función inferior, a menudo dolorosa, sucede, por lo general, en la crisis de la mitad de la vida, cuando la función superior comienza a rechinar y a perder aceite como un auto viejo (Franz 1980, pág. 21, compárese Frick 1996). Esto lo expresa el sueño de Frank, un médico de 38 años:

Con gran esfuerzo, llego con mi automóvil hasta un cruce muy transitado. Despierto con malestar porque detengo el tránsito. Sólo logro avanzar los últimos metros empujando con mi cuerpo. Me detengo en una playa de estacionamiento para discapacitados al lado de la iglesia de mi ciudad natal.

En este sueño, seguramente el auto es un símbolo del proceso de individuación o, mejor dicho, de la dinámica del Sí-mismo que me trajo hasta aquí. Más precisamente, se trata de mi fortaleza, de mi función superior, ya sea ésta el sentimiento, el pensamiento, la sensación o la intuición, con cuya ayuda pude dominar mi vida hasta el presente. Sin embargo, en la mitad de la vida, momento que trae consigo un profundo giro tipológico, esta función está agotada. Mi función principal entra en crisis, siento “mi punto débil”, “me doy de narices”. Rengueo y me siento, en cierto modo, discapacitado, porque la función inferior se impone y es lenta, infantil y despótica. A menudo me la quiero sacar de encima, pero sólo descubro el “nuevo potencial de vida”, como lo formula M. L. Von Franz, cuando acepto su carácter inadecuado, ajeno al Yo. La *herida de la función inferior* constituye un puente hacia el inconsciente.

Jung distingue dos funciones “racionales”: el pensamiento y el sentimiento. Mediante el pensamiento juzgo una cosa por *lo que es y lo que significa*. Ordeno mi mundo valiéndome de conclusiones lógicas. Mediante el sentimiento juzgo si una situación es buena o mala, agradable o desagradable para mí y para mi entorno, en resumen, qué es lo que *vale* para mí. Evalúo, pues, *cómo es para mí y para los demás*. Jung llama funciones irracionales o perceptivas a la intuición y a la sensación. Desde lo lingüístico, el sentimiento y la sensación o percepción de uno mismo no siempre están claramente diferenciados. La sensación dice *que* algo es. Como *fonction du réel*, se pregunta *cómo* es verdaderamente. Mediante la intuición, en cambio, percibimos las posibilidades: *¿De dónde proviene y hacia dónde va?* La función principal que nos permite dominar la primera mitad de nuestra vida es consciente y cercana al Yo, mientras que la función inferior, opuesta a la función principal, es inconsciente. Las cuatro funciones juntas forman una totalidad que yo, como individuo, no puedo alcanzar. En el cruce de la mitad de la vida me doy cuenta de que yo mismo *soy* una cruz: el brazo de la cruz constituido por la función superior es el más desarrollado; hacia la derecha y hacia la izquierda todavía me puedo fiar aceptablemente de mis funciones auxiliares. La primera y la segunda función auxiliar se encuentran más o menos por encima del umbral de la conciencia. La función inferior que es, en cierto modo, mi discapacidad, es la más débil. Ella es la herida abierta a través de la cual entro en contacto con el inconsciente. Si no estoy totalmente seguro de cuál es mi función superior, puedo descubrirla indirectamente a través

de la función inferior que se le opone en la cruz tipológica. Me puedo preguntar entonces: ¿Cuáles son los puntos débiles con los que siempre vuelvo a tropezarme, de modo que “me doy de narices” todo el tiempo? ¿Cuál es la función que siempre se vuelve a bloquear en situaciones de exigencia, por ejemplo cuando un tipo del sentimiento le habla de sentimientos a un tipo del pensamiento? Pero, ante todo, debo preguntarme: ¿Qué características negativas son las que más odio en los demás, es decir, cuáles son los aspectos de la propia sombra que alojo en los demás para luchar contra ellos o tratarlos en los otros?

En tanto, hemos avanzado por distintos caminos en nuestra visita a la iglesia y llegamos al altar del crucero. Sobre este altar cuelga una cruz. De pronto, tomo conciencia de que estoy parado en el centro de la iglesia, en el crucero, allí donde está la intersección de ambos brazos de la cruz de su planta. Miro hacia adelante, hasta el ábside, hacia atrás, por donde entré a la iglesia. Miro hacia ambas naves laterales y descubro que esta iglesia es un mandala que se prolonga en una pequeña cruz sobre el altar que encuentra su expresión en la comunión de los fieles.

Hay aún otro punto de vista importante para la cuaternidad de la cruz, que es de decisiva importancia para el proceso de la curación, a saber, la dualidad unificada de la relación médico-paciente. Jung describió en la *Psicología de la transferencia* (O. C., pág. 16), la dualidad unificada entre hombre y mujer como esquema de cuatro (cuaternio matrimonial), teniendo en cuenta el inconsciente del sexo opuesto en cada caso. El hombre tiene una “imagen psíquica” inconsciente, una mujer interna, que Jung denomina “anima”, al igual que la mujer tiene una imagen masculina inconsciente que Jung denomina “animus”:

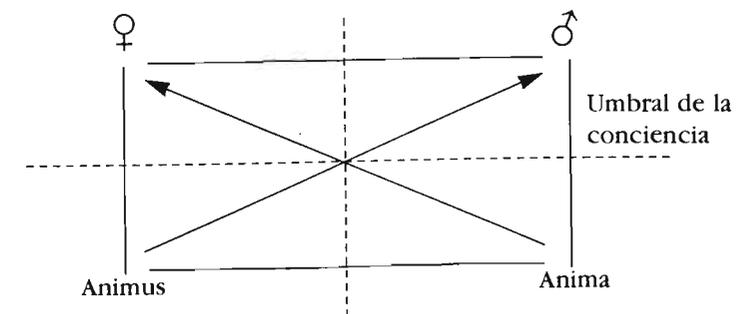


Figura 7: Animus y anima en el cuaternio

Me baso en esta forma de cruz y de cuadrado junguiano para representar el arquetipo del chivo expiatorio y el arquetipo de la curación. En este punto, no necesitamos adentrarnos en la discusión reciente acerca de la posibilidad de que la mujer “tenga” un alma y el hombre un animus.

LA CRUZ COMO SÍMBOLO VIVO

Como lo expresa Rosenberg, la cruz es signo del hombre en general, no sólo signo de la Pasión de Jesús, el Hijo del Hombre, en particular. No se la puede limitar desde la psicología de la conciencia y de modo pseudo-liberal al signo de un determinado grupo social. Todos vivimos “bajo la cruz” independientemente de que tengamos crucifijos colgados en nuestras paredes o no. En este párrafo quisiera demostrar que la cruz de Jesús, más allá del recuerdo del Mesías histórico, tiene un significado sanador universal. Este significado se relaciona con el arquetipo del chivo expiatorio en su estructura de opuestos y en su posible perversión. La psicopatología del cristianismo es rica en tales perversiones del arquetipo del chivo expiatorio. Cabe destacar, en primer lugar, la identificación masoquista con el complejo del chivo expiatorio, que se puede expresar como mentalidad de víctima depresivo-altruista y que va acompañada de la internalización de un dios padre severo, sediento de venganza, revestido de una persona-máscara amante y caritativa. Otra perversión está constituida por la disociación de la imagen femenina en la Santa y la prostituta, en María y Eva. Esta disociación siempre volvió a llevar en la historia del cristianismo a que las mujeres se convirtieran en portadoras del complejo colectivo del chivo expiatorio. Así fue como las mujeres se identificaron con el aspecto destructivo de la bruja o asumieron proyecciones masculinas mediante la propia desvalorización de la sensibilidad femenina, de la cultura femenina, del cuerpo femenino. Los ejemplos parecen provenir de siglos lejanamente pasados, pero tienen sin embargo sus correlatos inconscientes en nuestro presente racional. Si la cruz actúa como símbolo vivo en el sentido de Jung, no lo hace mediante su traducción ni su explicación. Pues el símbolo es para Jung “la mejor denominación o fórmula posible para una situación factual relativamente descono-

cida, reconocida o exigida sin embargo como existente” (O. C., 6, p. 894; *Tipos psicológicos*, p. 904). Es expresión de la tensión de los opuestos de nuestra desgarrada imagen divina. Toda explicación de aquello que la cruz significa, por ejemplo como signo del amor divino, se mueve aún en el ámbito del signo pre-simbólico (semiótico),

“(…) pues “amor divino” designa la situación factual a expresar de modo más certero y mejor que una cruz, que puede tener además muchos otros significados. En cambio es simbólica la explicación que ve la cruz, más allá de todas las explicaciones imaginables, como expresión de una situación factual que hasta ese momento es desconocida, incomprendible, mística, trascendente, o sea, como una situación factual, por lo pronto psicológica, que como más certeramente puede ser representada es con una cruz” (Jung, O. C. 6, p. 895; *Tipos psicológicos*, p. 902).

LA HERIDA Y LA SALVACIÓN EN LA CRUZ DE CRISTO

La cruz es un símbolo universal de totalidad. Al mismo tiempo está ligada a un acontecimiento histórico particular en la tradición judeocristiana, a saber, a la muerte de Jesús de Nazaret. Por lo tanto, no sólo es símbolo de totalidad, sino también símbolo de desgarramiento extremo. En la cruz se expresan la herida y la salvación. En la medida en que la serpiente simboliza la curación y la destrucción, también la cruz expresa la bipolaridad del arquetipo de la curación, a saber, curación y destrucción, herida. Probablemente la frase de Gregorio Nacienceno (*Carta 101*, PG 37, 181c; compárese Juan Dam. *Fid. orth.* III, 20) también quiere decir que la herida se debe aceptar como el lado oscuro del arquetipo de la curación: “Lo que no ha sido aceptado, no puede ser curado, y lo que es uno con Dios, será salvado.” Jung (1940) retoma la caracterización del hombre como “cruce” de Przywara (1938), como “desgarro” entre cuerpo y espíritu, entre hombre y mujer, entre infierno y cielo. Przywara se anticipa a la tesis central de Moltmann del dios crucificado, del desgarramiento de la maldición de la cruz que se convierte en la bendición de la cruz (compárese Deuteronomio 21, 23; Gálatas 3, 12 y ss.). Con la ejecución de Je-

sús en una cruz de las fuerzas de ocupación romanas en Palestina se desgarró la imagen patriarcal divina de un Dios todopoderoso, bondadoso o cuya bondad puede volver a conquistarse. No han faltado los intentos por cerrar este desgarramiento mediante teorías teológicas de la redención, por lo general mediante una disociación bien-mal entre Dios y los hombres: el Dios herido por el pecado del hombre espera una reparación que se lleva a cabo mediante el sacrificio de su hijo. La debilidad y el sufrimiento de Dios, su silencio cuando Jesús en la cruz clama: “Dios mío, Dios mío, por qué me has abandonado”, pero ante todo su lado oscuro, hiriente, no cabe en la imagen del Dios patriarcal que fue reemplazada por el “Dios desgarrado” (Lesmeister), por la sombra de Dios de la que se toma conciencia (O’Kane).

No podemos discutir aquí las teorías teológicas referidas a la “salvación” de la imagen patriarcal de Dios que se desgarró. Estos intentos de explicar el símbolo surgen a menudo a partir de la incapacidad del pensamiento de tolerar la imagen desgarrada de Dios. En todo caso, en el Nuevo Testamento este tipo de teorías aún no está presente. Aquí el *qué* de la curación y de la redención se expresa mediante imágenes del mundo simbólico bíblico. El *cómo* del mecanismo de redención, en cambio, no se explica. Las formaciones ideológicas que encubren un masoquismo cristiano o una mentalidad de sufrimiento depresiva no son bíblicas y presumen saber más de lo que dice el Nuevo Testamento (Sobrino 1991).

Que, en el contexto cristiano, la Cruz haya sido reiteradamente malinterpretada de modo masoquista o haya sido utilizada incluso para justificar la represión individual y colectiva, tiene que ver con el *arquetipo del chivo expiatorio* subyacente. Tanto las grandes construcciones teóricas teológicas como la elaboración personal de la enfermedad, del sufrimiento, de la culpa se valen de los mismos símbolos, arraigados en el inconsciente colectivo: la redención mediante un sacrificio sangriento, el cargar la culpa sobre un chivo expiatorio y su “expulsión”, la mezcla de categorías morales y físicas en relación con el mal. Es decir que un mal físico como la enfermedad se relaciona con la conducta humana y se explica como “castigo divino”, como crisis espiritual. En las fuentes bíblicas encontramos este tipo de interpretaciones de relaciones entre hechos y el destino de una persona, por ejemplo, cuando se le atribuyen la salud y la enfermedad como sanciones jurídicas a YHVH en su carácter de Dios del

sol y juez (Niehr 1991). Sin embargo, en la Biblia se critica muy a menudo a amigos y parientes de enfermos que, apresurados y aparentemente religiosos, confunden el mal físico de la enfermedad con el mal moral del pecado. Esto sucede, por ejemplo, en el caso de la mujer de Tobit, de los falsos amigos de Job, pero también en la crítica profética a la idea de una culpa colectiva que subsiste a lo largo de varias generaciones.

Cuando intentamos dirigir la mirada a la Cruz de Cristo en el entramado de construcciones culturales, formaciones colectivas de complejos y su defensa, puede ayudarnos la definición que da Juan el Bautista sobre Jesús en el Evangelio según san Juan (1, 29B): “He ahí el Cordero de Dios, que quita el pecado del mundo”. Mediante la estilización ritual y cultural de esta frase, cualquier asistente a conciertos sabe que en el *Agnus Dei* de la misa se enaltece al cordero. Pero, por lo general, no se toma conciencia de que se trata del cordero como tótem de Jesús. La denominación “tótem” proviene del idioma de los indios ojibway norteamericanos y significa “parentesco, emblema familiar o espíritu protector personal”. Se trata de relaciones duraderas colectivas o individuales con animales o con objetos de la naturaleza, mediante los cuales se simboliza la identidad y la descendencia familiar. Se pueden distinguir cuatro aspectos generales (Haekel 1971a):

1. Estos tótems son venerados, con miedo y temor, como protectores y ayudantes.
2. Hay nombres y emblemas que aluden al tótem.
3. La identificación con el tótem y la asimilación simbólica del mismo.
4. El tótem no puede ser matado, comido ni tocado. En su obra *Tótem y tabú*, Freud creó un mito moderno disfrazado de etnología. Interpreta la “cena totémica” cristiana como expiación por el asesinato del padre y simultáneamente como recuerdo del sacrificio del hijo a través del cual éste asume el lugar del Dios padre.

Independientemente de estas estructuras totémicas de nuestro inconsciente, que son psicodinámicamente significativas, en nuestro mundo cotidiano no quedan más que restos del totemismo. En México, el águila y la serpiente son animales totémicos que aparecen en la vida cotidiana sin que se tenga presente que estos símbolos se refieren a la memoria de una identidad prehispánica colectiva, al mito fundador az-

teca. De modo semejante, la mascotita de un equipo de fútbol o su emblema transmiten identidad de grupo, especialmente durante el tiempo “sagrado” del juego en el “templo” del estadio. En el marco de las teorías de Girard se explica que en estas circunstancias se puede llegar a descargas colectivas de violencia que no se pueden transferir al toro de sacrificio como en la corrida española, sino que se dirigen contra seres humanos y objetos.

“Éste es el Cordero de Dios, que quita el pecado del mundo”: Esta frase reúne la teología del chivo expiatorio hebreo y del siervo de Dios (Sobrino 1991; Bonhoeffer 1944b). La figura del *ebed YHVH* (siervo de Dios) se remonta a un profeta del Antiguo Testamento cuyo nombre no se conoce y al que la investigación llama “Deutero-Isaías”. El último de los cuatro cantos del *ebed YHVH*, del siervo sufriente y triunfante, alude probablemente al destino de este profeta y surgió después de su muerte. Este canto consta de las palabras de Dios, de un relato acerca del sufrimiento del *ebed* y de la anunciación de su enaltecimiento:

El cuarto canto del siervo de Dios: Isaías 52, 13-53, 12

He aquí que prosperará mi Siervo, será enaltecido, levantado y ensalzado sobremanera. Así como se asombraron de él muchos —pues tan desfigurado tenía el aspecto que no parecía hombre, ni su apariencia era humana— otro tanto se admirarán muchas naciones; ante él cerrarán los reyes la boca, pues lo que nunca se les contó verán, y lo que nunca oyeron reconocerán. ¿Quién dio crédito a nuestra noticia? Y el brazo del Señor ¿a quién se le reveló? Creció como un retoño delante de él, como raíz de tierra árida. No tenía apariencia ni presencia; (le vimos) y no tenía aspecto que pudiésemos estimar. Despreciable y desecho de hombres, varón de dolores y sabedor de dolencias, como uno ante quien se oculta el rostro, despreciable, y no le tuvimos en cuenta. ¡Y con todo eran nuestras dolencias las que él llevaba y nuestros dolores los que soportaba! Nosotros le tuvimos por azotado, herido de Dios y humillado. Él ha sido herido por nuestras rebeldías, molido por nuestras culpas. Él soportó el castigo que nos trae la paz, y con sus cardenales hemos sido curados. Todos nosotros como ovejas erramos, cada uno marchó por su camino, y el Señor descargó sobre él la culpa de todos nosotros. Fue oprimido, y él se humilló y no abrió la boca. Como un cordero al degüello era llevado, y como oveja que ante los que la trasquilan está muda, tampoco él abrió la boca. Tras arresto y juicio fue arrebatado, y de sus contemporáneos, ¿quién se preocupa? Fue arrancado de la tierra de los vivos; por las rebel-

días de su pueblo ha sido herido; y se puso su sepultura entre los malvados y con los ricos su tumba, por más que no hizo atropello ni hubo engaño en su boca. Mas plugo al Señor quebrantarle con dolencias. Si se da a sí mismo en expiación, verá descendencia, alargará sus días, y lo que plazca al Señor se cumplirá por su mano. Por las fatigas de su alma, verá luz, se saciará. Por su conocimiento justificará mi Siervo a muchos y las culpas de ellos él soportará. Por eso le daré su parte entre los grandes y con poderosos repartirá despojos, ya que indefenso se entregó a la muerte y con los rebeldes fue contado, cuando él llevó el pecado de muchos, e intercedió por los rebeldes.

Mediante la enfermedad, el siervo no sólo es deformado, sino que es excluido de la comunidad humana. Para el pensamiento bíblico es más importante este aspecto social que nuestro modo médico de observación individual. *Y con todo eran nuestras dolencias las que él llevaba...* Con este “y con todo” se da el viraje decisivo en el grupo de hablantes, quienes toman conciencia del arquetipo del chivo expiatorio y reconocen que el *ebed YHVH* sufre por ellos. Como individuo, se enfrenta a esta comunidad. Sin embargo, no está inconscientemente identificado con Azazel, es decir, no lleva la sombra del acusador interno, sino el éxito mesiánico oculto:

“Contamos para ello con el término ‘identificación’. Primero, el grupo de hablantes se *distancia* del siervo, luego, en cambio, se *identifica* y se *solidariza* en cierto modo con él en sus declaraciones. Sin embargo, no se trata de una identificación directa, tampoco de una identificación ‘crítica’, sino más bien de una *identificación autocrítica*. Para poder identificarse, el grupo de hablantes debe atravesar un proceso sanador de autorreconocimiento, tiene que reorientar verdaderamente sus ideas. Al abrirse paso hacia una nueva comprensión del siervo, tiene que revisar también su propia autocomprensión de modo tan profundo como su juicio anterior acerca del siervo. De este modo, la identificación del grupo con el siervo encierra una especie de *transferencia invertida*: su enfermedad (sus enfermedades) son en realidad ‘nuestras enfermedades’, prácticamente su proyección, sus dolores son en realidad nuestros dolores. En realidad, no es el siervo quien está estigmatizado y azotado por Dios, sino nosotros” (Blank 1979, pág. 36 y ss.)

Mediante la remoción de la proyección de la enfermedad sobre el chivo expiatorio, el canto del siervo de Dios revela el mecanismo de la violen-

cia (Girard y Schwager). Muestra que el chivo expiatorio carga en representación con una enfermedad "social", que es convertido incluso en "la luz de las gentes" (Isaías 49, 6B), que se le encomienda una tarea histórica dentro de la comunidad mundial, a saber, revelar y curar la violencia y la opresión mediante el sufrimiento del pueblo crucificado (Sobrino 1991).

Con cuyas heridas habéis sido curados (V. 5): Este verso referido a Jesús, en la Primera Epístola de San Pedro 2, 24, no sólo expresa que el sufrimiento puede llevar al desarrollo humano sino que "el sufrimiento a causa de YHVH", del siervo, sirve a la salvación del grupo. Tanto la imagen del cordero como el aislamiento y el ser sepultado fuera del campamento ligan al siervo de Dios a las representaciones rituales del chivo expiatorio. A diferencia de la liturgia del gran Día del Perdón (*iom kippur*), según Blank, el sujeto que expía no es el sacerdote (apoyando sus manos sobre el chivo en el rito de la transferencia), sino que "YHVH lo hizo herir de todas nuestras culpas". Dios mismo es quien actúa directamente sobre su siervo; la identificación con el chivo expiatorio ya no es principalmente ritual, sino personalizada, teocéntrica y, por lo tanto, unida al poder oculto de YHVH.

La figura arquetípica del siervo de Dios fue desplazada a la periferia en el Nuevo Testamento, tal vez bajo la influencia helenística, para atenuar el escándalo de la cruz y del abandono de Jesús por Dios (Sobrino 1976). También en la mentalidad cristiana actual, por lo menos en Europa, esta figura sólo cumple un *rol* subordinado por dos motivos: por un lado, la figura del siervo de Dios hace prácticamente imposible mantener ajeno al sufrimiento de este mundo mediante una teoría de la redención a un Dios en cierto modo apático; es que la crítica inmanente de la figura del *ebed YHVH* hace prácticamente imprescindible una revisión de la imagen patriarcal de Dios. Por otro lado, el "siervo de Dios" obliga a tener en cuenta aquellos aspectos colectivos del arquetipo del chivo expiatorio que, por lo general, se ponen entre paréntesis en una mentalidad más bien individualista. En una visión latinoamericana, la cruz se presenta como símbolo de la opresión y de la liberación del "pueblo crucificado" (Ellacuría 1990).

El "desgarramiento" de nuestra imagen de Dios, herida ella misma por el sufrimiento, por el potencial destructivo de la historia individual y colectiva, ya no admite respuestas académicas de la teología.

"La concepción metafísica griega sobre el ser y la perfección de Dios hace imposible una teología de la cruz. Por el contrario, una teología histórica de la liberación tiene que pensar el sufrimiento como modo de ser de Dios" (Sobrino 1976, pág. 150). "Es sabido que el ideal griego de perfección presupone inmutabilidad. La perfección consiste en eternidad y ahistoricidad. Por ello ambas perfecciones le competen por esencia a la divinidad. Pero el sufrimiento supone un tipo de mutabilidad y pasividad y sería por lo tanto ajeno a Dios. El pensamiento griego no puede pensar el sufrimiento como forma de ser de Dios, pues implicaría una contradicción" (Sobrino 1976, pág. 151).

Si se parte del pensamiento griego, incapaz de pensar el polo negativo de la realidad, puede abusarse de la cruz de modo no dialéctico como símbolo barato de la totalidad que nos ahorra la inevitable tensión arquetípica de los opuestos. De este modo, se quiere rescatar la imagen de un dios todopoderoso, incapaz de sufrimiento (apático), inmutable, perfecto, portador de nuestras proyecciones de grandeza. En una equivocada mística del sufrimiento, la Cruz se utilizó reiteradamente para endilgarles a personas sufrientes el otro polo de la imagen desgarrada de Dios (necesidad, debilidad, negatividad) en un masoquismo despiadado. Aun hoy se repite de la hipócrita visita de los amigos a Job enfermo. Con sus teorías acerca de Dios y del sufrimiento saben todo mejor. Sin embargo, sus intentos de explicación son un obstáculo para una verdadera *aceptación* del sufrimiento y de la curación que siempre sigue siendo posible, incluso en vistas de una enfermedad incurable. En estas representaciones religiosas defensivas, la imagen de un Dios padre "querido" sirve para mejorar la persona-máscara de quien se identifica con el chivo expiatorio y para disociar las partes de Azazel reprimidas que contiene la imagen de Dios.

La lección de la teología de la liberación consiste en que el Dios compasivo, impotente, que no responde al grito de su Mesías agonizante, es *herido* en la cruz de Cristo. Esta herida de Dios (y de nuestra imagen de Dios) es la consecuencia inevitable de la encarnación. Al respecto, Karl Rahner (1959) enfatiza "que la humanidad de Cristo no se debe entender como un simple ropaje o disfraz de Dios, como mera señal de la que se vale", sino como un símbolo, en el cual "Dios se expresa a sí mismo, se enajena a sí mismo". En el sentido cristiano, por lo tanto, no debemos ver

el símbolo tanto en los hechos de poder o en los milagros sino más bien en el signo decisivo de Jesús, a saber, en su impotencia en la cruz. De los análisis de Schwager, que se basa en Girard, se desprende que en la Biblia hay cientos de pasajes en los que la violencia parte del mismo Dios que *ha desgarrado y nos curará* (Oseas 6,1). "Pues hiere y también sana, golpea, pero sus manos también curan." ¿No apunta también la "tesis de la solarización" de Niehr (1991) (YHVH como el recto Dios del sol) a una racionalización del sufrimiento en el Dios herido e hiriente? Al debatir las consecuencias terapéuticas y espirituales del arquetipo de la curación con el equipo de intervención en catástrofes de un hospital, descubrí lo siguiente: Lo que más nos cuesta es oír la queja del hombre que sufre contra el Dios que hiere. Nos ubicamos demasiado rápidamente en el *rol* de los amigos de Job, que pueden imaginarse la compasión de Dios, pero no una herida que parta de Dios. Ésta se debe explicar evidentemente en forma moralista como un castigo, una prueba o un elemento semejante. Difícilmente toleramos la incomprensible absurdidad de la herida, caracterizada por el verso de los Salmos (22, 1), que hacen decir a Cristo agonizante en el Evangelio según san Marcos y según san Mateo: "Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?"

"Dios en su naturaleza no puede morir. Pero cuando Dios y el hombre están unidos en una persona, se hace bien en llamar muerte de Dios, cuando muere el hombre que es una misma cosa o una persona con Dios."

Basándose en esta afirmación de Lutero (WA 50, 590, 19), Moltmann no habla ni de la muerte de Dios ni de un sufrimiento desamparado del Padre, luego de haber abandonado al Hijo. En cambio, denomina a la Cruz un acontecer (trinitario) *en* Dios. El Hijo sufre la muerte en el abandono de Dios, el Padre la muerte del Hijo. A la falta de padre del hijo se corresponde la falta de hijo del padre (Moltmann 1972, pág. 230).

"Quien sufre sin motivo, en un primer momento siempre piensa que ha sido abandonado por Dios. Dios se le aparece como el Dios misterioso, incomprensible que destruye la suerte que otorgó. Quien clama a Dios en este sufrimiento, mezcla en el fondo su voz con el grito de muerte de Cris-

to agonizante, es decir, del hijo de Dios. En tal caso, Dios no es sólo el otro oculto por el que clama, sino que es el Dios humano en un sentido profundo, que clama con él e intercede con su cruz allí donde el hombre enmudece en su congoja. Quien sufre no sólo está iracundo y furioso y lleno de protesta contra su destino. Sufre porque vive, y está vivo porque ama. Quien ya no puede amar nada, tampoco a sí mismo, tampoco sufre ya, pues carece de dolor y de sentimientos y se ha vuelto indiferente. Esta apatía es la enfermedad de nuestro tiempo, una enfermedad de personas y de sistemas, una enfermedad que lleva hacia la muerte, hacia la muerte personal y universal" (pág. 239 y ss.).

La tesis de Moltmann no ha quedado libre de detractores. Gross y Kuschel (1992) le reprochan a la "teología de moda de la Pasión de Dios" de Moltmann la intención de cargar toda cuestión relacionada con la responsabilidad de Dios sobre el hombre. De este modo, una teología del Dios impotente en la cruz evade la problemática de la teodicea del mismo modo que las teorías anteriores de la educación, de la aceptación, del castigo o de la privación (esta última dice que el mal no tiene substancia sino que debe comprenderse simplemente como la carencia de bien). Frente a esto, Gross y Kuschel enfatizan que al Dios bíblico se le atribuyen la salvación y la desgracia, ante todo en oraciones de lamento que refieren el desgarramiento de la imagen de Dios. De hecho, la mención del Dios sufriente es una expresión dialéctica extrema. Quien olvidara que el rey con la corona de espinas igual sigue siendo un rey, ignoraría en forma neurótica el polo mesiánico del arquetipo del chivo expiatorio. "Al atardecer, le trajeron muchos endemoniados; él expulsó a los espíritus con una palabra, y curó a todos los enfermos, para que se cumpliera el oráculo del profeta Isaías: Él tomó nuestras flaquezas y cargó con nuestras enfermedades" (Mateo 8, 16-17). En la curación de los endemoniados, el Nuevo Testamento ve un indicio de que Jesús asume los sufrimientos de la humanidad como el prometido siervo sufriente de Dios. Paradójicamente, como chivo expiatorio y como siervo de Dios que libera a otros, es impotente pero, a la vez, está lleno de poder. Tiene la soberanía de una inversión de *roles*: se pone libremente en el lugar del endemoniado y, por lo tanto, puede otorgarle su lugar de ser humano libre. ¿Pero qué pasa con Dios? Escribe Dietrich Bonhoeffer en una carta desde la cárcel de Tegel:

“El Dios que nos deja vivir en el mundo sin la hipótesis de Dios-trabajo, es el Dios ante el cual estamos permanentemente. Ante y con Dios, vivimos sin Dios. Dios se deja desplazar del mundo a la cruz, es impotente y débil en el mundo y justamente así y sólo así está con nosotros y nos ayuda. En San Mateo 8, 17 queda claro que Cristo no ayuda debido a su omnipotencia, sino debido a su debilidad, a su sufrimiento.”

Expresado bíblicamente, Jesús se identifica con el chivo expiatorio de Azazel, dejándose expulsar al desierto y “volviéndose, como colgado, una maldición de Dios” (Deuteronomio 21, 23). Al mismo tiempo, se identifica con el chivo que fue destinado por la suerte a YHVH y cuya sangre fue esparcida sobre la tapa del arca para expiar al pueblo mediante este sacrificio. Cambia su *rol* con el *rol* de los malditos, lleva su sufrimiento y lo transforma en bendición mediante su viaje al desierto de la muerte. Los cuerpos de los animales se quemaban fuera del campamento (Levítico 16, 27). “Por eso, también Jesús, para santificar al pueblo con su sangre, padeció fuera de la puerta” (Hebreos 13, 12), en el desierto del abandono de Dios. Y a través de su identificación con la figura arquetípica del siervo de Dios acepta la transformación de la *herida* en *éxito* (Isaías 52, 13), mediante el drama de la muerte y la resurrección. Esta transformación incluye también una inversión radical de la imagen de Dios, de un Dios mayor a un Dios menor que, de forma paradójica, está presente en el abandono de su Mesías (Sobrino 1991).

En el contexto del rito del chivo expiatorio ya hicimos referencia al significado de la sangre derramada. Respecto de la cruz de Cristo, Sobrino (1991) toma la famosa frase de Gregorio: Lo que no ha sido aceptado, no puede ser redimido. Lo que hay que aceptar es la negatividad, lo destructivo de la violencia. Así, la sangre es el símbolo del alto precio que debe pagarse por la reconstrucción de lo destruido, a saber, la aceptación total de la negatividad mediante la encarnación cuya consecuencia es la muerte en la cruz. La violencia sólo se puede redimir si Cristo la toma sobre sí en alguna forma (pág. 387). Sin embargo, mediante la referencia a los sacrificios rituales, en ninguna parte se explica la *forma* de la redención, sino solamente la *existencia* del amor de Dios en su crucificado. En el derramamiento de sangre no se trata de una causa eficiente, sino de una causalidad simbólica (Sobrino 1991, pág. 374).

Pero ¿en qué consiste lo curativo de esta identificación de Jesús con el chivo expiatorio y con el siervo de Dios? Aunque no se puede comprobar que el Jesús histórico refería a sí mismo estos modelos soteriológicos, podemos preguntarnos acerca de la continuidad entre su conducta y su misión y el sentido de su ejecución (Sobrino 1991, pág. 319). Según la teoría de René Girard, el peligro de la violencia no radica en su brutalidad abierta, sino en su capacidad de contagio, de imitación (*mímêsis*) por buenas razones. En tal caso, los asesinos creen que rinden culto a Dios cuando matan (San Juan 16, 2), lo que en la historia del cristianismo ha llevado a cruzadas y a otras guerras, a la quema de brujas, a la inquisición y a la tortura bajo el signo de la Cruz. En la disposición general a la violencia surgen, según Girard, espacios de relativa paz mediante la aparición repentina de la agresión contra un chivo expiatorio casual, que es sacralizado y considerado *maldito* y *benéfico*. Schwager objeta que la identificación de Jesús con el chivo expiatorio (con un posterior ritual de sacrificio) no es casual, sino *necesaria* y *determinada por la libre elección*.

En la Antigüedad tardía se desarrolló una rivalidad entre Cristo, el Redentor (*sôtér*) de los pecadores y los enfermos, por un lado, y el *sôtér* pagano Asclepio, por el otro. El motivo del *Christus medicus* también adoptó rasgos de la imagen del Dios del Antiguo Testamento: “Yo soy el Señor, el que te sana”, reza Exódo 15, 26. La palabra alemana “Heiland” (originalmente, participio presente de *heilen*, curar), traduce el griego *sôtér* y el latín *salvator*. En el siglo XVI, “Heiland” designa el material de vendaje del médico vulnerable (Herzog 1994). Como parte de la metáfora médico-farmacéutica, se presenta a Cristo como el mejor salvador, como el medicamento más eficiente, en comparación con Asclepio.

La existencia de Jesús que acaba en la cruz, sitúa todas las comparaciones con la eficacia de un medicamento bajo una luz diferente. El juicio que se le hace a Jesús, la violencia que lo afecta, comienza mucho antes de la Pasión, a saber, con su compasión. El juicio a Jesús es, simultáneamente, un juicio al Dios “todopoderoso”, un cambio de valores radical de las ideas del éxito del salvador y siervo de Dios imperantes hasta entonces. La pregunta “¿Desea Dios el sufrimiento de su siervo?” está ligada aún a la tradicional imagen patriarcal de Dios. En Isaías 53, 6 se expresa del siguiente modo el hecho de que nuestros pecados afecten al siervo

de Dios: *Y el Señor descargó sobre él la culpa de todos nosotros*. También podríamos traducir: *Y el Señor permitió que descargáramos todas nuestras culpas sobre Él*. En hebreo no existe diferencia entre la causación activa y la admisión pasiva. Más allá de esta particularidad lingüística, se trata ante todo de un problema de contenido. Es un escándalo para la imagen patriarcal de Dios, “que las afirmaciones según las cuales (YHVH) mismo actúa con violencia y aquellas que hablan de la entrega a seres humanos violentos, quieran decir lo mismo desde el punto de vista del contenido” (Schwager 1978, pág. 139). En el contexto poético de los Salmos de lamento y de los Cantos del siervo de Dios, el individuo que sufre lleva su “persona” como *máscara* que le pertenece tanto a él como la comunidad y que, además del lado lloroso del sufrimiento, incluye también un lado sonriente: es la sonrisa en vistas de la solución de la enfermedad y de la violencia en el drama de la curación (Beauchamp). La *Cruz* atraviesa nuestros parámetros de éxito y fracaso, de salud y enfermedad:

“Dios no aparece como aquel que tiene poder sobre lo negativo desde *afuera*; en la cruz se ve derrotado *dentro* de lo negativo. La posible superación de lo negativo se da mediante la inmersión en los mecanismos de lo negativo” (Sobrino 1976, pág. 172).

EL BUEN SAMARITANO QUE LLEVA LA CRUZ

“El buen samaritano es considerado el prototipo del individuo que ayuda, que no ofrece sus servicios por responsabilidad profesional sino por compasión y amor al prójimo” (Franke 1993). Al irse perdiendo el sistema cristiano de símbolos en nuestra sociedad, también desaparece el buen samaritano como modelo consciente para los servicios profesionales y públicos. Sin embargo, el buen samaritano sigue actuando, como una imagen inconsciente distorsionada, en el denominado síndrome de la ayuda (Schmidbauer 1977): El “ayudante desvalido” emplea su idoneidad en beneficio de otros y evita las relaciones basadas en la reciprocidad. En parte, desea este tipo de contactos que no están en relación con

su *rol* de ayudante pero, en parte, les teme. Este tipo de persona elude su propia debilidad y necesidad de ayuda hasta que cae en una crisis narcisista. Reprime el lado necesitado de ayuda, sufriente, compasivo, que sufre junto al asistido, del samaritano y sólo ve el lado fuerte de su propia disposición a la ayuda. Pero ¿qué quiere decir originariamente la parábola bíblica del samaritano? ¿Ayuda por compasión y amor al prójimo? Sin lugar a dudas, también quiere decir esto, y ningún ayudante podrá subsistir sin esta motivación. Pero quien necesita ayuda sólo se sentirá verdaderamente seguro con aquellos ayudantes que han aceptado sus propias debilidades y heridas, y han abandonado el falso ideal del salvador fuerte y altruista, que supuestamente sólo piensa en los demás.

A lo largo de los siglos, la parábola del buen samaritano fue interpretada cristológicamente en reiteradas oportunidades, por ejemplo, como variación del *motivo del Christus medicus*: como enfermero, el Redentor le administra los sacramentos como remedios eficaces a la humanidad azotada por las enfermedades (Herzog 1994). En el Evangelio según san Lucas, la parábola se ubica en el contexto de un diálogo didáctico, en cuyo centro se encuentra la pregunta de Jesús al legista: “¿Quién (...) se convirtió en prójimo del que cayó en manos de los salteadores? (Lucas 10, 36). Nadie puede *ser* a priori prójimo o sanador de ningún congénere ya que, en tal caso, se trataría de un complejo de salvador, de la identificación inflacionaria con el arquetipo del Mesías y de la disociación del bebé abandonado y hambriento tras una fachada fuerte y soberbia de ayudante (Schmidbauer 1977).

El vitral del samaritano en Chartres (siglo XIII, figura 8) muestra bien a la izquierda cómo un peregrino, a quien se reconoce por la vara en su mano derecha, abandona de buen ánimo la ciudad de Jerusalén en dirección a Jericó.

En el medallón central vemos dos salteadores con ojos saltones y la comisura de los labios hacia abajo sobre un fondo rojo. El de la izquierda desenvaina su espada y está dispuesto a dar el salto; el de la derecha está al acecho y observa al peregrino, que no está representado aquí. Llama la atención un árbol delgado y alto que atraviesa el medallón. Es el árbol del mal, de la escisión y del peligro que se acerca desde atrás. El mal viene desde atrás, de la sombra. En un principio, la conciencia no tiene ningún acceso a la sombra como posibilidad propia. En el medallón conti-

guo vuelve a aparecer un árbol que es claramente reconocible como árbol de la cruz. Detrás del peregrino, un bandido blande una espada, otro se prepara para golpearlo con un garrote y el tercero le roba sus vestidos a la víctima. El peregrino está agachado, indefenso, el árbol de la cruz continúa la línea de la espalda golpeada. El árbol de la cruz y el árbol del mal se corresponden. El peregrino tiene el rostro de Cristo, del siervo de Dios sufriente, del que Deutero-Isaías dice: Él tendrá éxito. Ya no tiene belleza, es llevado al matadero como un cordero, por sus heridas somos curados (Manhes y Deremble 1986).

La figura 9 reúne ambos aspectos del proceso de la curación. El herido está sentado pasivamente como un Cristo doliente, el mentón apoyado sobre su mano derecha. El samaritano, en cambio, está parado, es activo, tiene una venda en la mano. Ambos rostros son iguales y ambos tienen los rasgos de Jesús, el sanador herido. Jesús es tanto sanador como enfermo. Está dispuesto a pasar al otro lado y a asumir el *rol* del enfermo. Lo que nos cura es la capacidad de inversión de *roles* a la cual nos invita Jesús con su ejemplo. No es en primer lugar el sanador poderoso, sino el impotente Salvador crucificado (compárese Kolié 1986).

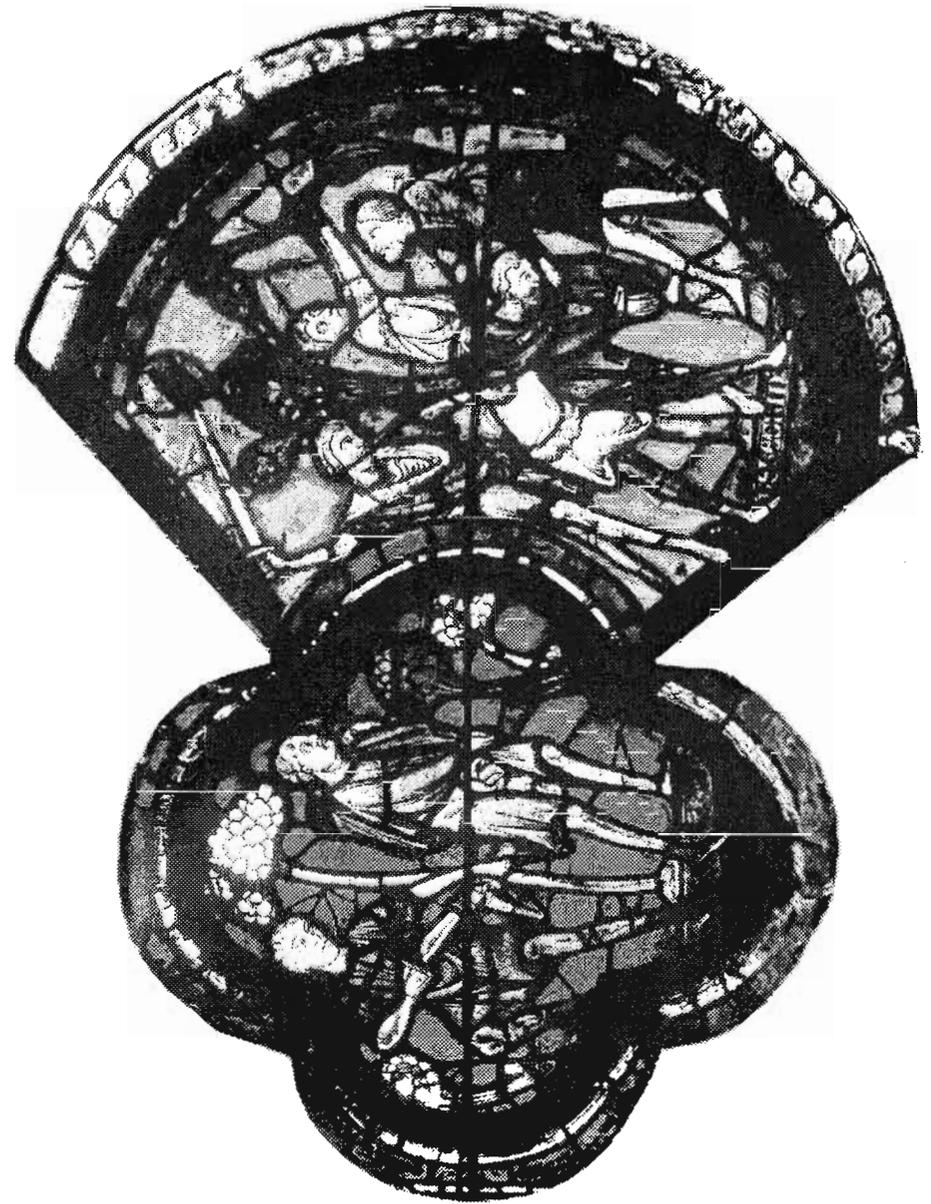


Figura 8: El viajero es derribado por los ladrones (Chartres)



Figura 9: El herido y el sanador

V. La curación:
de la (im-)potencia
de la medicina
a la co-evolución



¡Oh! Qué llagado y cojo estoy,
para andar el camino por mí mismo.
Enfermo de mi propio desasosiego,
tengo que verles sufrientes.
¿Tiene que curarse antes mi herida o la tuya?
Yo tengo que ayudarnos a los dos:
Otra cosa ya no sé.
Así, vengan a mi lecho de sufriente,
sea que esté sano o enfermo.
Tomen de mí, el médico enfermo, la bebida.

(Moreno, citado en Leutz 1974, pág. 145)

La expresión “co-evolución” (Willi 1989) proviene de la terapia de pareja y quiere decir desarrollo en común, formación de un mundo en común, interpersonal. Dos individuos se cuentan, vivencian y escriben una historia. En este libro se trata de la pareja arquetípica enfermo-sanador. Según Jung, la personalidad del médico y el proceso dialéctico-interactivo de la terapia son factores de influencia decisivos que también se pueden comprobar de modo empírico (Keller et al. 1995). En el calor de la transferencia y la contratransferencia se puede fantasear un mundo en común como en una “auténtica” relación entre dos. El hijo “espiritual” que nace de esta relación se llama curación o evolución, individuación. Dado que la transferencia se refiere a este hijo espiritual (Jung, C. O. 16, pár. 461, *Psicología de la transferencia*), el médico y el paciente deben respetar que su “matrimonio” sea simbólico y sólo de naturaleza intelectual y que remita a un afuera respecto de ese mundo fantaseado conjuntamente (Jacoby 1993; Frick y Remmler 1995). La relación médico-paciente se dirige desde un comienzo a la separación y tiende, más allá de sí misma, a un objetivo.

En el presente libro, el proceso de la curación se describe dentro de la relación terapéutica entre dos individuos: el terapeuta y el paciente. En realidad, se trata de una relación entre cuatro, porque se pone en juego el inconsciente de ambos, a lo que nos referiremos en seguida. La utilización de este esquema cuaternario de Jung no implica que me oponga a los grupos terapéuticos ni a los métodos grupales. Espero que la lectura deje en claro que lo dicho también es aplicable a sistemas terapéuticos más complejos.

Sin embargo, lo fundamental es que la cooperación dual se orienta hacia un tercer elemento, hacia un objetivo sin el cual no habría terapia. En Jung, este tercer elemento que existe entre el médico y el paciente está expresado por la paloma simbólica, como lo muestra la siguiente figura:



Figura 10: El rey y la reina descienden a la fuente (de Jung, O. C. 16, *Psicología de la transferencia*)

Esta figura está extraída de una serie de imágenes de la alquimia, que Jung comenta en la *Psicología de la transferencia*. El rey y la reina representan la pareja arquetípica médico-paciente. Se han despojado de sus vestidos (de su respectiva persona-máscara). El agua representa la relación afectiva intensa que existe entre ellos y que llega hasta el inconsciente. Los sentimientos afectuoso-eróticos que pudieran existir entre ambos no tienen como objetivo ni la unión en el acto sexual ni una procreación real, sino un tercer elemento que se encuentra “entre” ellos y viene, al mismo tiempo, desde “arriba”.

Johnen (1994) analizó la categoría terapéutica de la triple naturaleza (triangulación) en vistas de la comprensión conjunta de signos. Junto con los demás miembros del grupo de trabajo constituido alrededor de Marianne Fuchs y Thure Von Uexküll (1994) habla del “en-volvimiento”¹ de las formas tempranas de la percepción y de la comprensión de signos en formas más elevadas, simbólicas, de nuestras relaciones adultas. Por lo tanto, tendremos que contar con que en el diálogo, en el descubrimiento conjunto de símbolos, siempre se aludirá también a niveles elementales anteriores de la percepción de uno mismo y del entorno. Un sistema complejo de signos como la anatomía humana no nos debe hacer olvidar que “debajo” de este sistema existe una anatomía subjetiva, que nuestra comprensión científica no suprime, sino meramente oculta. Para el médico, esto significa un ir y volver permanente entre el sistema de signos de la medicina y el de sus pacientes y, lo que es aun más difícil, la traducción del uno al otro y viceversa. Cuando él mismo está enfermo o herido, como Oliver Sacks, vivencia en su propio cuerpo la tensión que existe entre sistemas de signos “primitivos” y “más desarrollados”. Johnen diferencia, siguiendo a Peirce, tres clases de signos que se basan unos en otros y los relaciona con el desarrollo infantil y con el modo en que este desarrollo se repite en la situación terapéutica:

1. Los signos *icónicos* se basan en la analogía con el objeto: el lactante percibe su osito de peluche como algo blando, suave. Por eso, el osito de peluche como signo puede representar a todos los objetos ligados a una sensación de este tipo. Del mismo modo, la percepción de dolor o de tensión es una sensación corporal que se basa en la analogía. Percibimos muy tempranamente el estado de nuestras articulaciones, la elongación y la contracción de la musculatura de los órganos internos o el estado de nuestra piel. A nivel de nuestro proceso semiótico icónico que transcurre en forma inconsciente no podemos, sin embargo, ubicar estas percepciones en coordenadas espacio-temporales y aun no podemos hablar de ellas. Pero en nosotros, como organismos vivos psico-somáticos, permanentemente se producen este tipo de procesos semióticos que son siempre preverbales.

2. También el signo *indicial* permanece inconsciente hasta que ocurre una perturbación. Este signo se basa en el contexto espacio-temporal y real-

¹ La palabra en alemán es “*Einwicklung*”, que quiere decir envolver pero es también el concepto contrario al de desarrollo, desenvolvimiento (“*Entwicklung*”)

mente percibido del objeto. El bebé nota que le falta algo cuando el osito de peluche no está. En el capítulo III vimos que Oliver Sacks relaciona el cambio en la autopercepción de su cuerpo con la perturbación del esquema corporal, perturbación de la que toma conciencia de modo doloroso y atormentador. A esta segunda categoría pertenece la percepción de una secuencia espacial o temporal que, sin embargo, aún no se puede ubicar en un contexto significativo. Esto se logra en el nivel siguiente, el del signo simbólico.

3. El signo simbólico se basa en una convención y es, por lo tanto, básicamente comunicable. En este nivel, el bebé tiene una imagen interior de su osito de peluche, está en condiciones de buscarlo. La persona que lo cuida reaccionará además frente a sus percepciones corporales (tensión/relajación, deseo/falta de deseo, hambre/saciedad, etc.) dedicándole atención, tomando medidas de cuidado, alimentándolo, etc., de modo que paulatinamente se forma un Sí-mismo corporal diferenciado que se puede expresar parcialmente con palabras. De modo semejante, también los signos de las distintas categorías cumplen un papel entre el médico y el paciente, y son ordenados, nombrados y relacionados por ambos con la percepción psicósomática de sí mismo que tiene el paciente. Los mitos de la enfermedad y de la curación, como el mito causal en su variante científica y pre-científica, son relatos que sirven a la simbolización (ver Frick 1993).

Quien está enfermo busca la curación fuera de sí mismo, en otra persona que pueda curarlo, que escuche la historia propia de la enfermedad y ayude a ordenar signos desconcertantes. Entre ambos existe un desnivel: cuando estoy enfermo, me siento débil, necesitado de ayuda, herido, sufriente, y me imagino al otro sano, fuerte, dispuesto a ayudar y, ante todo, capaz de ayudar. Por lo tanto, los recursos de la curación están repartidos en forma desigual: como *paciente* soy impotente y estoy desvalido, entregado a la enfermedad, mientras que el médico (o terapeuta, enfermero/a, etc.) posee el poder y los medios para curar. Efectivamente la salud se concibe a menudo como una mercancía que se transfiere en el negocio del servicio de la salud: como paciente soy un pobre diablo. No he perdido solamente la salud, sino que también me faltan el saber, los métodos de curación y los remedios de los que disponen los especialistas sanos.

Ésta es, aproximadamente, nuestra representación consciente de la curación. Una forma de describir el proceso de la curación consiste en

definirla como la transferencia del valioso bien "salud" dentro del negocio profesional de la medicina.

Yo elegí hacerlo de otro modo.

EL ARQUETIPO DE LA CURACIÓN

En un sistema de salud que tiene por meta la efectividad, los pacientes técnicamente atendidos a la perfección no son, sin embargo, clientes satisfechos. Para lo que llamamos "satisfacción", el cuidado técnicamente impecable (por supuesto deseable) es, en todo caso, una condición necesaria pero, de ningún modo, una condición suficiente. Por un lado, el médico como traductor entre diversos sistemas de signos debe prestar atención a la realidad individual del paciente. Por el otro, la curación no es en absoluto lo mismo que la satisfacción. El camino hacia la sanación y la propia evolución probablemente transite la decepción, la insatisfacción, el aumento del sufrimiento. Éste es el caso, por regla general, que se da en el tratamiento psicoanalítico. Por eso es mejor desaconsejar el psicoanálisis a aquellos individuos que deseen ante todo la desaparición de los síntomas. Dentro de la tarea psicoanalítica, la "satisfacción" puede llegar a significar incluso que el médico y el paciente evadan juntos la realidad psíquica, física o social. Pero ¿qué es lo que sabe el psicoanálisis acerca de la enfermedad y de la curación? Quisiera explicar la constelación inicial, el proceso y el resultado del drama de la curación, sobre la base del sencillo esquema que sigue, y que se apoya en el cuaternio matrimonial de Jung.

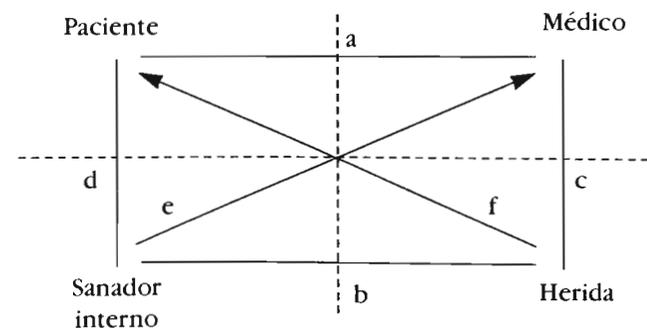


Figura 11: Elementos que se interrelacionan en el arquetipo de la curación (según Groesbeck 1975)

La relación Yo-Tú consciente que existe entre dos personas (a) puede ser libremente configurada por ambas. Sin embargo, el descubrimiento del inconsciente que le debemos a Sigmund Freud nos muestra que ésta es sólo una parte de la realidad interpersonal. En nuestro caso, uno es "paciente", el otro "médico" (o perteneciente a otra profesión terapéutica). Ambos están determinados por su inconsciente personal y por la inconciencia común que los une (b), que Jacob Moreno denomina "co-inconsciente". Se demostrará que la parte esencial del proceso de curación se desarrolla en este ámbito que escapa totalmente a nuestro acceso crítico. El paciente siempre desea *más* que una ayuda sintomática. En su relación con el hospital y con el médico vivencia el anhelo de curación y de totalidad. Para el paciente, el médico no es sólo el portador concreto de la idoneidad profesional, sino *el sanador* en quien pone sus esperanzas. He sentido esta gran expectativa que se despierta al consultar un médico, un terapeuta, un sanador cuando, una vez recibido, tuve por primera vez pacientes "propios" de los que era responsable en el marco de mi servicio. No había aprendido nada más que lo adquirido a lo largo del año de prácticas pero, ya el primer día, sentí las expectativas subliminales de curación, aunque la magnitud de esas expectativas variaba mucho de paciente a paciente.

Esto no quiere decir que debamos menospreciar el contrato consciente de tratamiento. Una de las partes viene para sacarse de encima sus síntomas de enfermedad (físicos o psíquicos) y para poder desenvolverse mejor, en líneas generales, consigo mismo y con su entorno, mientras el otro ofrece un servicio especializado. En este nivel, Jesús le pregunta al ciego Bartimeo (Marcos 10, 51): "¿Qué quieres que te haga?" Jesús tiene en cuenta el deseo consciente de curación, aunque el pedido mismo se modificará a lo largo de la relación de curación.

Los aspectos inconscientes de la profesión médica se ponen de manifiesto en forma práctica y concreta en los grupos Balint. En estos grupos de intercambio de experiencias centrados en los pacientes, los médicos pueden hablar acerca de su relación con un paciente. Siempre es sumamente interesante vivenciar cómo se constela el inconsciente del relator en el grupo Balint cuando, a través de las reacciones de sus colegas, se entera de aspectos de su trabajo que habían estado prácticamente en la sombra hasta ese momento. Sólo entonces se hace posible remover las

propias proyecciones sobre el paciente (f), por ejemplo la percepción del paciente como destructivo, con tendencia al suicidio o no cooperador, sin tener en cuenta los propios aspectos correspondientes. Se trata de una proyección específica que podemos calificar de arquetípica: actuó en el marco de mi posición dentro del arquetipo de la curación. Mientras no asuma el aspecto inconsciente de mi *rol* de médico, lo proyectaré hacia el paciente. Es una contratransferencia en la medida en que interactúo con las proyecciones transferenciales arquetípicas de mi paciente. Si entiendo mejor esta contratransferencia, también el paciente podrá remover su transferencia puesta en mí y liberar su propio sanador interno.

Se le debe exigir al médico que haya entrado en contacto con su propia profundidad, que no haya estudiado sólo teorías, sino que sienta heridas y dolores propios (línea c en la fig. 11). De lo contrario, se corre el riesgo de que se vuelva un gurú o un sanador omnipotente, dificultando las posibilidades de evolución y bloqueando el "sanador interno" del paciente. Por eso, la formación psicoanalítica comprende un análisis personal (de aprendizaje), requisito que C. G. Jung postuló ya en los comienzos del movimiento psicoanalítico. Pero el análisis de aprendizaje no puede ir unido a la pretensión de producir un analista ideal. Este tipo de exigencias de ciertos institutos psicoanalíticos no hace más que prolongar el Yo-Ideal de los padres, en lugar de enseñar a manejar en forma medianamente sana las propias debilidades, también en la relación con el analista en formación (Schmidbauer, 1977).

El principio de la propia experiencia no se limita en absoluto al psicoanálisis. En toda formación psicoterapéutica seria, y en todas las áreas en que se trabaje con otros seres humanos, se necesita este primer paso decisivo. Por eso, en la carrera de medicina la revisión física se aprende, en primer término, en el propio cuerpo. Schüffel y Johnen (compárese Uexküll et al. 1994) intentan transmitir conceptos de anatomía subjetiva a los estudiantes de medicina mediante una combinación de la teoría y de la propia experiencia. Sin embargo, tanto el análisis de aprendizaje como otros tipos de experiencia propia se podrían malentender como instrumentalización del inconsciente, como un nuevo intento de la medicina de "someter lo viviente al imperio de la explicación" (Heidegger 1989). Pero el aporte del psicoanálisis (si es que es de alguna importancia para la medicina) consiste en la *pasión del no saber* (Beirnaert

1989), es decir, en la aceptación de nuestra impotencia frente a los procesos inconscientes. Tal vez esta herida en el terreno del saber sea justamente la herida decisiva, de la que todo depende.

¿En qué consiste pues, concretamente, el proceso terapéutico? El médico y el paciente forman una pareja arquetípica. Cada uno lleva en sí ambos polos del arquetipo sanador-paciente: El enfermo *también* es médico, depende de su sanador interno que desea, o tal vez aún no desea, la curación; el médico también es enfermo, en cuanto está herido, es impotente y sólo puede servir a su paciente a partir de esa debilidad. Por lo general, al comienzo de toda terapia se produce una doble *escisión del arquetipo* (línea punteada en la figura 11): El enfermo *sólo* es un paciente que confía totalmente en los médicos, las enfermeras o el hospital, de los que espera pasivamente la curación. Simultáneamente, el sanador *sólo* es un médico sin heridas que se dirige como persona sana a un prójimo enfermo. Esta escisión interhumana (inter-personal) del arquetipo se opone a la curación, a la movilización del sanador interno. Como en un “subibaja”, el médico está sentado “abajo” con su capacidad de curar, mientras que el paciente, liviano como una pluma, “está colgado en el aire”. Nuestro poder médico y nuestra capacidad sólo superan en apariencia la escisión interpersonal. Sin duda, a menudo necesitamos superar dicha escisión mediante el poder, por ejemplo, utilizando un antibiótico contra una neumonía severa, un psicofármaco “muy potente” en una crisis psicótica o una prótesis de cadera en el caso de una fractura de cuello de fémur. Sería torpe negar estos aspectos útiles del poder de la medicina. Sin embargo, no son ellos los que logran la curación. Ésta sólo se da cuando el enfermo se levanta de nuevo y abandona el consultorio o el hospital por sus propios medios. Quien realiza un trabajo terapéutico sabe que una atención profesional impecable nunca es suficiente. Desde el punto de vista arquetípico, dependemos de la cooperación del *sanador interno*. En otras palabras: cuando intentamos “movilizar” a un paciente postrado, primero debemos invitar a su inconsciente a cooperar.

La segunda escisión (a la que alude la línea punteada horizontal en la figura 11) es intrapersonal, y significa que todo individuo está aislado de su propio inconsciente. Esto quiere decir que el paciente no siente el propio aspecto sanador y el médico no siente el propio aspecto de la herida. El paciente sólo se puede desarrollar sin ser forzado si el médico

acepta su *herida* en forma consciente. Se trata de la libre asunción del *rol* de chivo expiatorio en relación con una pretensión mesiánica. Ambas cosas juntas superan tanto la posesión por el complejo de chivo expiatorio como una identificación inflacionaria con el complejo del salvador (Perera 1986).

“Jesucristo es, pues, herido y carga con los pecados de los hombres. Él mismo sufre el pecado y la muerte. Sana al mundo del pecado y de la muerte, pero él mismo carga con todo pecado y debe morir en la cruz. Y Jesucristo no tiene poder de ningún tipo. Siempre se negó a utilizar el poder. Sólo su Padre, Dios, es reconocido como poderoso. Es así el ‘sanador herido’ en el sentido más alto. A través de la crucifixión, Cristo sanó al mundo del pecado y de la muerte, asumiendo ambos sin eludirlos ni distanciarse. En comparación con Cristo, el médico es sólo un pequeño enano que se arroja a la lucha entre la vida y la muerte, entre la enfermedad y la salud” (Guggenbühl-Craig 1971, pág. 69).

EL MÉDICO ENTRE *PERSONA-MÁSCARA* Y *SOMBRA*

“El médico sólo actúa donde él mismo está afectado. Sólo el herido cura. Pero allí donde el médico tiene una coraza formada por su persona-máscara, no actúa” (Jung 1962a, pág. 139). Para nuestra conciencia cotidiana, el médico es un ser sano que lucha contra la enfermedad con las reglas y con los recursos de su arte. Esto constituye su *persona-máscara*, su personalidad social, el *rol* y la máscara de su profesión. Ya cuando nos ponemos el guardapolvo blanco en nuestro carácter de estudiantes de medicina, de enfermería o de practicantes, nos identificamos con la persona-máscara del médico. Esta identificación se puede volver inflacionaria hasta llegar al semidiós de blanco y al narcisismo patológico del sanador milagroso secularizado. Mi relación con la persona-máscara sería, en cambio, deflacionaria, si me sintiera permanentemente sobreexigido y mal en mi *rol* como médico. En tal caso, tendría una persona-máscara que no me sienta bien.

Donde hay luz, también hay mucha sombra. En nuestro contexto, la *luz* es la persona-máscara; la *sombra*, en sentido junguiano, representa

la suma de las posibilidades no vividas que, en su mayoría, son inconscientes para mí mismo, que nunca puedo sacarme de encima, pero con las cuales puedo y debo estar en armonía. Mientras que en los sueños la persona-máscara suele estar simbolizada por la ropa, la sombra está personificada a menudo por un desconocido del mismo sexo que la persona que sueña. Las sombras oscuras son mis características negativas no deseadas, que gusto de proyectar sobre alguien de mi entorno para poder combatir las o "tratarlas terapéuticamente" en los demás. Las sombras claras son posibilidades que no he escogido, pero que podría haber llegado a escoger, y por las que envidio a otros. La evolución psíquica requiere que acepte la sombra, no que me la saque de encima. Las personas que padecen del síndrome de la ayuda evitan el contacto con su sombra (por ejemplo, con el "bebé interior abandonado, necesitado y hambriento"), escondiéndolo tras una persona-máscara profesional y fuerte. Según Wolfgang Schmidbauer (1977), esta fachada está basada en la estima narcisista: ¡No necesito nada; doy! En las relaciones se evita la reciprocidad total, y el hábito de ayudar sirve para reprimir este deseo de evitar la reciprocidad.

"Carl, un psiquiatra de 68 años, se fractura un pie y sufre un infarto grave en el transcurso de pocas semanas. En el límite entre la vida y la muerte, tiene visiones en las que se entremezclan acontecimientos autobiográficos, la mitología hindú y la Grecia clásica. Mira la Tierra desde el espacio. Desde Europa se eleva la imagen del médico que lo trata, enmarcado por una cadena dorada y por una corona, también dorada, de laureles, en la forma primitiva de Basilio de Kos, la tierra natal de Hipócrates. Más adelante, cuando el paciente se ha mejorado, siente dos cosas: una especie de resistencia contra el médico que lo trajo nuevamente a la vida, y la preocupación de que a éste le pueda pasar algo.

¡Dios mío, debe tener cuidado, no puede ser tan confiado! ¡Quisiera hablar con él sobre el particular para que haga algo para sí! Yo tenía la firme convicción de que estaba amenazado porque se me había aparecido en su forma primitiva. De hecho, fui su último paciente. El 4 de abril de 1944 —todavía recuerdo con toda exactitud la fecha— me pude sentar por primera vez en el borde de la cama y ese día él se acostó en la cama y ya no se levantó. Percibí que tenía ataques de fiebre de vez en cuando. Poco después murió de septicemia. Era un buen médico y tenía algo genial. De lo contrario,

tampoco se me habría aparecido como príncipe de Kos" (Jung 1962a, pág. 299 y ss.).

Quien habla en este fragmento no es sino C. G. Jung. Su curación y la enfermedad fatal que le sigue de inmediato pueden parecer, a primera vista, una curiosa casualidad, un capricho del destino. Jung mismo dispone, sin duda, de capacidades chamánicas y, al igual que Sigmund Freud, aprendió más de su propia enfermedad creativa (Downton, 1989, Ellenberger 1985, Groesbeck 1989) que de reflexiones teóricas. Como en el caso de los chamanes de las culturas denominadas primitivas que describe Eliade (1951), también el terapeuta con formación científica trata de conservar sanas islas del Yo en su viaje iniciático a la propia herida, y de no quemarse en el fuego de la identificación arquetípica sino, por el contrario, de regresar a la realidad cotidiana.

Ya sea como médicos o como entusiastas de la medicina, corremos el riesgo de identificarnos con figuras arquetípicas como el gurú, el chamán o el sanador omnipotente, dañándonos no sólo a nosotros mismos, sino bloqueando además las posibilidades de evolución y el "sanador interno" del paciente. En las culturas primitivas, los chamanes cumplen la función de corporizar una representación típica ideal de las normas e ideales sociales mediante escenarios míticos. De este modo, el ayudante se convierte en "mediador entre el ideal cultural y la incapacidad humana-individual de alcanzarlo totalmente por sus propios medios" (Schmidbauer 1977, pág. 38). También en nuestra cultura desarrollada, las profesiones terapéuticas se enfrentan con la expectativa de curar al individuo, impotente en su enfermedad, mediante la atribución de significados mágicos o míticos y acciones simbólicas, garantizando la continuidad de un sistema de símbolos que va más allá de una breve vida individual y pone a disposición un modelo de interpretación para el dominio de la enfermedad, de la salud y de la muerte individuales (Schmidbauer 1977, pág. 41).

La tentación chamanística de la profesión médica, es decir, la tendencia a fundirse en forma inflacionaria con las expectativas de este tipo, es más que una falta de modestia personal que, lógicamente, existe tanto en la medicina como en otras profesiones. Pero en este aspecto no me interesa moralizar, sino plantear preguntas mucho más decisivas: ¿He entrado en contacto con mi propia profundidad durante mi formación y en el

ejercicio de mi profesión?, ¿aprendí sólo teorías, o siento heridas y dolores propios?, ¿qué relación tengo con los aspectos de la sombra de mi profesión, a saber, con el fracaso, el error, el desacierto, la charlatanería, la propia enfermedad, aspectos que no sólo les pueden suceder a los demás sino que son posibilidades propias originarias, aunque no estén dadas en el presente?

Un ominoso hermano sombrío de la profesión médica, un competidor destructivo pero serio que existió durante siglos, es el verdugo. En el verdugo nos encontramos con la macabra sombra arquetípica del médico, con la personificación extrema que, lamentablemente, sigue en vigencia, de aquello que Schmidbauer (1977) ha elaborado como “la agresividad indirecta frente a quienes necesitan ayuda”. Los verdugos se desempeñaban como farmacéuticos o médicos, y hubo épocas en que llevaron la serpiente de Asclepio en su escudo. Fueron los primeros que tuvieron que revisar y atender a las víctimas de torturas, destructores y sanadores en la misma persona. Del patíbulo partían fuerzas sanadoras y dañinas, “*at the one hand a propitious, specially medical healing effect, on the other hand a dangerous and sinister power*” (Ström 1942, citado en Herzog 1995).

En el año 1578, el Concejo de Nuremberg le permitió a su verdugo “disecionar, a pedido, el cuerpo decapitado, y tomar todo aquello que fuera útil para su medicina”. Los médicos de Nuremberg y de otros lugares aún esperaban la autorización oficial para ejercer la anatomía, mientras que sus colegas los verdugos ya habían obtenido tal permiso. Hasta comienzos del siglo XIX, la medicina paralela de los verdugos constituyó una seria competencia para los médicos; Federico I de Prusia, por ejemplo, nombró al verdugo Coblentz su ‘medicus’ personal y de la Corte. Cuando en 1744 los cirujanos de Berlín se quejaron por el permiso a los verdugos para ejercer la medicina, Federico el Grande les contestó que no se les había concedido el permiso a todos, sino “sólo a aquellos que se consideraban hábiles en el arte de curar y que, por lo demás, si los médicos fueran tan hábiles nadie elegiría hacerse atender por un verdugo, pero que si había ignorantes entre ellos tenían que tolerar que alguien prefiriera dejarse ayudar por un verdugo a quedar discapacitado por hacerles el favor a ellos. Si todos los médicos se ocuparan entonces de adquirir la idoneidad debida, las curaciones por parte de verdugos desapa-

recerían por sí mismas sin necesidad de prohibiciones” (resumido de una cita de Dau 1963).

El patíbulo atraía a los curiosos y a aquellos que querían llevarse algo de la sangre del ahorcado o elaborar remedios populares con la “carne del canalla”.

Lamentablemente, el verdugo como hermano arquetípico en sombras del médico no pertenece sólo al pasado. Los médicos no sólo son víctimas de violaciones a los derechos humanos, sino también ayudantes de una “*Medicina traicionada*” (British Medical Association 1992). Una encuesta a víctimas de torturas arrojó como resultado que, en un 50 % de los casos de tortura, había participado personal médico. Esta asistencia perversa consiste en participación activa:

- Desarrollo científico de métodos de tortura y asesinato.
- Suministro de citostáticos de talio, infección con el virus del HIV sida.
- Constatación de la capacidad de tortura (“*fit for flogging*”).
- Revisación para saber si el paciente simula o si su estado de salud es verdaderamente serio (“*faking or breaking*”).
- Tratamiento secreto o encubrimiento de las consecuencias de la tortura, expedición de certificados falsos (“*mending or hiding*”).

O en participación pasiva:

- Omisión de intervenciones médicas.
- Información falsa como tortura psicológica, (por ej., que determinados órganos están destruidos o que la víctima padece de una enfermedad incurable).
- Legitimación de la tortura.
- Aporte al funcionamiento aceitado de la maquinaria (Vesti 1995).

Más allá de la sombra personal, incluso el joven médico se sumerge en la sombra colectiva de la profesión médica, ya que el hecho de que psiquiatras alemanes hayan participado en el asesinato de pacientes, que se encubría mediante una ideología cínica de la humanización y optimiza-

ción de los métodos de tratamiento psiquiátrico, es una hipoteca histórica aún irresuelta. El escrito informal secreto de Hitler en el cual se les declaraba la guerra *interior* a los discapacitados, los enfermos psiquiátricos y los enfermos incurables, fue fechado el 1/9/1939: "Al Reichsleiter Bouhler y al Dr. med. Brandt se les encomienda bajo su responsabilidad ampliar las facultades de determinados médicos a designar, para que se les pueda conceder la eutanasia a enfermos incurables luego de evaluar el estado de su enfermedad" (citado según Aly 1989, pág. 14). Los programas centrales de eutanasia de grandes magnitudes, que se llevaron a cabo en un principio (aprox. 70.273 muertos en los años 1940/41) fueron reemplazados luego por la "*Hungerkost*" (alimentación de hambre), no sólo debido a la oposición política y de la Iglesia, sino también por motivos "de organización".

A partir de 1944, se prosiguió con el asesinato de enfermos mediante el suministro de medicamentos para tal fin. La identificación con el polo destructivo del arquetipo de la curación llegó tan lejos que, después de su inicial encubrimiento, se llegó a promocionar la "humanidad" de la "eutanasia" en películas, en publicaciones científicas y en decretos estatales. Para manejar esta sombra vale lo que escribió Erich Neumann (1948) después de la Segunda Guerra Mundial respecto de la elaboración del nacionalsocialismo en su totalidad: Proyectar el mal indescriptible pero, de ese modo, también la *propia* sombra sobre otros, en este caso sobre nuestros antepasados médicos, sería aun una expresión de la antigua ética. La sombra colectiva nos acompaña en el presente: los abusos de la medicina fascista, la exterminación de los judíos, los años de dictadura en la Argentina y en otros países latinoamericanos. A veces la encontraremos, a veces querremos deshacernos de ella, a veces yo (en cuanto médico alemán) seré la corporización de esta sombra, por ej., en los ojos de una persona judía exilada de la segunda o tercera generación. Como lo muestran bien los grupos de encuentro entre descendientes de víctimas y de verdugos de campos de concentración: asumir aquella sombra colectiva no puede "purificar" el pasado ni mucho menos. Sin embargo, ayuda a ambas partes a vivir en el presente y a fundar la ética universal del mundo de hoy.

Más allá de la sombra personal y colectiva (de un pueblo, de una profesión, de un grupo) participamos de la sombra arquetípica, que Toni Wolff (1959, pág. 154) describió de la siguiente manera: "Es todo aquello

que también es el hombre cuando no es humano sino mera bestia humana. Yo como persona en mí *ser-así* no lo soy, pero yo como hombre en sí también lo soy".

Lo terrible, bestial, destructivo del arquetipo de la curación también es parte de nuestra actividad terapéutica cuando tomamos conciencia de las sombras del pasado y nos formamos un juicio claro, es decir, nos distanciamos de la instrumentalización de la medicina mediante ideologías sociales darwinistas y cortamos el mal de raíz. Pues, cuando la sombra destructiva del sanador ya no necesita ser proyectada, podemos aceptar los aspectos ajenos de nuestros pacientes que la ideología de la eutanasia nunca toleró, tampoco antes de la época del nacionalsocialismo: la discapacidad, la incurabilidad, la extrañeza.

Lamentablemente, no alcanza con aborrecer la antigua ética ("nunca más algo como el nazismo"). Las sombras nuevas y antiguas se abren paso más allá de nuestras categorías morales y en múltiples racionalizaciones éticas, que no podemos detenernos a describir aquí. La proyección arquetípica de la invalidez (Guggenbühl-Craig 1990), junto con una indiferencia pseudoliberal frente a la autodestrucción humana, impide la "desintoxicación" terapéutica de la debilidad y de la destructividad humanas.

En nuestra imagen terapéutica de nosotros mismos, probablemente nos guardaremos bien de acercarnos a los tiranos nacionalsocialistas y a sus esbirros médicos. Esta indignación es el intento del Yo consciente por mantener alejada la sombra arquetípica. Sabemos que la guillotina debe su nombre a su creador, el médico Joseph-Ignace Guillotin, y tenemos conocimiento de la tradición médica de los verdugos en la historia de la medicina. Pero, sin embargo, la sombra destructiva de la curación nos sigue siendo ajena, siniestra. Los ideólogos del nazismo se identificaban con esta terrible sombra destructiva del arquetipo de la curación, por cuanto utilizaban la palabra "*Heil*" (salud, salvación) en una magnitud inflacionaria, y la convirtieron en símbolo de la ideología de derecha como "saludo hitleriano". La perversión fascista ha provocado *heridas* en el lenguaje que no se *curan* mediante la comprensible represión, sino solamente mediante nuestra disposición personal y colectiva a enfrentar la antigua sombra. A diferencia del mal-relativo personal que podemos asimilar en el marco de la toma de conciencia, "enfrentar el mal-absoluto", la sombra

arquétipica, implica una experiencia poco frecuente y estremecedora (Jung O. C. 9/II, p. 19). En nuestra realidad profesional y cotidiana, el peligro no reside tanto en una identificación consciente con la sombra destructiva de la curación porque, obviamente, repudiamos, por ejemplo, la participación médica en la tortura. Más bien corremos el riesgo de proyectar la sombra destructiva en otros a partir de nuestra indignación moral. Sólo si se logra remover esta proyección de la sombra se puede tomar conciencia del polo destructivo inevitable del arquetipo de la curación. Esto lógicamente no quiere decir que los modos de comportamiento curativos y los destructivos se encuentren éticamente al mismo nivel. Se trata más bien de lograr el reconocimiento, difícil y nunca absoluto, del hecho psíquico de que mi sombra me pertenece, de que *también soy eso*. Junto con nuestra postura consciente (constructiva, curativa, a favor de la vida), con todo aquello que quisiéramos ser en nuestra representación ideal, el polo destructivo forma parte del espectro del drama de la curación.

SÓLO EL MÉDICO *HIRIENTE* CURA

En la tapa del presente libro se reproduce un espejo etrusco (Gerhard 1843, Zimmer 1995). En él vemos al rey Télefo que, igual que Oliver Sacks, tiene una herida en el muslo, y utiliza un banquito para apoyar su pie. La herida fue ocasionada por la lanza de Aquiles. Télefo es el rey mítico de Misia. Su nombre significa "el que ilumina a lo lejos", en referencia a su descendencia divina. Está relacionado de diversas maneras con el mito de la curación. Su hijo, que lleva el nombre del reino de los muertos, Eurípilo "el con la amplia puerta", mató al hijo de Asclepio Macaón, el primer cirujano. (El segundo hijo "internista" de Asclepio, Podalirio, curaba las enfermedades "invisibles".) Los griegos devastaron Misia suponiendo erróneamente que se trataba de Troya. Tras este conflicto se oculta probablemente el conflicto histórico entre los aqueos y la población primitiva de Asia Menor.

En la batalla en defensa de Misia, Télefo hirió con la flecha a Patroclo en el brazo. Aquiles aplicó con éxito el arte de la medicina en la que lo había introducido Quirón. (El centauro Quirón, mitad caballo, mitad hom-

bre, está herido en la rodilla, en la mitad animal de su cuerpo. Él, que tiene habilidades sanadoras, no puede curarse de esta herida e, incluso, ni siquiera puede morir.) Télefo tropezó con una vid. Cuenta la leyenda que Dionisio había hecho brotar dicha vid en mitad del campo de batalla. El dios estaba disgustado porque no había sido venerado lo suficiente.

Por eso, Aquiles pudo, con la lanza, herir en el muslo al fuerte héroe Télefo. La lanza también le pertenece a Quirón, el centauro, y para esta lanza también vale el oráculo que pide Télefo cuando su herida quirónica no se quiere curar: *Ho trōsas iásetai - Quien provocó la herida, curará*. Disfrazado de mendigo, Télefo parte hacia Argos. Allí, los griegos se han reunido en el palacio de Agamenón luego del intento fallido de encontrar Troya. Aquiles se declara dispuesto a curar la herida raspando el óxido de la lanza si, como contrapartida, Télefo les indica el camino a Troya. Nuestra reproducción muestra la escena de la curación: los antiguos enemigos, Télefo herido en el muslo derecho y Aquiles sanador, llevan la misma pulsera en la parte superior del brazo izquierdo. Apoyado en su cetro, Agamenón, el dueño de casa, presencia cómo Aquiles raspa con un cuchillo curvo, con forma de hoz, que recuerda un cepillo de baño, el óxido de su lanza, aquel símbolo de la imperfección y de la carencia "sin el cual no se puede avanzar ni ascender" (Jung, O. C. 12, p. 208, *Psicología y alquimia*). El proceso psicoanalítico no elimina lo expresado por el óxido, sino que incluso lo provoca para posibilitar el desarrollo. *Quien provocó la herida, curará*: este oráculo acerca de la lanza milagrosa que hiere y cura, era un antiguo dicho popular con múltiples aplicaciones en el ámbito intelectual y erótico. Conocemos la herida de amor que nos provoca Cupido con su flecha porque está presente en algunas caricaturas de la actualidad, donde nos reencontramos con éste y con otros arquetipos en forma trivializada.

El motivo de la lanza que sana y hiere reaparece en el contexto medieval en la Leyenda del Santo Grial. El rey de los pescadores también padece de una herida "quirónica" que, según la leyenda, se atribuye a dos acontecimientos: En la niñez, el rey de los pescadores habría querido comer de un salmón frito y se habría quemado los dedos al agarrarlo. Al chuparse los dedos habría conservado el sabor del salmón en la boca. Johnson (1974) interpreta esto como un contacto (demasiado) temprano con el pescado de Cristo como símbolo del Sí-mismo. La segunda herida está

ubicada en la zona de la cadera y, según algunas versiones, más precisamente en la zona de los genitales. También esta herida se origina, según una antigua tradición, por el contacto con lo divino: Jacob, por ejemplo, es herido en la cadera en el vado de Yabboq, por haber luchado contra una figura demoníaco-numinosa (Génesis 32, 23-33). Por lo tanto, la masculinidad y la capacidad de procreación del rey de los pescadores está herida. Según la versión de Cristián de Troyes, durante una gran fiesta en el castillo del Santo Grial, un hombre joven lleva una lanza impregnada en sangre, y una joven mujer un grial, la copa sagrada. Parsifal omite hacer la pregunta salvadora. (¿Para qué sirven el grial y la lanza sangrante?) Se le reprocha que, al no obviar esta pregunta, hubiera podido curar al rey de los pescadores. La versión cristianizada de Wolfram von Eschenbach relaciona esta lanza con aquella otra que atravesó el costado de Jesús crucificado. Esta lanza, se dice, hubiera paliado el sufrimiento del rey de los pescadores, de haberla colocado en su herida: *un mal le ayudaba a otro mal, era la roja lanza sangrienta* (Parsifal IX, 9711)

También Télefo es un héroe herido y su herida también se encuentra cerca de los genitales, que sólo están semicubiertos por una prenda que cubre la otra pierna. De este modo, los símbolos de la fuerza masculina (lanza, escudo de Aquiles) y de la debilidad que representa la herida están muy cercanos en nuestro espejo. Lo que dice Plutarco (*De audiendo* 47 A, en relación con el drama de Télefo de Eurípides) acerca de la filosofía, también es válido para la psicoterapia: "La palabra hiriente cura." Goethe, (*Torquato Tasso* IV 4) en alemán le dio forma a esta idea:

Háblannos los poetas de una lanza
que tenía la virtud de curar la herida
que ella misma hiciera con sólo tocarla
luego suave y amorosamente.
Pues esa misma virtud tiene la humana lengua,
y no he de oponerle yo una resistencia odiosa.

(Trad. de Rafael Cansinos Asséns extraída de, Goethe, J.W., "O. C., Tomo IV", Aguilar, México, 1991.)

El hecho de que sea inevitable que el terapeuta le provoque heridas al paciente no le da libertad de acción para tener una conducta inadecuada. Pero el dicho nos puede recordar que, a pesar de nuestra falta de empatía, curamos en forma misteriosa justamente mediante nuestra debilidad; nos recuerda que nuestra lengua hiere y cura. En cuanto nuestros pacientes reviven su herida, tal vez sus traumas acumulados en el ámbito protegido de la terapia, los herimos por segunda vez. El 6/3/1932, Ferenczi escribe en su diario bajo el título de "Mutualidad":

"En el análisis, por lo tanto, debe surgir el sentimiento de estar totalmente solo, de depender-totalmente-de-uno-mismo, de la desesperación al perder la ayuda del último salvavidas (análisis, bondad del analista), para vivenciar, esta vez por la vía de la analogía, el dolor verdadero. Sí, el dolor presente, justamente debido a su actualidad, debe provocar un desagrado mayor incluso que el que genera el recuerdo del dolor pasado. Por lo tanto, huida de la desesperación actual hacia la situación traumática relativamente más soportable (recuerdo). Para soportar este desagrado se debe activar, por lo tanto, un desagrado aún mayor en el presente. Como acto final después de la "catarsis profunda" me imagino (...) un período de reconciliación y, finalmente, la despedida, con el sentimiento de haber sido redimido de la fijación traumática, es decir de las emociones de naturaleza compulsiva respecto del amar y del odiar."

Esperamos que en el aquí y ahora del drama terapéutico se constele la "verdadera segunda vez" (Moreno) sanadora. *Quien provocó la herida, curará*: en el núcleo del mito de Télefo se encuentra la creencia mágica en el vínculo indisoluble que relaciona al autor con sus hechos (Vonesen 1980). Esta frase es válida para las heridas "iatrogénicas" de las que tenemos conciencia. En el psicoanálisis, se puede tratar de las interpretaciones que "disparamos" como flechas agresivas sobre el paciente (Plaut, citado en Sedgwick 1994). Entre los requisitos principales de la profesión psicoanalítica no sólo se encuentra la facultad de la empatía sino también la capacidad de provocarle dolor al otro. Del mismo modo que el silencio prescindente, la interpretación y la exigencia de un honorario, esta capacidad se basa, en última instancia, en el odio del médico hacia su paciente. Pues, en la medida en que el analista debe estar en condiciones de amar a su paciente (dentro de ciertos límites), también debe estar en

condiciones de odiarlo (también dentro de ciertos límites, compárese Greenson 1966). En la cirugía se tratará probablemente de las heridas provocadas con el bisturí, a las que alude una antigua inscripción sobre la entrada de la Clínica Universitaria de Gießen: *Vulnerando sanamus*. Somos conscientes de este tipo de heridas *iatrogénicas*, que se ubican en la línea “a” de la figura 11.

Pero para nuestro principio consciente de no hacer daño, que proviene de la deontología médica, la sombra hiriente inconsciente del médico es más importante y resulta a la vez más chocante que las heridas provocadas conscientemente. Este principio de no hacer daño, *nil nocere*, surge del conocimiento profundo de la polaridad del arquetipo de la curación que contiene justamente también un lado “carnicero”, oscuro, destructivo (Bertram 1968). Porque, quizás, todavía podamos compatibilizar aquellas heridas inevitables que le causamos al paciente con su acuerdo y para su beneficio con el principio de no hacer daño. En tal caso no podemos más que aceptar que, por ejemplo, un paciente oncológico se decida en contra de la quimioterapia que se le sugiere, y que sería un x% dañina y un y% beneficiosa para él. Pero se vuelve más difícil enfrentarnos con nuestra propia sombra destructiva, cuando la forma de ver arquetípica nos pone frente al espejo de nuestro propio inconsciente.

Nuestra reproducción etrusca de Télefo es un espejo de este tipo. Muestra herida y curación, guerra y reconciliación, enemistad y alianza terapéutica en una sola imagen. El motivo de Télefo es mucho más que una curiosidad de épocas míticas. Es, de modo semejante al símbolo de la serpiente, la reliquia de un pensamiento causal “homeopático” antiguo y tempranamente reprimido. Los griegos sabían que los dioses pueden herir, matar y curar, del mismo modo en que lo expresa el profeta Oseas: “Él ha herido, y él nos vendará” (6, 1). El Antiguo Testamento, la Biblia de Israel y de los cristianos, le atribuye el mal y las desgracias a su Dios de modo más natural que el Nuevo Testamento (Gross y Kuschel 1992). *Pues él es el que hiere y el que vendará la herida, el que llaga y luego cura con su mano*. El hecho de que este verso pertenezca al primer discurso de Elifaz de Temán, uno de los amigos moralizantes de Job (5, 18; compárese Deuteronomio 32, 39), invita, sin embargo, a reflexionar. De hecho, existe el peligro de abusar de esta formulación de modo no bíblico, ideológico y religioso para disuadir al Job sufriente de nuestros días de su queja y de su desesperación de Dios.

Los médicos estamos incluidos en forma misteriosa en la polaridad del herir y del curar, como ésta se expresa en el símbolo de la serpiente. Nunca podemos adjudicar totalmente la traumatización ni la destructividad a circunstancias externas ni proyectarlas sobre el paciente y su enfermedad. Nosotros mismos cortamos, intervenimos, estresamos y dañamos, provocamos náuseas, caída del cabello, dolores y múltiples enfermedades iatrogénicas. Es cierto que lo hacemos *para curar* o, por lo menos, *como efecto colateral no deseado* de un efecto curativo principal deseado. Seguramente todos nosotros hemos internalizado el *primum non nocere*, el principio de no hacer daño de la deontología médica. Y, sin embargo, el oráculo apolíneo sobrevuela, inquietante, nuestra profesión: *Quien ha herido, curará*.

Para ilustrar mejor lo dicho, relataré la visita del médico jefe a un paciente y un método de curación bastante poco convencional utilizado por aquél. Comencemos por la visita:

—Entonces —le dijo a la enfermera—, ¿cómo sigue el paciente?

—Ya no tiene fiebre, Señor —contestó ella—. El miércoles retiramos el catéter. Puede comer normalmente. El pie no está hinchado.

—Eso suena bien —dijo el doctor Swan, y se dirigió luego hacia mí o, mejor dicho, hacia el yeso que estaba ante mí. Golpeó el yeso enérgicamente con los nudillos.

—Pues bien, Señor Sacks —dijo— ¿cómo está su pierna hoy?

—Desde el punto de vista quirúrgico, parece estar bastante bien, Sir —le contesté.

—¿A qué se refiere con “desde el punto de vista quirúrgico”? —preguntó.

—Bueno... —Miré a la enfermera, pero su cara permaneció inmóvil. —No tengo muchos dolores y eh... el pie no está hinchado.

—Excelente— dijo él, evidentemente aliviado—. Entonces no hay problemas, supongo.

—En realidad, sólo uno—. Swan me miró, severo, y comencé a tartamudear—. Es que... que... no puedo tensar el cuádriceps... y eh... el músculo parece haber perdido el tono. Y... y... tengo dificultades para establecer la ubicación de la pierna.

Me pareció que Swan ponía cara de preocupación durante un segundo, pero esta impresión fue pasajera, tan fugaz que no estuve seguro.

—Pavadas —dijo, rudo y decidido—. No es nada. Absolutamente nada. No hay motivos para preocuparse. ¡Ningún motivo en absoluto!

—Pero...

Como un agente de policía que detiene el tránsito, levantó la mano.

—Usted se equivoca totalmente —dijo con decisión—. A su pierna no le falta nada. Eso usted lo entiende, ¿no es cierto?

Brusco y, como me pareció, irritado, se dio vuelta para irse. Los médicos asistentes dieron un paso respetuoso al costado.

En esta escena (Sacks 1984, pág. 101 y ss.) lo que más llama la atención no es que Sacks, como cualquier otro médico, sea un paciente difícil. Su profesión y su talento literario subrayan simplemente lo que sucede cuando se disocia el arquetipo de la curación: en esos casos, a quien menos se le permite juzgar sus dolores es al propio paciente. Se lo considera impotente, en primer lugar, debido a su sufrimiento y, en segundo lugar, porque los especialistas le quitan su experiencia, privándolo (epistemológicamente) del poder. Los médicos corremos el riesgo de abusar de nuestro poder terapéutico que, a menudo, es *condición necesaria* para la sanación. Lo confundimos con la curación que no podemos forzar.

Algunas semanas después de esta visita, Sacks va a ver a otro ortopedista. Por primera vez, se encuentra con un médico que entiende su vivencia de distanciamiento, su incapacidad de usar la pierna y de doblar la articulación de la rodilla cuando camina. Al enterarse de que a Sacks le gusta nadar, llama por teléfono al bañero de un natatorio y le consigue un taxi (Sacks 1984, pág. 197 y ss.):

“(...)Alquilé un traje de baño y una toalla y me acerqué temblando al borde del natatorio. El joven bañero, que estaba sentado al lado del trampolín, me miró, burlón, y dijo: —Bueno, ¿pasa algo?

—Me dijeron que fuera a nadar —dije—. Me lo aconsejó el médico, pero estoy discapacitado. Fui operado y ahora tengo un poco de miedo.

El bañero se levantó, lento y pesado, se me acercó con cara pícaro y de pronto me dijo:

—Vamos, ¡listos, ya!— al mismo tiempo, me quitó con la mano derecha el bastón y con la izquierda me empujó al agua.

Antes de que pudiera comprender qué había pasado, me encontré en el agua, inflamado de ira, y luego reaccioné frente a esta desfachatez, este atrevimiento. (...) Él se mantenía un poco más adelante que yo, provocador, pero yo nadé rápidamente cuatro largos enteros crol y también entonces sólo paré porque me gritó ‘basta!’.

Salí del natatorio... y comprobé que podía caminar normalmente. Ahora la rodilla reaccionaba, había ‘regresado’ totalmente.”

SÓLO EL MÉDICO HERIDO CURA

Estamos en mayo. Es viernes a la tarde. Después de la última sesión de terapia, me dirijo a la guardia de una organización de socorro. Fui invitado para dictar un curso de perfeccionamiento para los colaboradores de un equipo de intervención en crisis. Trabajamos con el psicodrama Balint (Cañ 1995): En el marco protegido de este grupo psicodramático de experiencia propia centrado en los pacientes se puede revivir y elaborar la situación originaria problemática para los socorristas. Este método hace aflorar en el espacio grupal sentimientos que se dieron en forma mucho más intensa en la situación del accidente, y ahora se pueden revivir y elaborar en una “dosis” tolerable. Con los grupos que llevan su nombre, Michael Balint desarrolló un método para poner de manifiesto y dar nueva vida al aspecto inconsciente del terapeuta, a través de las reacciones de los demás participantes del grupo frente a su relato. Con el método del psicodrama, esta sombra más o menos reprimida detrás de la persona-máscara (en este caso: el socorro en el accidente y la intervención en crisis) también se vuelve palpable como escena. Las emociones que no se pudieron vivir en la situación original, que hubo que poner, en cierto modo, entre paréntesis o relegar tras la necesidad de actuar en forma profesional, se hacen perceptibles o se actualizan en la situación grupal.

La situación escenificada: Una mujer vieja, muy corpulenta, es atropellada y gravemente herida por un camión de recolección de residuos cuando está andando en bicicleta. El camión había atropellado a la mujer primero con uno de los neumáticos gemelos traseros al dar marcha atrás, y la había vuelto a pisar al dar marcha adelante para liberarla.

I. Armado de la escena: dos participantes representan a los ocupantes del camión de residuos, que están parados en la parte posterior de su vehículo y comentan en voz baja la escena. Otra participante representa a la mujer herida ti-

rada en el suelo. Un poco alejado se encuentra el grupo de curiosos y parientes. El protagonista (Miguel), a cuyo pedido representamos este caso, es un socorrista auxiliar profesional experimentado. Lo extraño es que el lugar del accidente se encuentra justo delante de la guardia.

II. Miguel llega con su colega al lugar del accidente. Su primera impresión: La mujer herida reacciona; su hijo, de aproximadamente 50 años, está arrodillado a su lado, parece torpe, y le habla. Miguel manda al hijo a reunirse con el grupo de parientes, donde la hija de la mujer se ocupa de él.

III. Miguel comprueba que la paciente tiene heridas gravísimas en la zona de la caja torácica y en ambas piernas. Parece necesaria una reanimación (respiración a través de tubo de traqueotomía y masaje cardíaco). La colega de Miguel está nerviosa y sus movimientos son inquietos. Por error, abre mal el maletín de emergencia y su contenido se vacía en la calle, cayendo al charco de sangre de la paciente. Le cuesta mucho introducir el tubo de traqueotomía.

IV. Cambio de *roles*: Miguel asume el *rol* de la mujer herida y Tomás adopta el *rol* del protagonista. A partir de la identificación con la mujer herida, Miguel dice: "Me duele todo muchísimo, voy a morir pronto..."

V. De nuevo, en la distribución de *roles* originaria: Llegó un médico de emergencia en helicóptero. Éste parece sentir el asco en forma aun más evidente que el protagonista. Miguel, en cambio, se siente obligado a superar su asco. El médico le pide que le quite las medias a la mujer. Miguel lo hace con gusto porque esto le permite sentir que puede hacer algo. Por otra parte, el pedido del médico es difícil de llevar a cabo: Miguel teme empeorar las fracturas expuestas al quitarle las medias o aun arrancarle un pie a la mujer herida.

VI. Cuando finalmente el médico determina el fallecimiento de la mujer, Miguel se ve confrontado con dos tareas. El hijo se acerca muchas veces a su madre. Por un lado, Miguel no se lo quiere prohibir. Por el otro quisiera proteger a los parientes, y por eso le pide que vuelva donde está su hermana. Pero el hijo se impone, por cuanto acaricia a su madre y se despide de ella. Miguel ya ha visto y tratado muchas heridas graves y deformantes. Sin embargo, esta vez, el asco ante el cuerpo de la muerta diluido en parte en una masa de carne, sangre y grasa, lo supera. El sentimiento de tener que superar o tolerar este asco de por sí, lo sobrecarga. También ahora, en la representación psicodramática, está muy movilizad, pero a la vez es valiente como un héroe vencido.

VII. Miguel está solo con la paciente muerta, a pesar de encontrarse en mitad de una multitud y rodeado además por el personal de socorro. Busca las pertenencias en la cartera de la muerta. De la cartera sale sangre. Está contento de haber pedido un rato antes por radio que viniera Uwe para ocuparse de los parien-

tes. A pesar de que Miguel tiene una formación específica para intervenir en crisis, siente que esta tarea ahora lo supera.

Sigue una segunda representación de protagonistas más breve, en la que Uwe se representa a sí mismo.

I. "Pase" de Miguel a Uwe: Miguel le explica a Uwe que hay que ocuparse de dos personas, a saber, de la hija y del hijo de la muerta. Uwe está contento de que Miguel ya se haya ocupado de la muerta. Percibe la horrible visión del cadáver, pero observa el lugar del accidente a partir de un cierto distanciamiento interior. Uwe se dirige hacia el hijo de la muerta, que está arrodillado al lado del cadáver. Quiere dejar que el hijo se despida de su madre. En un segundo plano murmuran dos policías que sacan fotos y quieren obtener pruebas del hecho. Uwe siente esta presión "en la nuca". Intenta iniciar un diálogo con el hijo quien, sin embargo, está abstraído y permanece al lado del cadáver como atraído por él. En la representación psicodramática, Uwe puede empatizar con el hijo. ("Si me voy de su lado, entonces está verdaderamente muerta.") A la vez, sabe que también debe asistir a la hija de la muerta que, sin embargo, no soporta la visión del cadáver y por eso desea alejarse del lugar del accidente. Uwe se siente tironeado entre ambos. Su impulso (alejarse del cadáver, acercarse a un grupo de vecinos dispuestos a ayudar) está bloqueado porque el hijo "está pegado" al cadáver y porque no puede entrar en contacto verbal con él.

II. Uwe logra finalmente que el hijo se aleje del cadáver, pero sus ojos permanecen fijos en él. Es un caluroso día de verano y los vecinos y los transeúntes han abierto una sombrilla sobre el hijo y la hija de la muerta. A Uwe la hija le parece muy cerrada pero, también, más estable que el hijo. Por eso, se concentra en el diálogo con el hijo. La hija abandona el lugar del accidente diciendo que tiene que preparar algo para el almuerzo. Mientras Uwe intenta hablar con el hijo, se escucha el ruido de un helicóptero de la policía que sobrevuela el lugar del accidente. El hijo saca la vista del cadáver y mira fijamente el cielo durante varios minutos, como si esperara que de allí viniera la ayuda. Uwe puede entender su desamparo, su espanto y su esperanza dirigida hacia arriba, en la que se repite la llegada del helicóptero de emergencia media hora antes.

III. Uwe acompaña al hijo de la mujer muerta hasta su casa para continuar el diálogo allí. Sorprendentemente, el hijo lo despide en el portón de entrada del jardín, y le dice que no desea que lo siga asistiendo.

Cuando a continuación comentamos esta representación psicodramática, queda claro cómo fracasa el plan original de ayuda y movimiento de

Uwe. Hasta el final, éste desea poder hablar con los parientes en un entorno tranquilo (casa). En la representación se repiten los impulsos de movimiento de Uwe: establecimiento de prioridades de ayuda (triage), partida, acompañamiento, reunión, avance en el espacio y en el tiempo. Estos diseños se frustran ante los modelos de movimiento contrarios del asistido: "Quedar pegado" al cadáver, querer retroceder en el tiempo, cerrar el portón del jardín detrás de sí. "Nunca llegué a la asistencia real como me la había imaginado. Me quedé varado en la fase en que genero el entorno de la asistencia", dijo Uwe. Excluido por sus asistidos (también la hija es inaccesible), Uwe siente distanciamiento, fracaso e insatisfacción ante el portón del jardín. ¿Tenía que irse sin haber logrado su cometido? ¿Su ayuda consistió principalmente en haber acompañado al hijo en la primera separación de su madre?

El trabajo psicodramático me recuerda las situaciones de emergencia de mis épocas de hospital. Ante todo, me impresiona la tensión que existe entre la persona-máscara del asistente profesional, objetivo, casi frío, por un lado, y la sombra de su propia consternación, de su impotencia, de su propio fracaso, por el otro. Siento la tensión entre la actividad clásica del socorrista auxiliar (medidas para preservar la vida y de resucitación, asistencia al paciente) y la asistencia psicológica en el lugar (intervención en crisis). No sé cuál de ambos aspectos me inspira más respeto. En todo caso, me queda claro cuán cerca se encuentran la eficiencia profesional y el fracaso en la confrontación con la muerte. La palabra "héroe" es un término despreciado y que sólo se utiliza como burla en los servicios de socorro. En la jerga hospitalaria alemana, hablamos de una indicación heroica cuando sometemos a un paciente a un tratamiento medicamentoso o quirúrgico especialmente severo. Pienso que el motivo del héroe expresa especialmente bien la inmensa tensión existente entre las altas expectativas ajenas y propias en situaciones extremas y la derrota inevitable frente a la muerte. Como héroes, aceptamos la lucha entre la vida y la muerte, entre la salud y la enfermedad pero, finalmente, tenemos que reconocer que en el drama de la curación, de todos modos, somos meros enanos, ya sea por las expectativas exageradas que tenemos en el marco de una identificación inflacionaria con el salvador, ya sea por el triunfo de la muerte, o ya sea porque entregamos la posta al sanador interno, volviéndonos superfluos en un sentido por demás deseable. La culpa arquetípica del médico frente a la muerte, como se expresa en el

cuento de los hermanos Grimm "La muerte madrina", prepara uno u otro fracaso. Normalmente, nos protegemos de estos fracasos mediante la rutina, el distanciamiento afectivo y la protección que nos brinda nuestra persona-máscara profesional. En situaciones como la descrita, la persona-máscara aparece, de pronto, como agujereada. El socorrista mismo se vuelve vulnerable a las perturbaciones postraumáticas que pueden aparecer en personal experimentado después de muchos años de actividad profesional. Los síntomas de esta reacción de estrés son el insomnio, la aparición insistente del acontecimiento traumático en las vivencias de la fantasía y del sueño, las reacciones emocionales e incluso, a veces, depresiones graves.

El ejemplo de Miguel muestra cómo un terapeuta experimentado e idóneo puede encontrarse con sus límites pero, también cómo, por el otro lado, esta experiencia límite lo puede motivar para que se ocupe de aspectos de la propia conducta profesional que, por lo general, se reprimen (en este caso, intervención psico-social en crisis como un aspecto nuevo de la asistencia en accidentes). Lo dicho también es válido para la manera en que los terapeutas manejan sus propias fortalezas y debilidades, tema que ya analizó Jung en su *Tipología* en 1921. La habilidad terapéutica y el tacto humano nos mueven a no responder con exigencias de rendimiento y, menos aún, con críticas moralistas a las debilidades de nuestros pacientes. Para construir una relación, trataremos, en cambio, de abordar sus fortalezas. Si mi paciente es, por ejemplo, un tipo del sentimiento, en su mundo lo orientará la pregunta: "¿Qué es bueno para mí y para mi entorno?" Las preguntas y las explicaciones intelectuales ejercerán presión sobre él, creando un campo tenso que va bloqueando su espontaneidad. Aunque el sentimiento no sea mi función primaria, como terapeuta me cabe la tarea de generar una atmósfera en la que mi paciente se sienta bien, es decir, un campo relajado donde pueda actuar y movilizar sus reservas creativas (véase Bustos, Dalmiro M.: *Actualizaciones en psicodrama*, Bs.As., 1997). Sólo entonces será posible también un abordaje intelectual.

El punto de vista tipológico va, sin embargo, un paso más allá. Porque, paradójicamente, todo tratamiento psicoanalítico (y tal vez toda terapia de larga duración) llega en algún momento a una situación de bloqueo, de fracaso, a un punto en que parece imposible hallar una solución. Tam-

bién en las terapias que se consideran exitosas es necesaria una agonía de este tipo, soportada en conjunto por el analista y el analizado, como estadio de transición. Este momento no se puede evitar tampoco cuando el terapeuta puede presuponer la experiencia sabática del final de la terapia. Sólo cuando ambos, médico y paciente, aceptan conscientemente este fracaso, se abren a las capas arquetípicas de la psique. El símbolo conciliador del sanador interno se constela cuando ambos sienten sus aspectos inconscientes. Jung habla del "origen bajo del redentor" (O. C. 12, III, *Psicología y alquimia*, III). No son nuestras funciones primarias conscientes (pensamiento, sentimiento, sensación o intuición) sino nuestra "función inferior" quien produce la curación. Pues ella *lleva* lo que más despreciamos y rechazamos de nosotros. El sanador interno se constelará entonces a través del "siervo de Dios sufriente interno" (Isaías 53) en la figura de la propia función inferior inconsciente (Groesbeck 1978). El siervo de Dios sufriente es un *nagua* (herido, tocado por Dios: Is 53,4). La misma palabra *ng'* se utiliza en Génesis 32, 26: un desconocido golpea a Jacob en la coyuntura de la cadera.

CO-INCONSCIENTE

Entre el médico y el paciente existe una comunicación de inconsciente a inconsciente, una inconciencia común, una misteriosa identidad preverbal en la que desaparecen los límites de ambos Yo, incluso antes de comenzar el diálogo. Esta consonancia inconsciente entre ambas partes es fundamental para la comprensión. Ambos actores se modificarán a lo largo de la terapia. Con una intuición genial, Jacob L. Moreno basó la comprensión psicodramática en el *co-inconsciente* y centró su teoría en la posibilidad liberadora de la inversión de *roles*. Esto vale también justamente allí donde no hay nada en común a nivel consciente, como sucede en general en la lucha entre el protagonista y el antagonista y, especialmente, entre el paciente y el médico (compárese Leutz 1974). Podemos decir, siguiendo a Jung, que se constela el arquetipo del gran sanador, es decir, una relación suprapersonal, marcada por experiencias humanas antiquísimas, una forma de comportamiento humano universal. ¿Cómo manejarán ambos esta relación?

El paciente vivencia en el médico el anhelo de curación y de totalidad. Para él, el médico no es sólo el representante concreto de la idoneidad profesional sino *el* sanador en el que deposita sus esperanzas. Esta gran expectativa que se despierta al consultar a un médico, a un terapeuta, a un sanador, se puede denominar arquetipo. Lo mismo expresan los hombres que esperan la curación de Jesús. Pero la curación es algo distinto que la satisfacción de dichas expectativas; incluye siempre la toma de conciencia, la evolución de dos seres humanos, tanto del sanador como del sanado. Así, en el momento en que cura a una mujer enferma que había tocado sus vestidos, Jesús se da cuenta "de la fuerza que había salido de él" (Marcos 5, 30). Si no se produce la toma de conciencia y la evolución, las curaciones ("milagrosas") pueden impresionar pero sólo traerán consigo una mejoría pasajera. Todavía en la actualidad, muchos tipos de medicina alternativa prometen el paso de una "energía" sanadora. Por lo general, tras estas curaciones de transferencia se esconde además una dependencia inconsciente entre el sanador y el sanado y una negación común del *tiempo* necesario para un proceso de relación: ninguno de los dos quiere reconocer que un proceso terapéutico puede ser arduo como el escalamiento de una montaña y que, como toda experiencia duradera, requiere de paciencia. Esto se pone de manifiesto en el capítulo 9 del Evangelio según San Juan: El ciego de nacimiento sólo se cura una vez que se ha emancipado de las autoridades religiosas y de sus padres, y se ha dirigido a Jesús por su libre decisión.

Se podría objetar en este punto que nosotros, los sanadores seculares, no somos Jesús. Esto es cierto, y justamente de eso se trata. Porque, de lo contrario, existe el riesgo de que no sólo nos alegremos de nuestra idoneidad terapéutica, sino que sucumbamos ante el carisma del propio maná. Este tipo de identificación con el salvador puede ir, incluso, de la mano de la modestia personal, si se la desplaza, por ejemplo, a la persona-máscara colectiva de la profesión médica. El arrojarse como un *héroe* a la lucha arquetípica entre la enfermedad y la salud forma parte de esta persona-máscara.

"El héroe es un ser de transición, una personalidad con maná. En la forma humana, el que más se le acerca es el cura. Desde el punto de vista intrapsíquico, representa la voluntad y la capacidad de buscar la consecución

de la totalidad o del sentido luego de reiterados cambios y de exponerse a ellos. Por eso, a veces parece ser el Yo, luego vuelve a parecer el Sí-mismo. Es el eje Yo-Sí-Mismo personificado. La totalidad del héroe no sólo implica la capacidad de resistir las importantes tensiones de los opuestos sino, además, de conservarlas en la conciencia. Según Jung, esto se logra arriesgando la regresión y exponiéndose intencionalmente al peligro de ser 'devorado por el monstruo materno' y esto no solamente una vez, sino muchas; se trata de un proceso que dura toda la vida, que comienza en la temprana infancia. Jung equipara el monstruo materno con la psique colectiva" (Samuels et al. 1986, 95).

"Maná" es una palabra melanesia que corresponde aproximadamente a nuestro "carisma". Los magos, los sanadores, los gurúes, pueden tener un carisma cuasi-divino, una fuerza que fascina a los otros. En distintos pasajes del Nuevo Testamento se dice que de Jesús sale una fuerza (curativa) (por ejemplo, en Marcos 5, 30). Como terapeutas, corremos el riesgo de encontrar un placer narcisista en nuestros aspectos de maná, siendo finalmente poseídos por el complejo de maná o del salvador e identificándonos en forma inflacionaria con nuestro carisma.

El paciente o analizado es especialmente vulnerable a la atracción de personalidades carismáticas. "El efecto de estas imágenes, reales o proyectadas, consiste en que le dan al individuo la sensación de dirigirse hacia una elevación de la conciencia realizable" (Samuels et al. 1986, pág. 137). La temática del héroe pertenece al contexto arquetípico del motivo de la serpiente o del dragón. Por ende, el proceso de curación siempre llevará adherido algo de lucha. En la transferencia se les adjudicarán rasgos del héroe (que no se dirigen a ellos como personas sino que "se toman prestados" del arquetipo de la curación) a los médicos y a los demás terapeutas. Pero si la terapia queda trabada en la fase de la lucha, por más necesaria que ésta pueda ser, o se identifica con la lucha en forma inflacionaria, surgen los prejuicios del modelo patogenético que expusimos en los dos primeros capítulos. Para hacer conscientes estos prejuicios, se debe elaborar la transferencia y la contratransferencia.

LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA

Pensar que en la curación entran en relación una persona enferma y una sana es un mito que el psicoanálisis escenifica, hace consciente y ayuda a superar:

"En realidad, se trata de un asunto que involucra dos personalidades, cuyo Yo se encuentra bajo la presión del Ello, del Superyó y del mundo exterior; cada una de ellas vive con sus dependencias internas y sus miedos externos y sus mecanismos de defensa patológicos y es aún un niño para sus padres internos. Tanto el analizado como el analista responden con toda su personalidad a todo lo que sucede en la situación analítica" (Racker 1959, pág. 156).

Estas frases, formuladas en principio en relación con el psicoanálisis, también pueden aclarar patrones patriarcales básicos que subsisten inconscientemente en otros ámbitos de la medicina. El proceso terapéutico estimula en forma recíproca los respectivos complejos. En el caso de Oliver Sacks, la herida física y la perturbación del esquema corporal resultante de la misma, se encuentra cargada de complejos de emociones, cosa que despierta vehementes reacciones de defensa por parte de sus médicos, a saber, la retirada compulsiva hacia un ideal de objetividad médico y la negación a comprometerse con la vivencia subjetiva del paciente (que además también es médico, lo que vuelve aún más amenazante la situación). De esta manera, se elude la verdadera objetividad, que incluye la percepción de la propia contratransferencia por parte del médico.

Es indispensable que el paciente encuentre en el médico aquellos "ganchos" pequeños o grandes de los que pueda colgar sus proyecciones. Con los dos inconscientes llegamos a la figura del cuaternio que nos enfrenta con dos fenómenos importantísimos en nuestro contexto: la división y el parentesco dentro de la pareja terapéutica. Es decir, hay una escisión interpersonal entre médico y paciente y una escisión intrapersonal entre consciente e inconsciente. Ya vislumbramos la proyección del inconsciente del paciente sobre el médico que Freud llama "enlace falso" o "Übertragung" (transferencia) (e), y la contratransferencia del médico

(f), es decir: dos vínculos cruzados. Son contenidos infantiles, eróticos, dependientes, que el paciente deposita inconscientemente en el médico y, sobre todo, expectativas arquetípicas, por ejemplo, su complejo de salvador y su sanador interno reprimido, proyectado sobre el médico (e). Ambas, la transferencia y la contratransferencia, brotan de la sombra, del inconsciente que no quiero reconocer como propio. Jung se interesa menos por el aspecto tóxico de la represión que por la dinámica característica de la sombra que contiene todo lo que no quiero ser, que se opone a mi máscara social (por ejemplo, de médico competente), a mi ideal del Yo. Si miramos la pareja paciente/médico, su vínculo "a", vemos al paciente débil, sufriendo, sin recursos, mientras que el médico dispone de competencia, de salud arquetípica (aunque esté enfermo, sigue representado la fuerza del cuerpo sano), de todo el impacto de la medicina moderna o del poder curativo de múltiples medicinas alternativas. ¿Cómo concebir la sanación a este nivel consciente? No hay asimilación de sombra; los sueños, los complejos y otras manifestaciones del inconsciente no interesan. No se trabaja la escisión interpersonal. Es una sanación impuesta por el poder del sanador externo. Y yo diría: mientras no haya movilización del sanador interno, mientras no hay trabajo de transferencia y contratransferencia, no podemos hablar de curación.

Por *transferencia* (línea e en la figura 11) se entiende una forma especial de proyección, a saber, la vinculación de experiencias de relaciones anteriores significativas con la situación actual de la terapia: el paciente percibe al analista intuitiva e involuntariamente como, por ejemplo, su madre, su padre o sus hermanos; "proyecta" partes inconscientes propias sobre el médico. En el análisis, la transferencia incluso se fomenta, porque le permite al médico el acceso al inconsciente del paciente desde un abordaje que complementa la interpretación de los sueños. Utilizando la terminología de Martin Buber, la transferencia no es una relación Yo-Tú, sino una relación Yo-Ello: Se relaciona al médico con cuestiones ajenas, exageradas, por ejemplo, con experiencias sepultadas que se refieren a las personas de referencia tempranas. Lo que es intrapsíquico (de la psique propia del paciente), se vuelve interpersonal (es decir, acontecimiento de relación entre el paciente y el médico). La "defensa" de la propia sombra, es decir, la necesidad excesiva de protección frente al propio inconsciente se vuelve, de este modo, "resistencia". A pesar de su deseo consciente de tratamiento, en un comienzo el paciente se niega a

comprometerse con el proceso terapéutico, de modo casi totalmente inconsciente.

Toda proyección, todo desplazamiento de un proceso intrapsíquico hacia un objeto externo encuentra "ganchos" en el exterior que le permiten fijar la proyección. En el caso de la terapia, estos ganchos son las heridas del médico. Aunque al terapeuta le parezca hostil y agresivo que el paciente perciba sus heridas, esto constituye una parte fundamental del tratamiento. Sí; para que el paciente se sienta comprendido, incluso es necesario que su inconsciente produzca en el médico una herida paralela a la propia (Sedgwick 1994, pág. 108 y ss.). Son las heridas del médico, sus aspectos de sombra constelados mediante la situación analítica, los que constituyen el núcleo de la transferencia. El terapeuta "necesita" sus complejos, que se deben corresponder con aquellos de su paciente.

Cuando Freud descubrió la *contratransferencia* (línea f en la figura 11), la consideró, en primera instancia, un elemento perturbador de la relación analítica. De hecho, sería desafortunado que el médico proyectara sus propios contenidos inconscientes sobre el paciente, le endilgara su propia visión del mundo y de sí mismo sin notarlo. En última instancia, no serviría a la curación del otro que yo reaccionara a sus deseos de curación con mis propias fantasías de grandeza. Por otro lado, la propia contratransferencia también es un instrumento importante para el médico, porque posibilita una auténtica empatía, una buena consonancia con los sentimientos del paciente o tal vez también reacciones bruscas, que el paciente "alojó" proyectivamente en el médico y aún no puede sentir él mismo. En tal caso, el objetivo terapéutico consiste en abrirle al paciente el acceso a estos contenidos proyectados. El médico se convierte en abogado del inconsciente.

La comprensión terapéutica como comprensión interhumana se basa en la contratransferencia consonante, "concordante" del médico, "en la resonancia de lo exterior en el interior, en el reconocimiento de lo ajeno perteneciente a otros como propio que nos pertenece a nosotros ('Yo soy esto, yo soy tú') y en la equiparación de lo propio y de lo que pertenece a otros ('Tú eres esto, eres yo')" (Racker 1959, pág. 159). En relación con la meditación, Jung dice que en el interior de quien medita surge un equivalente de la realidad objetiva, "una identidad total del adentro y del afuera, que se puede describir técnicamente como el "tat twam asi" (ese

eres tú)" (O. C. 6, p. 179). El proceso de transferencia/contratransferencia proporciona un espacio plástico análogo al de la meditación, en el que se pueden revivir experiencias tempranas de fusión, se pueden recuperar aspectos disociados y se pueden superar límites rígidos establecidos (Schwartz-Salant 1989).

Esta igualdad, en la que finalmente el médico y el paciente invierten sus *roles* y se pueden despedir sobre la base de la comprensión mutua, es el *shabat* de la curación, hacia el cual se dirige todo esfuerzo terapéutico y que se debe presuponer en toda situación individual. Sin embargo, por lo general, antes de la curación se suele producir la "contratransferencia complementaria" que, a menudo, se experimenta en forma dolorosa. Esto significa que el paciente proyecta sobre el médico objetos internos como la sombra de Azazel, como una madre frustrante o como un padre severo y que el médico se identifica con este tipo de transferencia. En tal caso, el médico se comporta como un acusador, como los padres internos del paciente y el paciente también lo vivencia como tal. Temporalmente, este hecho puede dificultar mucho la comprensión consonante conjunta. He nombrado ejemplos de matiz negativo para caracterizar la contratransferencia complementaria y, de hecho, a menudo son los diversos "demonios de la enfermedad" del paciente los que inducen al médico (detrás de la persona-máscara del sanador bondadoso) a tener reacciones agresivas, belicosas e incluso destructivas frente al paciente y a su cuerpo.

En el marco de nuestro modelo, contratransferencia quiere decir *capacidad del médico para dejarse herir*. Esta definición de Sedgwick (1994, p. 108) es provocadora, pero expresa con claridad lo que llamamos resistencia del médico a la contratransferencia, a saber, la tendencia a evitar toda herida por parte del paciente y a dejar todas las heridas en el paciente o a proyectarlas sobre él. Una relación tal no sería una relación terapéutica, sólo serviría a la autoafirmación del médico ("yo estoy sano y soy fuerte, el otro está enfermo y es débil"). Mi disposición a dejarme herir como médico, mi renuncia al "éxito" mediante el poder, pueden desembocar en un masoquismo como expresión de una contratransferencia negativa inconsciente:

"El masoquismo del analista tiene por finalidad el fracaso de su labor. No debemos, pues, estar demasiado seguros de que realmente buscamos el éxi-

to y tenemos que estar preparados para reconocer la existencia de un "sabo-teador interno" de nuestra tarea profesional. Tenemos que contar, asimismo, con una silenciosa colaboración entre el masoquismo del analista y el del analizado" (Racker, 1959, p. 301).

Curar por la herida: Se malentendería el tema del presente libro si se lo concibiera como un masoquismo recíproco, como una identificación neurótica con el fracaso del salvador. Esto no sería más que el negativo de la inflación del maná. Sería la negación de la dignidad mesiánica del chivo expiatorio arquetípico. Despedirnos de las imágenes unilaterales del poder y de la lucha no significa, de ningún modo, hundirnos en la pasividad y en la actitud del Cristo doliente. Esto no sería más que una inversión externa de *roles* que no le sirve al paciente porque no hace más que desplazar hacia afuera la fuerza de los impulsos destructivos internos. A veces, la lucha que se me impone es inevitable. Demostraré esto con ayuda del caso de Micaela, que detallaré un poco más adelante. Como terapeutas debemos dejarle al paciente, en última instancia, la libertad de emprender y concluir la lucha, de ocupar el espacio de libertad que la vida le dejó. Paradójicamente, la terapia es una *lucha herida*² que se condensa arquetípicamente en la lucha de Jacob contra el Dios oscuro (Génesis 32, 23-33). En la alternancia dramática entre ser herido y luchar, el médico está atento a...

"cómo el analizado toma lo que se le da y cómo lo digiere. La pasividad cede a un mayor intercambio de papeles con el analizado, oscilando el analista y el analizado en mayor grado entre la actividad y la pasividad, entre la femineidad y la masculinidad, entre el escuchar y el hablar. El pesimismo terapéutico anterior se convierte en una actitud más entusiasta. La lucha con las resistencias y por la salud del analizado adquiere así cierta similitud con la famosa lucha del patriarca bíblico Jacob con el ángel. Transcurrió una lar-

² Cuando mi aliento amenazaba agotarse en la lucha, rogué al ángel que me diera un respiro, y eso es lo que desde entonces he hecho. Pero yo no salí de la puja como el más fuerte, aunque desde entonces cojeo a ojos vista. Sí; realmente tengo ya cuarenta y cuatro años, y no soy más que un viejo israelita un tanto quebrantado, como podrás ver por ti mismo en el verano o el otoño. (Sigmund Freud a Wilhelm Fliess, 7/5/1900, de *Obras completas* de S. Freud, vol. III, Madrid, 1968, trad. de R. Rey Ardid)

ga noche sin decidirse, pero Jacob no cedió y le dijo: 'No te dejo a menos que me bendigas.' Y al ángel no le quedó otra salida que bendecirlo. Posiblemente nosotros también terminemos la lucha, como Jacob, con una cadera renga; pero luchando como él, nosotros conseguiremos igualmente, desde nuestro propio interior, una suerte de bendición (y el analizado también)" (Racker 1959, pág. 305).

EL INCONSCIENTE DEL PACIENTE

Como sucede en la lucha de Jacob en el río Yabboq, el médico y el paciente también están estrechamente relacionados por la lucha, la herida y la bendición. En un comienzo, el paciente tiene poco o ningún contacto con su inconsciente. Está enredado en sentimientos, síntomas, clisés; no tiene acceso a sus propios símbolos, tampoco a sus posibilidades de curación y de evolución. Es pequeño y débil frente al médico y sólo podrá crecer cuando el médico sienta su propia sombra, sus propias heridas (línea c en la figura 11). Ambos aspectos, el descubrimiento del *sanador interno* por parte del individuo que busca ayuda y el descubrimiento de las propias heridas por parte de la persona que ayuda, crecen simultáneamente. En cierto modo, podemos decir que las fantasías de sanador del ayudante y la evolución de quien busca ayuda se comportan en forma inversamente proporcional: en la medida en que me retraigo como sanador, el otro se puede desarrollar, es decir, puede volverse más consciente y más abierto frente a su propio inconsciente.

Al ser herido por los demonios de la enfermedad y al luchar contra ellos, el médico se compromete con el drama de la enfermedad. Ya quedó claro que la elaboración de las escisiones del arquetipo de la curación sólo es posible si ambas partes participan de ella. La superación de la escisión mediante el poder (compárese Guggenbühl-Craig 1983) puede llevar a la supresión de los síntomas, pero no a la liberación del sanador interno. Dicha liberación presupone una perseverante remoción de las proyecciones y el manejo idóneo de la transferencia y de la contratransferencia.

Freud (compárese 1900a) llamó a nuestros sueños la "via regia" de acceso al inconsciente. Jung añade que, por lo general, son los complejos los

que nos abren el camino hacia el inconsciente. Los caminos de los complejos, sin embargo, se asemejan más a "un sendero accidentado y, a menudo, tortuoso" (O. C. 8, pág. 210, *Energética psíquica y esencia del sueño*, Buenos Aires, Paidós, 1954), que a un camino real. A veces, se nos abren ambos caminos, como en la historia de Micaela. Esta mujer, de 32 años, me fue derivada por su ginecólogo, con quien estaba en tratamiento debido a un cáncer de ovarios. Le habían tenido que extirpar el útero y los ovarios, y Micaela había atravesado una quimioterapia, de la que había participado muy activamente para "vencer" las células cancerígenas que quedaban en su cuerpo. En vista de la amenaza de muerte, se trataba de una fase conscientemente aceptada y necesaria de la "lucha" terapéutica en la que Micaela, sin embargo, no se quedó varada. Probablemente, la motivación para la psicoterapia surgió a partir de su mentalidad de lucha. Sin embargo, al poco tiempo la psicoterapia se convirtió para la paciente en algo más que la prosecución de la quimioterapia por otros medios. La amenaza de muerte le permitió enfrentarse con sus propios complejos, volver a integrar en parte estas psiques parciales fragmentadas. El *complejo* del que sufre Micaela fue activado por su enfermedad y por la intervención quirúrgica: Se trata del resurgimiento de una angustia muy anterior, a saber, la angustia de no ser querida y reconocida, de no ser aceptada en su ser mujer tal como es. También le resulta difícil confiar en las aseveraciones de su pareja, quien le asegura que todo ha vuelto a ser igual que antes de la enfermedad. Después de un año y medio de trabajar en conjunto con la *Imaginación afectiva guiada* según Leuner, Micaela sueña con su novio, con su ginecólogo y con un compañero de trabajo:

Con Andi en una habitación de techo bajo, como una taberna. También está el Dr. von Heimgarthen. ¿Qué va a decir Andi de esto? Pero no está para nada indignado. El Dr. v. H. es el tipo de hombre que podría gustarme. Luego, intenta acercarse, me rodea con el brazo y me murmura algo al oído. Después estoy limpiando verdura, especialmente zanahorias, con el Dr. v. H. Nos citamos en la vieja casa de Sch. Le digo a Andi que el doctor viene a conectar la televisión por cable. Después, estoy en el dormitorio con el Dr. v. H. Por la ventana, podemos ver la casa de mi abuela. Allí está Andi, mirando televisión. Un momento antes de que el Dr. v. H. y yo nos hayamos dejado caer en la cama, suena el timbre. Viene el señor Tüpfel y trae algo para comer. Nos volvemos a vestir pero, al revés, lo que irrita al señor Tüpfel.

Micaela me cuenta que, por un momento, el Dr. v. H. había estado “embarazado con una gran panza”. El sueño muestra “lo que busco: dedicación, cariño, reconocimiento como mujer”. Que sonara el timbre justo antes de que pasara algo, quiere decir que ella nunca haría “algo así”. Dice adorar platónicamente al Dr. v. H.: él es alto, delgado, de cabello enrulado, inteligente y divertido: “Y tiene algo que ver con mi forma de sentirme como mujer... Él, que me quitó una parte de mi femineidad, también me la devuelve” *Ho trōsas iāsetai - Quien provocó la herida, curará*: Al remover las proyecciones puestas en el médico externo mediante el trabajo del sueño, se puede acceder al propio sanador interno.

El embarazo del ginecólogo tiene que ver, en primera instancia, con el hecho concreto de que Micaela ya no puede tener hijos. En nuestra terapia, la posibilidad perdida de tener hijos había ocupado un lugar importante. En el lenguaje psicoanalítico clásico, la *identificación con el agresor* (en este caso, con el cirujano) y la *cesión altruista* (en este caso, la cesión del deseo de embarazo de una mujer al hombre y médico), son mecanismos de defensa. Se podría decir que la paciente se protege de esta forma contra un duelo intolerable y contra la angustia de muerte. Sin embargo, desde una comprensión más profunda, hay un acontecimiento de cambio: la sanación se produce a través del poder del médico (simbolizado por el bisturí que extirpa los órganos enfermos). La curación se hace posible en cuanto la paciente puede entregar estos órganos de la fertilidad femenina a su médico. Después de este sueño, en un análisis de rutina, Micaela ya no sintió la necesidad de mostrarse como una vencedora gloriosa. Hasta ese momento se había sentido obligada a cumplir con este *rol* debido a las reacciones del médico y de los asistentes. Por primera vez le puede decir al Dr. von Heimgarthen que no se siente de muy buen ánimo y que padece ante la falta de comprensión de la situación por parte de Andi. A mí, el embarazo del médico me recuerda además el sueño de embarazo de un cura (Frick y Remmler 1995) y el hijo espiritual común como símbolo del proceso de curación. Micaela percibió claramente que los sentimientos tiernos y eróticos hacia su médico, probablemente desplazados, se referían a un *reconocimiento* en un sentido muy profundo, a saber, al anhelo de curación, de totalidad a pesar de la herida y, de modo misterioso, justamente debido a la herida.

EL MOMENTO SABÁTICO DE LA CURACIÓN

En cuanto Jesús cura reiteradamente en *shabat*, “infringe” la disposición legal según la cual sólo se podía ejercer la profesión médica en *shabat* en caso de peligro de muerte. En un sentido más profundo, “cumple” con este día festivo mediante sus curaciones. Él es el sanador, el salvador (*sôtêr*). En el Nuevo Testamento, la palabra *sōzein* (salvar) ya tiene un matiz liberador, que va más allá de la sanación física. En la época posterior a la Biblia, el significado de *sōzein/sôtêr* está fuertemente determinado por la superación del *sôtêr* Asclepio por Cristo. En las curaciones sabáticas (como por ejemplo en Mateo 12, donde Jesús también es llamado siervo de Dios) Jesús es *sôtêr* porque libera también de la esclavitud de la ley. Del mismo modo en que la familia judía saluda a la luz de las velas la llegada de la reina Sabbath el viernes a la noche, la curación (y también especialmente la posibilidad de la inversión de *roles* entre sanos y enfermos) (re)establece el orden mesiánico que estaba amenazado por la influencia de la enfermedad.

En cuanto en la distribución de *roles* de la relación médico-paciente se reflejen relaciones de poder patriarcales (Racker 1953), la inversión de *roles* en el cuaternio de la curación (figura 11) es parte de la curación misma. El *shabat* del psicodrama consiste en comunicarle al protagonista experiencias propias que se corresponden con la suya (*sharing*) al finalizar el juego psicodramático. En mi caso, por ejemplo, le comento a Miguel y a los otros integrantes del grupo cuándo y dónde he sentido dentro de mi experiencia personal la repugnancia que no se corresponde en absoluto con mis ideales conscientes ni con mi persona-máscara profesional. La participación de todos, también del coordinador del grupo, en este *shabat* final es parte de la “equiparación” del *sharing*. Grete A. Leutz (1985) describió la “alianza colegiada” entre el médico externo y el sanador interno como principio y objetivo de la terapia: En el psicodrama se puede concretar lúdicamente la inversión de *roles* entre médico y paciente; este juego le permite vivenciar al paciente un distanciamiento respecto de su *rol* de paciente e intentar distanciarse del sufrimiento que lo convierte en paciente. De este modo toma conciencia de que él mismo es el mayor responsable de su curación. Al finalizar el drama de la curación, el *shabat*, se separarán dos individuos: un sanador que

tomó conciencia de la sombra de su herida y un (ex)-enfermo que ha descubierto su sanador interno.

El mandala de la curación en la tapa del presente volumen encierra un ambiente bélico marcadamente “masculino” en una forma “femenina”. Simultáneamente, el primer arqueólogo que describe este espejo etrusco, enfatiza la ternura del lenguaje gestual, la coexistencia de modelos de fuerza masculina y de belleza femenina:

“... y como uno de ellos, Aquiles, el héroe joven, especialmente solícito en este caso, ha sido presentado por nuestro artista en una acción que hace honor a su templanza y a su valentía y ha sido escogido como adorno adecuado de un accesorio femenino” (Gerhard 1843, pág. 12).

Esto puede estar en consonancia con la tradición patriarcal de la medicina que, lentamente, tiende a su fin. Los símbolos de esta tradición son la vara en la que se apoya Agamenón y, especialmente, la lanza hiriente y sanadora de Aquiles. En la lanza está representado el Sí-mismo del hombre, la lanza es una *proyección del órgano*, como si se tratara de un cuchillo fijado en una varilla con el que puedo cortar allí donde no estoy. La rotura de la lanza y del cetro implican sacrificar el poder que se detenía, la libido organizada en una dirección determinada, según Jung (O. C. 5, pár. 638, *Símbolos de la transformación*, VII La víctima). La lanza es el símbolo de la energía masculina, y también de la fuerza chamanística sanadora, cuando está vinculada a la fuerza creadora del árbol del mundo. La lanza es la marca de centralidad en circunscripciones de culto, políticas o judiciales (compárese el artículo de Gehrts 1984).

Quien presume en todo esto el riesgo de una arrogancia masculina ya percibe, justificadamente, el riesgo de una percepción inflacionaria de nuestro espejo etrusco. De hecho, la lanza como marca de centralidad masculina (que lógicamente también puede ser llevada y arrojada por una mujer) seguirá estando incompleta hasta que se vincule con un recipiente femenino-materno. La polaridad de la lanza y la copa se expresa en el relieve de serpiente de la cruz de Gosforth. Una divinidad arcaica sostiene una lanza en la mano derecha, con la que abre ambas fauces de una serpiente que se asemeja a un dragón. En su mano izquierda, el dios

primitivo sostiene un cuerno de la abundancia que da vida. Muchos mitos, no sólo la leyenda del Santo Grial, tratan de la copa contenedora y de la lanza hiriente.



Figura 12: Extraído de Gehrts 1984

VI. Containing:
de la escisión
a la alianza entre colegas



La siguiente leyenda (citada según Zerfass 1985) ilustra cómo es posible una combinación curativa de la identificación con el chivo expiatorio y del mesianismo, que está disociada en la posesión neurótica del complejo del chivo expiatorio. De este modo, se puede lograr una comprensión más profunda de la efectividad terapéutica que tiene la superación de la herida y de la destrucción:

El rabí Josua Ben Levi se encuentra con el profeta Elija.

Le pregunta a Elija: “¿Cuándo vendrá el Mesías?”

Elija: “¡Ve y pregúntaselo tú mismo!”

Josua: “Pero ¿dónde lo encuentro?”

Elija: “Está sentado a las puertas de la ciudad.”

Josua: “¿Y cómo lo puedo reconocer?”

Elija: Está sentado entre los pobres, cubierto de heridas. Los demás abren todas sus heridas al mismo tiempo y luego las vuelven a vendar. Pero él sólo abre una herida por vez y la vuelve a vendar inmediatamente, pues dice: ¡Tal vez alguien me necesite! ¡Tengo que estar siempre preparado para no perder ni un minuto!

¡Dentro de tus llagas escóndeme! —Jung comenta este verso de la oración medieval del *Anima christi* en sus Conferencias (1940) sobre san Ignacio de Loyola, el místico vasco. Jung describe extensamente el significado de la persona de Jesús (en un sentido andrógino) y de su cruz como símbolo de expiación. “En la meditación acerca del Cristo sufriente con la herida en el costado nos encontramos con el Sí-mismo; y el lado ‘masculino’ del hombre debe ‘ser herido’, cuando aparece el lado ‘femenino’ en el proceso de individuación” (Kügler 1989). Este contacto del ayudante con sus propias heridas no consiste en dar explicaciones o en hablar en forma consciente acerca de sus heridas, sino en percibir¹ la propia herida, abriéndole al otro un espacio para la evolución. Este sen-

¹ N. de la T.: En alemán, “*Wahr-Nehmen*”, percibir y, a la vez, “tomar en serio”.

tirse contenido (en el aspecto femenino y materno de Jesús, según interpreta Jung en la Conferencia 5 del 1/12/1939) es probablemente la experiencia trascendente más misteriosa que encierra el proceso de la curación. Brindarles proximidad contenedora y refugio a los otros quiere decir sentirse contenido uno mismo, sentir las propias heridas y, sin embargo, no abrirlas todas al mismo tiempo ni cargarlas sobre el otro, que apenas puede soportar las propias. Por eso, el *sanador herido* no debe molestar aun más al otro con sus propias quejas ni hablar de sus heridas. Para liberar las fuerzas sanadoras del otro, es suficiente que las acepte.

¡Dentro de tus llagas escóndeme! Con ayuda del modelo de Bion del “*container-contained*” (Bion 1962; Lazar 1993) se puede ilustrar la postura terapéutica básica, que implica tanto el sostener y contener como el ser sostenido y contenido. La pareja “*container-contained*” caracteriza una relación contenedora según el modelo de la relación madre-hijo, según el molde arquetípico de la relación entre lo femenino y lo masculino, un modo común de conocimiento y, ante todo, de elaboración mental, de desintoxicación o de digestión de contenidos destructivos.

El sufrimiento por la falta de totalidad, por la propia lesión psíquica o física, tal vez por heridas incurables, ya no necesita ser “eliminado”, entonces, en el sentido de un ideal unilateral de salud y fortaleza. El sufrimiento, cuando es aceptado en una relación sanadora, puede convertirse incluso en un símbolo psíquico significativo que hace posible la evolución (O’Kane 1990). Si uno de los objetivos de la terapia es la integridad psíquica, entonces consiste en la aceptación de la herida y de la curación como las dos caras de la realidad psíquica total, de la imagen de sí mismo y de la imagen corporal. Mi propio *containing* como ayudante, mi capacidad para materner terapéuticamente, presupone que yo mismo esté “guardado y cuidado” en un “*container*”, de modo que pueda encontrar mi lugar en el drama mesiánico, ya sea en el diálogo-marco entre el rabí Josua y Elija, ya sea en el encuentro con el Mesías y los pobres o, incluso, asumiendo la persona-máscara del Mesías.

El rabí Josua es el teólogo que, según la tradición, pregunta *acerca* del Mesías y en cuya escatología abstracta no aparece o no es identificable el Mesías hecho hombre. El encuentro directo con el Mesías, que está sentado entre los pobres y cura sus heridas *ahora* apenas le es posible. Él mismo no se siente guardado en las heridas del Mesías. Espera la llegada

de un Mesías eficiente, fuerte, que supere toda debilidad. No comprende que él mismo también es uno de los pobres heridos, que no puede iniciar la relación con el Mesías desde una posición de fortaleza. Pues las propias heridas no se pueden sentir a partir de una tendencia a la queja mal entendida ni a partir del propio talento. Jesús no me pone sólo ante la alternativa de servir a mi prójimo o de hacer caso omiso del herido evidenciando una fortaleza insensible, sino que relata la parábola del samaritano para que yo vea al samaritano y al herido como a dos caras de mí mismo. El relato también nos quiere decir: ¡Tú no eres el sanador, sino que estás al servicio de la curación, del sanador interno que se está constelando! ¡No confundas tus propias capacidades o tu carisma con el misterio mesiánico de Jesús! ¡Al abrir y cerrar las vendas no olvides que el Mesías cura a través de su propia debilidad y su herida, y no mediante un sistema de vendajes especialmente perfecto! Pues él es un salvador herido y no un sanador que responde a nuestra idea de éxito y de eficiencia.

Quando el rabí Josua llegó adonde estaba el Mesías, le dijo: “¡La paz esté contigo, mi maestro!”

El Mesías contestó: “¡La paz también esté contigo, hijo de Leví!”

El rabí le preguntó: “¿Cuándo vendrás?”

Él contestó: “Hoy.”

El rabí Josua regresó adonde estaba Elija, que le preguntó: “¿Qué te dijo?”

“En realidad, me mintió, pues me dijo: ‘Vendré hoy’, y no ha venido.

Elija habló: “Esto es lo que te dijo: Si escucharan hoy su voz.”

EL ESPACIO TERAPÉUTICO COMO *CONTAINER*

“El mito o la leyenda surge a partir de material arquetípico que se constela en la enfermedad, y la eficacia psicológica consiste en conectar al paciente con el sentido general y humano de su situación particular. La mordedura de la serpiente, por ejemplo, es una situación arquetípica, por lo que también aparece como motivo en muchos relatos. Cuando se puede expresar del mo-

do adecuado la situación arquetípica que subyace a la enfermedad, el paciente está curado. Si no se encuentra una expresión correspondiente, el paciente es arrojado nuevamente al estado de aislamiento de su estar enfermo, a sí mismo; está solo y no tiene contacto con el mundo. Pero si se le muestra que su sufrimiento particular no es sólo *su* sufrimiento, sino un sufrimiento general (incluso el sufrimiento de un dios) entonces se encuentra en la comunidad de hombres y dioses, y este saber genera un efecto curativo. La terapia religiosa moderna procede de igual modo: el dolor o la enfermedad se comparan con el sufrimiento de Cristo, y esta comparación tiene un efecto consolador. El individuo es sacado de su penosa soledad y se manifiesta como un ser humano con un destino heroico, lleno de sentido que, en última instancia, es beneficioso para el mundo entero como el sufrimiento y la muerte de un dios (Jung, O. C. 18/I, pág. 231).

En este párrafo, Jung aborda la relación entre lo particular y lo universal. En las *Tavistock-Lectures* relata el sueño de un francés: Bajo la catedral de Toledo se encuentra una cisterna llena de agua en la que vive una serpiente. Jung interpreta la cripta (del gr. *kr̥ptein*: ocultar) que se encuentra debajo de la catedral como un lugar misterioso que, en realidad, no es parte de una iglesia católica. La cripta de Chartres, por ejemplo, se remonta a una fuente que era el santuario de una diosa de la época precristiana. Pero la imagen del sueño de la fuente con la serpiente no proviene ni de la experiencia personal ni de un saber arqueológico. El agua en la profundidad expresa, por el contrario, el inconsciente que es vigilado por una serpiente (o también por un dragón).

“De este modo, las profundidades, las capas de extrema inconsciencia contienen en nuestro sueño simultáneamente la llave de la totalidad individual, con otras palabras, de la curación. El significado de total o de totalidad consiste en hacer sagrado o curar (inglés: *whole = holy, healing*). El descenso a las profundidades conduce hacia la curación. Es el camino hacia el ser total, hacia el tesoro que la humanidad sufriente busca permanentemente y que está oculto en un lugar vigilado por algo terriblemente peligroso. Es el lugar de la inconsciencia originaria y, al mismo tiempo, es el lugar de la curación y de la redención, porque contiene la joya de la totalidad. Es la cueva habitada por el dragón del caos y también la ciudad indestructible, el círculo mágico o *témenos*, el ámbito sagrado, en el que se pueden reunir todas las partes disociadas de la personalidad” (Jung, O. C. 18/I, pág. 270).

Jung sólo menciona una vez en forma expresa lo “contenedor” y lo “contenido”, a saber en relación con el matrimonio como relación psicológica (O. C. 17,8). Sin embargo, este concepto reaparece a menudo y en diversas imágenes referido a la relación terapéutica. Jung compara, por ejemplo, el marco terapéutico con el “*vas hermeticum*” de la alquimia, con la pila bautismal, con la fuente mística, (véase figura 10), con el *témenos*, el ámbito delimitado del templo (Samuels et al. 1986). La figura 13 muestra la última imagen del relato del samaritano que se encuentra en Chartres. Desde el punto de vista iconográfico, se asemeja a una sepultura (Manhes y Deremble 1986). Estamos en una cripta, en una bóveda iluminada por una lámpara de aceite. La postura del samaritano es maternal como la de las mujeres en el sepulcro o la de José de Arimatea. Pero el peregrino que fue asaltado por los ladrones no está muerto, está oculto, contenido en una especie de hospital donde puede permanecer hasta que se cura. Orígenes y nuestro vitral ven en el samaritano al salvador y al siervo de Dios; él puede contener en forma maternal. Este *containing* es posible porque él mismo atravesó la herida y la muerte antes de poder tomar sobre sí el sufrimiento del otro.



Figura 13: El samaritano cuida al enfermo en el albergue

En la prédica de Orígenes acerca de nuestra parábola, el albergue se llama *pandóchion*, lo que todo lo alberga y, por lo tanto, lo contiene. En el sueño de Micaela, el *container* terapéutico se llama “taberna” o también “dormitorio”. “Taberna” se puede asociar con “tabernáculo”, es decir, un armario pequeño en el que se guarda algo valioso y sagrado. Micaela sabe que está en un espacio protegido, en el que pueden llevarse a cabo los procesos de cambio significativos para la curación. Es verdad que allí la molesta el Sr. Tüpfel. La metáfora de la televisión también es importante. Andi mira televisión lejos, en la casa de la abuela (¡pero al alcance de la vista!). El Dr. von Heimgarthen viene para instalar la televisión por cable, es decir, para establecer una conexión, en cierta forma, la conexión arquetípica con la “serpiente” moderna, el cable.

En nuestra evolución psíquica, los arquetipos son importantes *containers* internos. Justamente el arquetipo de la curación pone a disposición estructuras psíquicas que otorgan significado al absurdo de la enfermedad, que relacionan la enfermedad individual con el acontecer suprapersonal del enfermarse y sanar, que desintoxican lo destructivo. Como todas las estructuras de containing, el arquetipo sirve para desintoxicar *elementos beta* (como por ejemplo los síntomas de una enfermedad grave) no psíquicos y carentes de significado, para transformarlos en *elementos alpha* psíquicos, que tienen un significado, que se convierten en signos que se pueden comprender conjuntamente. Siguiendo a Peirce son símbolos, signos triádicos. Podemos afirmar con Saussure que todo signo tiene un lado físico (*significante*, por ejemplo, un síntoma físico mensurable) y un sentido (*significado*, por ejemplo, el significado personal que le atribuyo a dicho síntoma). La historia de un individuo se convierte en un relato con sentido cuando los signos se relacionan, formando un texto narrativo (Frick 1993).

La visión arquetípica del *containing* nos enseña que el médico no sólo debe recibir y albergar contenidos destructivos para desintoxicarlos. Asclepio cura más bien con la sangre de las terribles Gorgonas. El motivo de la serpiente curativa y venenosa se condensa en la cabeza rodeada de serpientes de la Medusa, la única mortal entre las tres Gorgonas. Perseo mata a la Medusa con ayuda divina: Hermes le presta la hoz, pero Atenea el escudo, en cuyo reflejo podía soportar la mirada de la Medusa que, de lo contrario, lo habría petrificado. Zielen (1987) compara la bolsa má-

gica en la que Perseo guarda la cabeza de la Medusa con la capacidad del terapeuta de llevar en sí contenidos psíquicos terribles y que infunden miedo.

Según Bion, la preconcepción innata requiere de un *container* externo, es decir, de otro “que materna”. De la misma manera, el espacio analítico representa un *container* externo, un marco de contención en el que podemos entrar en contacto con el arquetipo como *container* interno. La “bolsa mágica” del terapeuta es sólo una ayuda pasajera. El modelo originario del “*container-contained*” es la relación madre-hijo. Pero incluso la capacidad materna de recibir “elementos-beta” destructivos del niño y desintoxicarlos está “contenida” nuevamente en las estructuras arquetípicas. La madre se ofrece a las estructuras arquetípicas formales y ocultas (por ejemplo, al arquetipo de la Gran Madre) como “container externo”, para darles significado y contenido personal (Dehing 1994). De modo semejante podemos decir que los terapeutas, los hospitales, etc. ofrecen un *container* externo para que se pueda constelar el arquetipo de la curación (en un principio abstracto-formal).

LA FUNCIÓN DE ABUELA

En la noche anterior a la sesión 107, Gisela, una paciente de 35 años, sueña que visita una ruina griega o romana con compañeros de trabajo y que, de pronto, ya no los puede seguir y levanta vuelo:

“Otra vez volé, primero flotaba a ras del suelo, luego ráfagas de aire me empujaban hacia arriba. Por lo general solía disfrutar de ese momento pero, esta vez, me dije: tengo que volver al suelo. Hice movimientos para regresar a la tierra. Aterricé en una especie de jardín o de plantación, en un terreno alambrado. No estaba totalmente vestida, no tenía los jeans puestos. Esa sensación penosa... Tengo miedo de que los dueños del lugar me descubran, pero me alegraría poder mantener una conversación amable con ellos.”

Primero hablamos de lo que podrían significar el “elevarse” y la “adherencia al suelo”. Luego advierto que el jardín puede ser un *container* te-

rapéutico y que en el temor de ser “descubierta” por los dueños se puede estar reflejando nuestra relación psicoanalítica. Recuerdo una intervención de Kathrin Asper (1994), que le dijo a una paciente: *Entonces descuidé de encontrarla, descuidé de percibirla, ... dónde estaba su estado de ánimo, descuidé, en realidad, de empatizar con usted. Puedo imaginarme que usted en su desesperación hubiera querido ser encontrada.* Bion describe cómo el terapeuta cae en un estado de ensoñación semejante al de la madre que amamanta, pudiendo convertir justamente así elementos-beta tóxicos en elementos-alpha con sentido y significado. Probablemente me había apartado en esta *rêverie*, por lo tanto era yo quien se había desviado y se había elevado. Le pregunto entonces a mi paciente si tal vez se siente demasiado poco buscada por mí, si detrás del temor del sueño *también* podría encontrarse el deseo de ser (más) buscada. Es evidente que se trata realmente de este llegar a mí, al suelo del espacio terapéutico. Gisela puede expresar ahora que siente tanto la necesidad de ser buscada como el miedo a ser encontrada. Seis meses más tarde, Gisela sueña:

El señor Frick se inclinó sobre mí, mientras yo estaba acostada. Primero me pareció que me quería tapar, de todos modos me asusté y entré en pánico. Le pegué al señor Frick e, inmediatamente después, me disculpé. Ahora el lugar de la terapia era una cueva en un árbol de aproximadamente 2 m de altura y la terapia duraba todo el día...

Está muy impresionada por la imagen del árbol de la terapia embarazado que aparece reiteradamente en sus sueños y fantasías. A nivel subjetal se compara a sí misma con el árbol. Ahora vislumbra que se puede abrir en la parte superior, en la zona del corazón, sin perder el contacto con el suelo y la raigambre en el reino de la tierra que prodiga energía. Se pone de manifiesto que el árbol con que sueña es un símbolo masculino-fálico como la lanza y el árbol del mundo pero también un símbolo femenino-contenedor como la cripta, como un recipiente o como la bolsa mágica de Perseo. Según Jung (O. C. 13, pág. 460), el árbol materno combinado con la serpiente representa el ánima del chamán y en su crecimiento, el proceso de individuación y de curación (Te Paske 1983). El árbol y la vara de Asclepio recuerdan al ciprés que le era sagrado a Apolo.

La imagen del sueño de la paciente me agrada. Se me ocurre que, a menudo, se compara la cruz como símbolo de la herida y de la curación, del desgarramiento y de la totalidad, con un árbol. Sueño *que Gisela se para frente a mí y se queja llorando: su familia no la tomó en serio y le endilgó mucha responsabilidad. En el sueño me sorprende la forma vehemente en que expresa sus sentimientos y no sé bien cómo manejarla. Me siento impotente.* Las asociaciones de la paciente con la imagen de su sueño del árbol embarazado y mi propio sueño de contratransferencia parecen mostrarme caminos de cómo la paciente desea ser buscada. Asper (1987) caracterizó la búsqueda del paciente como una actitud específicamente maternal. Esta autora compara de modo muy gráfico dos estilos terapéuticos: uno, orientado por el arquetipo materno y, el otro, orientado por el arquetipo paterno. En el primer sueño de Gisela, por ejemplo, el jardín es una imagen materna. Para Asper esta clasificación no implica una adjudicación sexista de características, tampoco se trata de materner o apadrinar superficialmente como un “truco” terapéutico, sino que ambos estilos se complementan como el *cuidado* y la *justicia* (Frick 1994), como la soteriogenia y la patogenia.

Si nos dejamos orientar por el arquetipo de la madre, se pone de manifiesto con mayor claridad que, también en el paciente adulto, el “niño” sufre la carencia de medios específicamente maternos. A menudo, este tipo de individuos se ha construido una superestructura patriarcal al asumir actitudes específicamente paternas. La interpretación dentro de un modelo de conflicto específicamente paterno podría conllevar la tendencia de construir “pedagógicamente” una relación alumno-docente y tomar o elaborar la superestructura patriarcal. Esto es distinto en el modelo de carencia materna específica. En estos casos, en primer lugar se ve el lado positivo de las exigencias severas y patriarcales que el individuo se impone a sí mismo. No criticamos el sufrimiento ocasionado por la propia sombra ni por la propia devaluación. Por el contrario, *prestamos sentimientos*. Nos dejamos guiar ante todo por la decepción del paciente, independientemente de que esta decepción sea “justificada” o “acorde con la realidad”. En la *psicología de dos individuos* específicamente materna también buscamos al niño en el paciente adulto. Rastreamos para descubrir dónde se encuentra el niño desde lo emocional y en su Sí-mismo corporal. La *psicología de un individuo* específicamente paterna espera, en cambio, que el niño venga. Reitero una vez más que esta compa-

ración presenta dos tipos de acompañamiento que aparecen mezclados en nosotros en distinta proporción.

La contención terapéutica consiste en una "conferencia" entre colegas, entre el terapeuta externo y el sanador interno, es decir que vamos a invitar a los recursos del paciente a que aporten lo suyo al proceso de curación. Y vamos a reconocer con modestia que el sanador interno del paciente cumple un papel mucho más importante que nuestro *rol* profesional. *Le cbassé-croisé* entre terapeuta y paciente (véase el esquema del cuaternio en el Cap.V) se puede resumir mediante la frase de Juan el Bautista: "Él ha de ir creciendo en importancia, y yo disminuyendo" (Juan 3, I 30). La contención mutua se llevará a cabo en el compartir. En un juego de palabras, Moreno sustituye el término *Einfühlung* (empatía) por el de *Zweifühlung*. La *Einfühlung* consistiría en sentir en cuanto uno (por ej., el médico que siente como una madre lo que su bebé-paciente necesita). *Zweifühlung*, en cambio, es el sentir como dos, desde el co-inconsciente.

Superar la "guerra" terapéutica convencional para entrar en la lucha de la cual habla Racker nos prepara para la inversión de *roles* entre terapeuta y paciente que es un compartir, un intercambio de las actitudes de receptividad-pasividad (en términos morenianos: cluster 1: Bustos 1997) y de masculinidad-actividad (cluster 2) para llegar al cluster 3 de la mutualidad. En la tabla siguiente, oponemos los clusters 1 y 2, para mostrar dos estilos terapéuticos complementarios. La meta no es favorecer uno de los dos sino introducir el cluster 2 desde la contención básica ofrecida por el terapeuta (cluster 1) para llegar a la mutualidad, al cluster 3.

| | Actitud específica de la madre (relaciones y roles del cluster 1) | Actitud específica del padre (relaciones y roles del cluster 2) |
|-----------------------------------|--|--|
| Se enfatiza | la relación orientada hacia las causas. Se adentra en la transferencia/ contratransferencia. | la abstinencia orientada hacia la finalidad (meta). Autorreparación de la psiquis. |
| Abordaje predominante | afectivo | cognitivo |
| Seguridad ofrecida | por la confianza fundamental. Crecer llevado en brazos de la madre. | por el hecho de dar orientación. Dar pasos hacia la autonomía de la mano del padre. |
| La relación se centra en | el paciente | el terapeuta |
| Actitud fundamental del terapeuta | ser testigo y aceptar | interpretar |
| Función principal del médico | Atribuir significado, <i>containing</i> , sumergirse en el universum del analizado | Confrontación. Encontrar una teoría y confirmarla. |
| Oficios simbólicos | jardinero | detective |
| Foco puesto en | los mecanismos de protección, las estrategias de supervivencia tienen connotación positiva | la resistencia/ la defensa se 'tratan', se 'eliminan' |
| Consignas bíblicas | <i>Que el Señor te mire con agrado y te muestre su bondad (Num 6, 24 y ss.). No te suelto a menos que me bendigas (Gn 32).</i> | <i>Yo les declaro... En el principio ya existía la Palabra (Juan 1).</i> |

Cuadro 2: Los paradigmas de la relación terapéutica según Asper (1994) y Bustos (1997)

La curación significa transformación, co-evolución de ambas partes de la relación terapéutica. En cada sesión psicodramática tenemos el momento "sabático" del compartir. El *shabat* nivela las diferencias entre nosotros y anticipa la nueva creación. Así se nivelan los *roles* profesionales. El arquetipo del sanador nos enseña que ambos lados (paciente y médico, enfermo y terapeuta) se contienen *mutuamente*. La curación requiere una conferencia terapéutica a menudo olvidada por su carácter inconsciente (Leutz 1980): Se hace una conferencia entre colegas entre el sanador interno del "paciente" y el del médico, se invierten los *roles* entre médico herido y paciente/sanador interno: Para que se dé la curación, el *sanador interno* debe entrar en contacto con el *médico externo*. Finalmente se despiden un sanador herido y un herido sanado, que ya no necesitan reprimir ni proyectar mutuamente sobre el otro sus respectivas sombras. En vez de imponer nuestro poder curativo, nuestra competencia, nuestra eficacia, trabajamos por el "*empowerment*" del sanador interno. El inválido arquetípico está pasando con regularidad por los consultorios de médicos y de terapeutas sin que casi nadie se dé cuenta del ritmo irregular de su caminata coja. En la medida en que nos fijemos en el ritmo de sus pasos, dejaremos lugar al sanador interno del paciente que tiene otro ritmo, el del bailarín inconsciente.

En la entrada de un hospital católico había dos figuras de santos, que no tenían gran valor desde el punto de vista artístico, pero llamaban la atención a las diversas personas que ingresaban a dicha clínica, a veces temerosas, y también a la anciana enfermera, que hacía años que cumplía con su servicio en dicha entrada. Un día, el personal de maestranza retiró ambos santos de la pared a la que estaban atornillados y los llevó a un sótano, donde quedaron depositados bajo una capa de polvo. En su lugar, instalaron un expendedor automático de monedas para el estacionamiento y otro de tarjetas telefónicas. Los símbolos de la curación que ya no están vivos deben dejar lugar a los símbolos fugaces de nuestra sociedad del trueque. La palabra *hospital* proviene del latín *hospitalis*, hospitalidad. Quien está enfermo ingresa a un hospital o a un consultorio con temor y esperanza y quiere que se lo contenga contemplando estos dos sentimientos.

La puerta de entrada se abre, la mirada fugaz de un individuo enfermo recae sobre la enfermera de la entrada. El enfermo echa *también* una mi-

rada, aunque tal vez sólo de modo inconsciente, al reino de la muerte. *Quid sum miser tunc dicturus? ¿Qué puedo decir yo, mísero?*, reza el fallecido en el réquiem en latín. *Quem patronum rogaturus? ¿A cuál patrono, a cuál portavoz puedo rogar?* La mirada recae sobre la pared que se encuentra frente a la entrada. Si pudiera imaginar un ícono de la curación para ese lugar, sería la imagen de santa Ana y la Virgen: María sostiene a Jesús y ella misma es cuidada por su madre Ana. El sueño del árbol terapéutico (figura 14) de Gisela puede expresar mejor que cualquier texto qué quiere decir *containing*: la *raigambre* y el *contacto con la tierra* que un individuo recobra mediante símbolos vivos y la comprensión terapéutica conjunta, que Jacob Moreno caracterizó en forma muy acertada como *Zweifühlung* (sentir como dos). Al árbol de Gisela aún le faltan, en gran parte, las raíces. Pero el tronco majestuoso tiene ya una apariencia lo suficientemente ancha y sólida como para sostener la obra analítica conjunta y las ramificaciones de la copa.

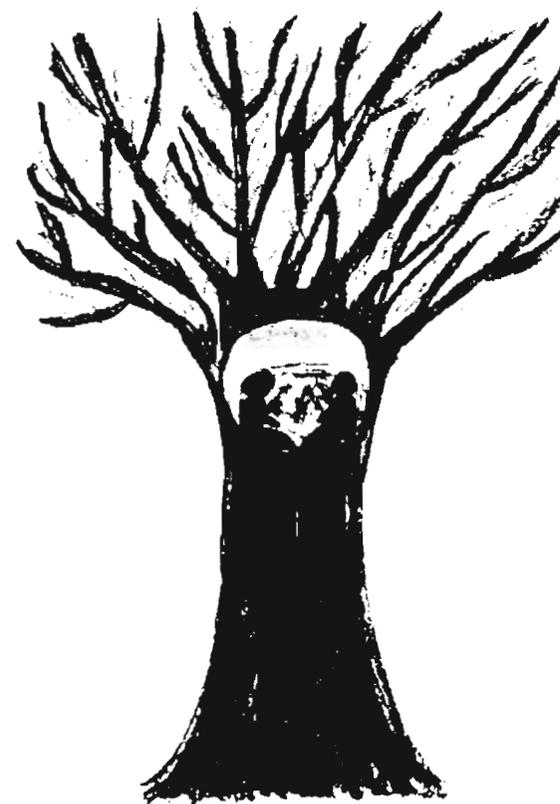


Figura 14: Gisela y su médico en la "cueva terapéutica"

Epílogo

Quisiera finalizar el presente libro con un cuento de hadas transcrito por los hermanos Grimm:

Había una vez un hombre pobre que tenía doce hijos y necesitaba trabajar día y noche para poder llevarles tan siquiera un pedazo de pan. Cuando nació su decimotercer hijo, el pobre hombre, que ya no sabía qué hacer en su desgracia, salió a la calle para pedirle al primero que pasara que fuera padrino de su último hijo. El primero que se le cruzó fue Dios, que sabía perfectamente lo que oprimía el corazón del pobre hombre, y le dijo:

—Pobre hombre, tu pobreza me da pena, yo seré el padrino de tu hijo, lo cuidaré y velaré por su felicidad sobre esta tierra.

—¿Quién eres tú? —le preguntó el hombre.

—Soy Dios.

—En tal caso, no te necesito como padrino —dijo el hombre—. Tú le das al rico y dejas morir de hambre al pobre.

El hombre dijo esto porque no sabía con cuánta sabiduría distribuye Dios la pobreza y la riqueza. Por lo tanto, se alejó del Señor y siguió andando. Entonces, se le acercó el Diablo y le dijo:

—¿Qué buscas? Si tú me aceptas como padrino de tu hijo, tendrá oro en cantidad y gozará de todos los placeres de la vida.

El hombre le preguntó:

—¿Quién eres tú?

—Soy el Diablo.

—En tal caso, no te necesito como padrino —dijo el hombre—. Tú engañas a los hombres y los induces a la tentación.

Siguió andando y vio que se le acercaba la esquelética Muerte.

—Acéptame como madrina de tu hijo —le ofreció la Muerte.

El hombre le preguntó:

—¿Quién eres tú?

—Soy la Muerte, ante la cual todos los hombres son iguales.

—Tu justicia es igual para todos —dijo el hombre—. Tú no haces diferencia entre el rico y el pobre y te llevas a todos por igual. Tú serás la madrina de mi hijo.

La Muerte respondió:

—Yo le daré riqueza y fama a tu hijo, pues nada le puede faltar a quien me tiene como amiga.

El hombre dijo:

—El bautismo será el domingo próximo, cuento entonces contigo.

La Muerte se presentó, como había prometido, y se comportó como una perfecta madrina.

Cuando pasaron los años y el joven creció, su madrina vino a verlo un día y le pidió que la siguiera. Lo llevó al bosque, le mostró una hierba que crecía allí y le dijo:

—Recibirás ahora tu regalo de bautismo. Haré de ti un médico famoso. Yo me apareceré cada vez que te llamen para ver a un enfermo: si me ves en la cabecera del enfermo, puedes decir, resuelto, que lo curarás y, si le administras esta hierba, sanará. Pero si me ves a sus pies, sabrás que me pertenece y podrás afirmar con toda certeza que no hay ayuda posible y que ningún médico en el mundo lo podrá salvar. Pero cuídate bien de usar la hierba en contra de mi voluntad; de lo contrario, te arrepentirás.

No pasó mucho tiempo y el joven se convirtió en el médico más famoso del mundo entero.

—Le basta con mirar al enfermo y ya sabe si sanará o si debe morir — se decía de él, y de todas partes venía la gente a consultarlo, lo llevaban a ver a los enfermos y le daban tanto oro que pronto se volvió un hombre rico. Sucedió entonces que el rey enfermó y se llamó al médico para que dijera si era posible que se curara. Pero, cuando el médico se acercó al lecho, la Muerte

estaba a los pies del enfermo, de modo que no había hierba alguna que pudiera curarlo.

—Si por una vez pudiera burlar a la Muerte —pensó el médico—, lógicamente me lo torhará a mal pero, como es mi madrina, finalmente me perdonará: me arriesgaré.

Tomó pues al enfermo y lo acostó al revés, de modo que la Muerte quedó parada en la cabecera. Luego, le dio de la hierba, y el rey se restableció y recuperó totalmente la salud. Pero la Muerte fue a ver al médico, le puso una cara sombría y amenazante y le dijo, con el dedo en alto:

—Me engañaste. Te lo perdono por esta vez, porque eres mi ahijado pero, si lo intentas de nuevo, te costará el pellejo, pues te llevaré a ti.

Al poco tiempo, la hija del rey enfermó gravemente. El rey lloró día y noche hasta enneguecer, pues era su única hija, y proclamó que quien pudiera curarla se casaría con ella y heredaría la corona. Cuando se presentó ante el lecho de la enferma, el médico famoso vio la Muerte a sus pies. Debería haber recordado la advertencia de su madrina, pero la gran belleza de la princesa y la suerte de poder convertirse en su esposo lo obnubilaron a tal punto que no hizo caso de la amenaza. No vio que la Muerte lo miraba furiosa, que levantaba la mano y lo amenazaba con su flaco puño; levantó a la enferma y apoyó su cabeza donde habían estado sus pies. Luego, le administró la hierba y enseguida sus mejillas recobraron el color y se curó.

La Muerte, viendo que por segunda vez se le había escapado una vida que le pertenecía, avanzó con pasos largos hacia el médico y le dijo:

—Se acabó, pues ahora te toca el turno a ti.

Lo tomó con su mano helada con tanta fuerza que le fue imposible resistirse y lo llevó a una cueva subterránea. Allí el médico vio cómo ardían miles y miles de velas en filas inacabables, algunas grandes, otras medianas, otras pequeñas. A cada instante se extinguían algunas y otras se encendían, de modo que las llamitas parecían saltar de un lado a otro en un movimiento constante.

—¿Ves? —dijo la Muerte— éstas son las llamas de la vida de los hombres. Las grandes pertenecen a los niños, las medianas a los adultos en sus mejores años y las pequeñas pertenecen a los ancianos. Pero, a veces, también hay niños o personas jóvenes que sólo tienen una lucecita pequeña.

Muéstrame la mía —pidió el médico, que se imaginaba que iba a ser aún bastante alta.

La Muerte señaló una llama minúscula que amenazaba con extinguirse, y le dijo:

—¿Ves? Es ésa.

—¡Oh, madrina querida! —dijo el médico aterrado—, ¡enciéndeme una nueva, hazlo por mí para que pueda disfrutar mi vida, llegar a ser rey y esposo de la bella princesa!

—No puedo —contestó la Muerte—; es necesario que una llama se extinga para que se encienda una nueva.

—Entonces, apoya la vieja sobre una nueva que siga ardiendo inmediatamente cuando se acabe la anterior —rogó el médico.

La Muerte fingió que quería acceder a su deseo y buscó una vela alta y nueva; pero, como se quería vengar, al colocar la grande, dejó caer la vela pequeña y ésta se extinguió. Inmediatamente, el médico cayó inerte al suelo, entregado él mismo a las manos de la Muerte.

El cuento *La muerte madrina* tiene algo estremecedor, especialmente puesto al final de un libro que trata de la curación. Y, sin embargo, a pesar de lo ajena que siempre seguirá siendo la muerte para nosotros, el médico está tan cerca de ella por su profesión como sólo lo están además el sepulturero y el sacerdote. ¿Qué es más estremecedor, que al comienzo sea justamente la muerte la madrina del futuro médico, o el terrible realismo desde el cual escuchamos caer al suelo al médico al final del cuento, justo en el momento en que su vida se extingue?

La idoneidad diagnóstica, pronóstica y terapéutica del médico (esto es lo que nos dice el cuento) se basa en que su vida ya está endeudada con la muerte mucho antes de que comience a ejercer su profesión. Como la supuesta perspicacia del médico y la supuesta eficacia de sus hierbas dependen del arbitrio de la muerte, el enredo ya está anunciado: si quiere ser sanador y conservar la vida de otros, el médico se debe endeudar él mismo frente a la muerte. Emplea su libido, su energía, al precio del *burning out*, de la extinción de la pequeña llama de la vida en la cueva subterránea.

No quiero glorificar las profesiones terapéuticas ni afirmar siquiera que el compromiso sea mayor aquí que en otra tarea. Pero, sin duda, existe una relación interna entre el drama de la curación y el descenso a la cripta subterránea, donde, de repente y de modo ominoso, están en juego mi propia vida y mi propia muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- ALY, Götz (Coautor y editor): AKTION T4 1939-1945. "Die 'Euthanasie' Zentrale in der Tiergartenstraße 4" (La central de la eutanasia en la Tiergartenstraße 4), Berlín, 1989.
- ANTONOVSKY, Aaron: "Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung", en *Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (Salud psicósomática: Hacia un distanciamiento del concepto de patogénesis)*, Franke, Alexa y Broda, Michael (eds.), Tübingen, 1993.
- ASPER, Kathrin: *Verlassenheit und Selbstentfremdung. Neue Zugänge zum therapeutischen Verständnis (Abandono y autoenajenamiento. Nuevas vías hacia la comprensión terapéutica)*, Olten/Friburgo im Breisgau 4.ª ed., 1991.
- BEIRNAERT, Louis: "La Transmission dans un ordre religieux", en *Aux frontières de l'acte analytique. La Bible, saint Ignace, Freud et Lacan*, París, 1987.
- BERTRAM, Gisela: "Hippokrates, ein archetypisches Bild ärztlicher Individuation" (Hipócrates: Una imagen arquetípica de individuación médica), Conferencia en el Congreso de Zurich del IGAP, 1968.
- BION, Wilfred R.: *Aprendiendo de la experiencia*, Barcelona, 1980.
- BLANK, Josef: "Begegnung mit dem Heiligen als Krise und Entscheidung", en *Heilkraft des Heiligen* ("El encuentro con lo sagrado como crisis y decisión", en *El poder curativo de lo sagrado*), Friburgo/Basilea/Viena, 1975, págs. 45-77.
- "Der leidende Gottesknecht" (El siervo de Dios sufriente) (Jes 53); en Pawlowsky, Peter/Schuster, Erika (editores): *Woran wir leiden (¿De qué sufrimos?)*, Innsbruck/Viena/Munich, 1979, págs. 28-67.
- BLEULER, Eugen: *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung (El pensamiento autista-indisciplinado en la medicina y su superación)*, Berlín, 1919.
- BONHOEFFER, Dietrich: "Brief aus dem Gefängnis Tegel an Eberhard Bethge" (Carta desde la cárcel de Tegel a Eberhard Bethge), en *Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft (Resistencia y sumisión. Cartas y apuntes desde la cárcel)*, Bethge, Eberhard (eds.), Munich, 1970, Salamanca, 1979.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION: *Verratene Medizin. Betätigung von Ärzten an Menschenrechtsverletzungen (Medicina traicionada. La participación de médicos en violaciones a los derechos humanos)*, 1992.
- BUSTOS, Dalmiro M.: *Actualizaciones en psicodrama*, Buenos Aires, 1997.
- CAÏN, Anne: *Le psychodrame-Balint. Méthode, théorie et applications*, Grenoble, 1994.
- DEHING, Jef: "Containment -an archetype?", en *Journal of Analytical Psychology* 39, 1994.

- DIECKMANN, Hans: *Komplexe Diagnostik und Therapie in der analytischen Psychologie (Los complejos. El diagnóstico y la terapia en la psicología analítica)*, Berlín/Heidelberg/Nueva York/Londres/París/Tokio/Hong Kong/Barcelona, 1991.
- DÖRNER, Klaus: "Suizid - Schnittpunkt des Rechts zu leben und des Rechts zu sterben" (Suicidio: La intersección del derecho a vivir y del derecho a morir), en *Suizidalität. Deutungsmuster und Praxisansätze (Suicidalidad. Modelos de interpretación y principios prácticos)*, Giernalczyk, Thomas y Frick, Eckhard (eds.), Regensburg, 1993, págs. 26-40.
- DOWNTON, J. V.: "Individuation and shamanism", en *Journal of Analytical Psychology* 34, 1989, págs. 73-88.
- ELIADE, Mircea: *Schamanismus und archaische Ekstasetechnik (El chamanismo y la técnica arcaica del éxtasis)*, Frankfurt am Main, 1991, *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, París, 1968.
- ELLACURÍA, Ignacio: "El pueblo crucificado", en *Mysterium Liberationis*, ed. por: Sobrino, Jon, *Conceptos fundamentales de la teología de la liberación*, tomo II, San Salvador/Madrid, 1990, págs. 189-216.
- ELLENBERGER, Henry F.: "La notion de maladie créatrice", en *Canadian Philosophical Review* 3 1964, págs. 25-41.
- FERENCZI, Sándor: *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932 (Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932)*, ed. por: Dupont, Judith, Frankfurt am Main, 1988.
- FOUCAULT, Michel: *La naissance de la clinique*, Munich, 1973.
- FRANZ, Marie-Louise v./HILLMAN, James: *Jung's Typology. The inferior function. The feeling function*, Dallas, Texas, 1971.
- FREUD, Sigmund: *Obras completas*:
 -----[1900a] *Die Traumdeutung (La interpretación de los sueños)*.
 -----[1910k] *Über "wilde" Psychoanalyse (Acerca del psicoanálisis "salvaje")*.
 -----[1912-13] *Totem und Tabu (Totem y tabú)*.
- FRICK, Eckhard: [1991] "Der Besessene von Gerasa. Ein Bibliodrama zu Mk 5, 1-20" (El poseído de Gerasa. Un bibliodrama sobre Mc 5, 1-20), en *Geist und Leben (Espíritu y vida)* 64, 1991, págs. 385-393.
 -----*Wer ist schuld? Das Problem der Kausalität in Psychiatrie und Psychoanalyse. Eine Untersuchung zu Martin Heideggers Zollikoner Seminaren (¿Quién tiene la culpa? El problema de la causalidad en psiquiatría y psicoanálisis. Un análisis de los seminarios de Zollikon de Martin Heidegger)*, con prólogo de Christian Scharfetter, Hildesheim/Zürich/Nueva York, 1993.
 -----*Zwischen Gerechtigkeit und Sorge - Die Ethik der Suizidprävention* (Entre la justicia y el cuidado: La ética de la prevención del suicidio), en *Ethische Aspekte der*

- psychozialen Arbeit (Aspectos éticos del trabajo psicosocial)*, ed. por: Arnold, Eva/Sonntag, Ute, Tübingen, 1994, págs. 101-115.
- (con Helmut Remmler): "The priest and the anima", en *The Way Supplement* 83, 1995, págs. 64-79.
- "Bewusstwerden des typologischen Umschwungs in den "Exerzitien" des Ignatius von Loyola" (La toma de conciencia de la revolución tipológica en los "Ejercicios" de Ignacio de Loyola), en *Analytische Psychologie (Psicología analítica)* 27, 1996, págs. 89-118.
- FUCHS, Marianne: *Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem (Relajación funcional. Teoría y práctica de la relajación del organismo a través de la respiración rítmica)*. Con una introducción de Eckart Wiesenhütter y un apéndice sobre los "Aspectos psicoanalíticos de la relajación funcional, a cargo de Rolf Johnen y Hans Müller-Braunschweig, Stuttgart, 4.º ed., 1989.
- GEISLER, Friedel: "Judentum und Psychodrama" (Judaísmo y psicodrama), en *Morenos therapeutische Philosophie (La filosofía terapéutica de Moreno). Zu den Grundideen von Psychodrama und Soziometrie (Sobre las ideas básicas del psicodrama y de la sociometría)*, Buer, Ferdinand, Opladen, 1989, págs. 45-68.
- GIRARD, René: *Der Sündenbock (El chivo expiatorio)*, Zürich, 1988.
- GREENSON, Ralph R.: "That 'impossible' profession", en *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 1966, págs. 9-27.
- GROESBECK, C. Jess: "Der Archetypus des verwundeten Arztes" (El arquetipo del médico herido), en *Heilkraft des Heiligen (El poder curativo de lo sagrado)*, Friburgo/Basilea/Viena, 1975, págs. 177-208.
- : "Psychological types in the analysis of transference", en *Journal of Analytical Psychology* 23, 1978, págs. 23-53.
- : "C. G. Jung and the shaman's vision", en *Journal of Analytical Psychology* 34, 1989, págs. 255-275.
- GROSS, Walter y KUSCHEL, Karl-Josef: "Ich schaffe Finsternis und Unheil!" - Ist Gott verantwortlich für das Übel? ("Yo creo las tinieblas y el mal!" - ¿Es Dios responsable del mal?), Mainz, 1992.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf: "The archetype of the invalid and the limits of healing", en *Spring-Jahrbuch*, 1979, págs. 29-41.
- : *Macht als Gefahr beim Helfer (El poder como riesgo en el ayudante)*, Basilea/Munich, 1983.
- HEIDEGGER, Martin: *Beiträge zur Philosophie (Vom Ereignis) (Aportes a la filosofía. Del acontecimiento)*, (GA 65), ed. por Herrmann, Friedrich-Wilhelm v., Frankfurt am Main, 1989.

- HILLMAN, James: *The myth of analysis. Three essays in archetypal psychology*, Evanston, 1972.
- : "On the necessity of abnormal psychology: Ananke and Athene", en *Facing the Gods*, Irving, 1980, págs. 1-88.
- IANDELLI, C. L.: "The serpent symbol", en *The reality of the psyche*, Editor Wheelwright, Joseph B., Nueva York, 1968, págs. 98-113.
- JACOBY, Mario: *Übertragung und Beziehung in der Jungschen Praxis (Transferencia y relación en el análisis junguiano)*, Solothurn/Düsseldorf, 1993.
- JOHNSON, Robert A.: *Para comprender la psicología masculina*, Buenos Aires, 1989.
- JUNG, Carl Gustav: *The process of individuation. Exercitia spiritualia of St. Ignatius of Loyola. Notes on lectures given at the Eidgenössische Technische Hochschule*, Zürich, junio 1939 - marzo 1940.
- : *Recuerdos, sueños, pensamientos*, ed. por Aniela Jaffé, Barcelona, 1994.
- Las demás obras de Jung se citan según la numeración de párrafos de las *Obras completas* (O. C.) (*Gesammelte Werke* = GW) publicadas por la editorial Walter-Verlag Olten/Freiburg im Breisgau; y las cartas por fecha y destinatario. En la mayoría de los casos, se menciona también la correspondencia con las diversas obras de Jung traducidas al español.
- Obras traducidas al español que fueron consultadas:
- Energética psíquica y esencia del sueño*, Buenos Aires, Paidós, 1954.
- La psicología de la transferencia*, Buenos Aires, Paidós, 1961.
- Psicología y alquimia*, Buenos Aires, Santiago Rueda, 1957.
- Símbolos de la transformación*, Barcelona, Paidós, 1990.
- Tipos psicológicos*, Buenos Aires, Sudamericana, 1994.
- KELLER, W./VATH-SZUSDZIARA, R./ROHNER, R./WESTHOFF G./DILG, R.: "Wirkfaktoren in der Analytischen Psychologie aus der Sicht C. G. Jungs und der empirischen Psychotherapieforschung" (Factores que actúan en la psicología analítica desde el punto de vista de C. G. Jung y de la investigación psicoterapéutica empírica), en *Analytische Psychologie* 26, 1995, págs. 289-312.
- KOLIÉ, Cécé: "Jésus guérisseur?", en *Chemins de la christologie africaine*, Kabasélé, François et al. (eds.), París, Desclé, 1986, págs. 167-200.
- LAPLANTINE, François: *Anthropologie de la maladie*, París, 1986.
- LESMEISTER, Roman: *Der zerrissene Gott. Eine tiefenpsychologische Kritik am Ganzheitsideal (El Dios desgarrado. Una crítica del ideal de totalidad desde la psicología profunda)*, Zürich, 1992.
- LEUTZ, Grete-Anna: *Das klassische Psychodrama nach J. L. Moreno (El psicodrama clásico según J. L. Moreno)*, Berlín/Heidelberg/Nueva York, 1974.

- : *Das Psychodramatisch-Kollegiale Bündnis (La alianza psicodramática entre colegas)*, en *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 15 (Psicoterapia de grupo y dinámica de grupo 15)*, 1980, págs. 176-187.
- MOLTMANN, Jürgen: *Der gekreuzigte Gott. Das Kreuz Christi als Grund und Kritik christlicher Theologie (El Dios crucificado. La cruz de Cristo como motivo y crítica de la teología cristiana)*, Munich, 1972.
- NEUMANN, Erich: *Tiefenpsychologie und neue Ethik (Psicología profunda y nueva ética)*, 1948.
- : *Ursprungsgeschichte des Bewusstseins (La historia del origen de la conciencia)*, Munich, 1949.
- : *Kunst und schöpferisches Unbewusstes (El arte y el inconsciente creativo)*, Zürich, 1954.
- OGDEN, T. H.: "On projective identification", en *International Journal of Psychoanalysis* 60, 1979, págs. 357-373.
- O'KANE, Françoise: *L'ombre de Dieu et les cailloux du novice. Une réflexion sur le pôle négatif du Soi*, Génova, 1990.
- PERERA, Sylvia B.: *The Scapegoat Complex*, Toronto, 1986.
- PERRIN, Louis: *Guérir et sauver*, París, 1987.
- PRZYWARA, Erich: *Deus semper maior. Theologie der Exerzitien (Teología de los Ejercicios)*, Freiburg im Breisgau, 1938.
- RACKER, Heinrich: *Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik*, Munich/Basilea, 1988. (*Transferencia y contratransferencia. Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Barcelona, 1986).
- RAHNER, Karl: "Zur Theologie des Symbols" (Sobre la teología del símbolo), en *Schriften zur Theologie IV*, Einsiedeln/Zürich/Köln, 1959, págs. 275-312.
- REMMLER, Helmut: *Das Gebetnis der Spbtix. Archetyp für Mann und Frau (El misterio de la esfinge. Arquetipo para el hombre y la mujer)*. Göttingen/Zürich, 1995.
- RIBI, Alfred: *Was tun mit unseren Komplexen? Über die Dämonen des modernen Menschen (¿Qué hacer con nuestros complejos? Acerca de los demonios del hombre moderno)*, Munich, 1989.
- RICCEUR, Paul, *De l'interprétation. Un essai sur Freud*, París, 1965.
- ROHDE-DACHSER, Christa, "Abschied von der Schuld der Mütter" (Adiós a la culpa materna), en *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 34 1989, págs. 250-260.
- ROSENBERG, Alfons: *Kreuzmeditation. Die Meditation des ganzen Menschen (La meditación de la cruz. Meditación del hombre total)*, Munich, 1976.
- SACKS, Oliver: *Der Tag, an dem mein Bein fortging*, Reinbek, 1991. (*Con una sola pterna*, Barcelona, 1989).

- SAMUELS, Andrew, SHORTER, Bani y PLAUT, Fred: *Wörterbuch Jungscher Psychologie (Diccionario de Psicoanálisis Junguiano)*, Munich, 1989.
- SCHAFER, Roy: *A new language for psychoanalysis*, trad. al alemán: Stuttgart, 1982.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang: *Die hilflosen Helfer. Über die Problematik der helfenden Berufe (Los ayudantes desvalidos. Acerca de la problemática de las profesiones asistenciales)*, Reinbek, 1977.
- SCHWAGER, Raymund: *Brauchen wir einen Sündenbock? Gewalt und Erlösung in den biblischen Schriften (¿Necesitamos un chivo expiatorio? Violencia y redención en los escritos bíblicos)*, Munich, 1978.
- SCHWARTZ-SALANT: *Die Borderline-Persönlichkeit. Vom Leben im Zwischenreich (La personalidad borderline. De la vida en el reino intermedio)*, Solothurn/Düsseldorf, 1991.
- SEDGWICK, David: *The wounded healer. Countertransference from a Jungian Perspective*, Londres/Nueva York, 1994.
- SOBRINO, Jon: *Cristología desde América latina. Esbozo a partir del seguimiento del Jesús histórico*, México, 1976.
- : *Jesucristo liberador. Lectura histórica-teológica de Jesús de Nazaret*, San Salvador, 1991.
- SUÁREZ OJEDA, Elbio Néstor: "Resilience o capacidad de sobreponerse a la adversidad", en *Medicina y sociedad* 16, 3, 1993, págs. 18-22.
- UEXKÜLL, TH. V., FUCHS, M., MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, H. y JOHNEN, R. (ed.) 1994: *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie (Anatomía subjetiva. Teoría y práctica de la psicoterapia corporal)*, Stuttgart/Nueva York, 1994.
- WHITMONT, Edward C.: *Return of the goddess*, Londres, 1983.
- : "Archetypal and personal interaction in the clinical process", en *Archetypal processes in psychotherapy*, III, 1987, págs. 1-26.
- : *The alchemy of healing*, Berkeley, 1993.
- WITTGENSTEIN, Ludwig: *Philosophische Untersuchungen*, Frankfurt am Main, 2.^a ed., 1980. (*Investigaciones filosóficas*, Barcelona, 1988).

ÍNDICE ONOMÁSTICO

- Aaron 43, 44, 45
 Adler, Gerhard 79
 Agamenón 135, 158
 Aly, Götz 132
 Antonovsky, Aaron 12, 14-16, 19, 78
 Apolo 25, 83, 170
 Aquiles 27, 135, 158
 Aristóteles 33-34
 Azazel 44-45, 48-49, 55, 105, 107, 110, 152
 Asclepio 24-25, 29, 76, 78-83, 85, 111, 130, 134, 157, 168, 170
 Asper, Kathrin 170-171, 173
 Atenea 25, 168
- Balint, Michael 124, 141
 Beauchamp, Paul 112
 Beirnaert, Louis 125
 Benito de Nursia 86
 Bertram, Gisela 138
 Bion, Wilfred R. 164, 169
 Blank, Josef 46, 105, 106
 Bleuler, Eugen 36-37
 Bonhoeffer, Dietrich 104, 109
 Buber, Martin 59, 150
 Bustos, Dalmiro 145, 172-173
- Cáin, Anne 141
 Cristián de Troyes 136
 Cristóforo 20
 Cipariso 83
 Coronis 25
- Dau, Wolfgang 131
 Dehing, Jef 169
 Deremble, Jean-Paul 114, 167
 Déutero-Isaías 57, 114
 Dieckmann, Hans 19, 73, 81
 Dionisio 135
 Downton, J.V. 129
- Eliade, Mircea 56, 129
 Elifás de Temán 138
 Ellacuría, Ignacio 106
 Ellenberger, Henry F. 129
 Erikson, Erik Homburger 53
 Eurípides 136
- Fauno 78
 Ferenczi, Sándor 137
 Fleck, Ludwik 38
 Foucault, Michel 38
 Franke, Alexa 112
 Franz, Marie-Louise von 97-98
 Frenken, Goswin 76
 Freud, Sigmund 14, 67, 103, 124, 129, 149, 151, 153-154
 Frick, Eckhard 33, 38, 55-57, 67, 97, 119, 122, 156, 168, 171
 Federico (rey de Prusia) 130
 Fuchs, Marianne 94, 121
 Fühles, Margret 75
- Gehrts, Heino 158-159
 Gerhard, Eduard 134, 158
 Gerstenberger, Erhard S. 47
 Girard, René 52, 106, 111
 Goethe, Johann Wolfgang von 136
 Goeze, Johann A. 85
 Grätzel, Stephan 42
 Greenson, Ralph R. 138
 Gregorio el Grande 86
 Gregorio de Nacianzo 93, 101, 110
 Grimm 145, 177
 Groesbeck, C. Jess 73, 79, 129, 146
 Groß, Walter 109, 138
 Guggenbühl-Craig, Adolf 22, 24, 26, 81, 127, 133, 154
- Haekel, Josef 40, 103
 Head, H. 70
 Heidegger, Martin 34, 125
 Herzog, Markwart 46, 82, 85, 111, 113, 130
 Hillman, James 19
 Hipócrates 83, 128
 Hölderlin, Friedrich 23, 74
 Hume, David 36-37, 39
- Iandelli, C. L. 73, 78, 89
 Ignacio de Loyola 11, 86-87, 163
- Jacoby, Mario 119
 Jesucristo 25, 47, 81-82, 86, 93, 103, 108, 111, 114, 124, 147-148, 157, 163
 Johnen, Rolf 121
 Johnson, Robert 135
 Jorge 75

- Judas 20, 55
 Jung, Carl-Gustav 12, 17-20, 22-23, 27, 33, 36-37, 46-47, 53-55, 65-69, 73-75, 87-88, 95-99, 101, 119-120, 123, 125, 127, 129, 134-135, 146, 148, 150-151, 154, 158, 163, 166-167, 170
 Jupiter / Zeus 25, 78
 Kant, Immanuel 37, 39, 53
 Keller, Wolfram 24, 119
 Kerényi, Karl 78-83
 Klein, Melanie 53
 Kolić, Ceccé 114
 Kügler, H. 163
 Kuschel, Karl-Josef 109, 138
 Laplantine, François 35, 41
 Lazar, Ross A. 164
 Lesmeister, Roman 28, 29, 102
 Leuner, Hanscarl 155
 Leutz, Grete-Anna 119, 146, 157, 174
 Lévy-Bruhl, Lucien 54
 Manhes, Colette 114, 167
 Margarita 75-76, 88
 Marty, François 59
 Meier, Carl Alfred 30, 72, 82
 Mentzos, Stavros 47, 54, 56
 Moltmann, Jürgen 101, 108-109
 Moreno, Jacob Levi 119, 137, 146, 172, 175
 Moisés 43-45, 84, 86
 Neumann, Erich 52, 75, 94, 132
 Niehr, H. 84-85, 103, 108
 Nietzsche, Friedrich 42
 Ogden, T. H. 53
 O'Kane, Françoise 28, 102, 164
 Paré, Ambroise 22
 Pársifal 136
 Peirce, Charles S. 121
 Perera, Sylvia B. 43, 48-49, 51-53, 127
 Perrin, Louis 59
 Platón 70
 Plaut 137
 Plutarco 136
 Poliakov, Léon 42
 Pousset, Edouard 58, 61
 Przywara, Erich 47, 76, 101
 Quirón 25, 29, 82, 134
 Racker, Heinrich 149, 151, 153-154, 157, 172
 Rahner, Karl 71, 107
 Remmler, Helmut 66, 119, 156
 Ribí, Alfred 55
 Richter, Horst-Eberhard 28
 Ricoeur, Paul 13
 Rohde-Dachser, Christa 57
 Rosenberg, Alfons 94-96, 100
 Sacks, Oliver 67-69, 121, 134, 140, 149
 Samuels, Andrew 18, 65, 148, 167
 Sauer, Gert 77
 Saussure, Ferdinand de 168
 Schafer, Roy 13
 Schmidbauer, Wolfgang 24, 113, 125, 129-130
 Schott 40
 Schwager, Raymund 42, 52, 56, 106, 108, 111-112
 Schwartz-Salant 152
 Sedgwick, David 137, 151-152
 Siefert, Helmut 83
 Sobrino, Jon 102-104, 106-107, 110-112
 Ström 130
 Te Paske, Bradley A. 170
 Teléfono 134-138
 Tales 27
 Uexküll, Thure von 60, 70, 121, 125
 Vediovis 79
 Verteuil, Roger de 53
 Vesti, Peter 131
 Vonessen, Franz 35, 137
 Winnicott 49
 Whitmont, Edward C. 30, 53, 72, 79
 Willi, Jürg 119
 Wittgenstein, Ludwig 36
 Wolff, Toni 132
 Zerfaß, Rolf 163
 Zeus / Jupiter 25, 79
 Zielen, Viktor 168
 Zimmer, Gerhard 134
- ## ÍNDICE DE TÉRMINOS
- Actitud específicamente materna/
 paterna en las terapias 167, 169-171
 Agresión 21
 Alegoría (signo que se puede
 traducir a un objeto conocido) 67
 Análisis 14, 18
 Anatomía 120-121
 - objetiva vs. subjetiva 70
 Anima 19
 Animus 19
 Arquetipo
 - El concepto de arquetipo 18, 168
 - del anima/del animus 19
 - del joven eterno 19
 - de la totalidad 12
 - de la Gran Madre 19
 - de la curación 20, 23, 123-127, 133, 140
 - del inválido 133, 138, 174
 - de la persona-máscara 68-69, 164
 - del Sí-mismo 95
 - del chivo expiatorio 42-45, 100, 102
 - como núcleo del complejo 19
 - bipolaridad 20-27, 66
 Balint, grupo/psicodrama 124, 141
Burning out 180
 Complejo 19, 154-155
Containing 73, 164, 167-169
 Contratrásferencia 119, 149-154
 - Amor y odio en la
 contratrásferencia 137-138
 Cruz 86-89, 100-101, 158, 163, 171
 - Las tres cruces en la relajación
 funcional 80, 94
 - La efectividad de la cruz 101-114
 Cuaternio 123-124
 Cuentos de hadas 177
 Culpa 145
 Curación
 - Arquetipo de la curación 138
 - Historias de curación
 y enfermedad, mitos 80-81
 - atribuida a los dioses 78-79
 Chamanismo 129, 158
 Chivo expiatorio 42-45, 55, 100, 102, 106, 163, 191
 Delimitación 38
 Dependencia 23, 41
 Depresión 21, 145
 Diagnóstico 68
 Dragón 66, 74-76, 158
 Elementos beta (& alpha) (Bion) 168, 170
 Empatía, ver "*Zweifüblung*"
 Energía/Libido 180
 Esquema corporal 94
 Etiopatogenia 12, 16
 Fantasía 151
 Héroe 75, 144, 148
 Imaginación afectiva guiada (Leuner) 155
 La muerte madrina (cuento
 de los hermanos Grimm) 145, 177-180
 Lanza 158-159
 Libido, ver *energía*
 Magia, lado de sombras
 de la medicina oficial 131-133
Malum morale/malum pbyscopicum 42
 Maná 147-148, 153
 Mandala 89, 158
 Maternar 164, 169
 Medicina alternativa 39-40
 Medicina mágica 23-24, 40, 131
 Medicina tradicional 124-125
 Médico
 - Paciente potencial 152
 - Verdugo como sombra
 arquetípica del médico 130
 - Relación médico-paciente 126, 152, 154, 172-173
 Miedo 65, 68
 Neurosis 163

Omnipotencia 125, 129
 Opuestos 101
Opus contra naturam 12

Paloma 120
 Patogenia vs. soteriogenia
 (salutogenia) 12-17, 28
 Pensamiento 96-97, 145
 Persona-máscara 127, 144-145
 Poder 130, 154
 Proyección 150-151, 154
 Psicoanálisis 13-14

Relajación funcional 94
 Resiliencia (capacidad de
 sobreponerse a la adversidad) 16
 Resistencia, ver protección 150

Samaritano 112-114, 165, 167
 Sanador 114, 157-158, 164
 Sanador interno como *colega*
 del médico externo 126, 174
 Sensación 96-97
 Sentimiento 96-101, 145
 Serpiente 72-89, 148, 168
 Sexualidad 77
 Sida 39
 Signo 57-61
 Sí-mismo

- Arquetipo del Sí-mismo 95
- Sí-mismo corporal 171

Símbolo 66-67
 - Definición como mediador
 entre opuestos 100

- función trascendente 174

Sombra

- Dinámica arquetípica
 de la sombra 134
- Sombra arquetípica del médico,
 ver *verdugo*
- Sombra individual/colectiva 132
- Aspectos de sombra del médico
 como núcleo de la transferencia
 128, 138
- Protección contra la propia
 sombra mediante proyección 150

Témenos 46, 166-167

Toma de conciencia 13

Totalidad 12, 26, 29, 71

Transferencia 149-154

Transformación 174

Verdugo como sombra arquetípica
 del médico 130-131

Zweifäblung (sentir
 como dos)/Empatía 151, 172, 175

Se terminó de imprimir en el mes de febrero de 2000

en el Establecimiento Gráfico LIBRIS S. R. L.

MENDOZA 1523 • (B1824FJI) LANÚS OESTE

BUENOS AIRES • REPÚBLICA ARGENTINA