

# Muerte y Palabra

## Reflexiones acerca del sentido y valor del diálogo [*Gespräch*] con pacientes terminales

Death and Word  
Reflections on sense and value of the dialogue  
with Terminal patients

Niklas Bornhauser\*

### Resumen

Se discute la dimensión de la palabra, desde una perspectiva analítico-existencial, a propósito del trabajo psicoterapéutico con pacientes terminales. De acuerdo a las experiencias clínicas en este ámbito, todos los involucrados se ven confrontados con una serie de problemas e imposiciones, en cuyo centro se ubica la pregunta por la muerte. Las modalidades de hacerse cargo del insistente acecho de las formas plásticas y cambiantes, bajo las cuales se presenta la muerte, dependiendo de la biografía personal, la situación de vida y las los recursos individuales y sociales disponibles, es vivenciada de manera heterogénea y disímil. Sin embargo, a pesar de toda las variaciones intra e interindividuales, es posible distinguir ciertos puntos de la referencia, que pueden orientar el trabajo con pacientes oncológicos centrado en la relevancia del diálogo. Mediante la elaboración simbólica de aquello, que en el vivenciar en un primer momento se presenta como lo extraño y ajeno, lo desconocido e inasible, el hombre, a través del diálogo psicoterapéutico recupera la pluralidad originaria de las posibilidades inherentes al *Dasein*.

**Palabras clave:** Muerte, palabra, diálogo, cáncer, *Dasein*.

### Abstract

The dimension of the word is discussed from an analytical-existencial perspective, with regard to the psychotherapeutical work with terminal patients. According to the clinical experiences in this scope, all the involved individuals are confronted with a series of problems and impositions, in whose center the question for the death is located. The different modalities of elaborating the insistent return of the plastic and changing forms under which death

---

\* Licenciado en Psicología, Doctor en Filosofía. Universidad Andrés Bello. E-mail: nbornhauser@unab.cl

appears, depending on the personal biography, the individual and social situation of life and resources available, are as heterogenous as dissimilar. Nevertheless, in spite of all the intra and interindividual variations, it is possible to distinguish certain points of reference, which can orient the work with oncological patients centered in the relevance of the dialogue. By means of a symbolic elaboration, that at a first moment appears like the strange and uncanny, or the unknown and inasible, the man, through the psychotherapeutic dialogue, may recover the original plurality of the inherent possibilities to the *Dasein*.

**Keywords:** Death, Word, dialogue, cancer, *Dasein*.

El tratamiento, el cuidado y la asistencia de enfermos terminales, confronta a todos los implicados con una serie de dificultades, problemas y conflictos, de los cuales la mayoría se presenta de manera imperativa e intempestiva [*unzeitgemäß*], al modo de una imposición innegociable, siempre inoportuna. No obstante, al interior del conjunto heterogéneo y discontinuo de problemáticas suscitadas [*aufgeworfen*], a las cuales son arrojados [*geworfen*] los implicados, destaca el lanzamiento de la pregunta por la muerte. A propósito del el ámbito de la psicooncología, área clínica en la cual uno se las tiene que ver frecuentemente con pacientes en los cuales el desenlace fatal de la enfermedad es admitido como forzoso e inevitable, Condrau (1969, 1975), von Gebattel (1954) y Meerwein (1978, 1981) han señalado reiteradamente, y en diversas ocasiones, la co-inclusión [*Mit-Einbezogenheit*] fundamental de la muerte en la clínica con pacientes oncológicos. Aparte de la constante presencia –implícita– de la posibilidad de un decurso letal de la enfermedad orgánica correspondiente, la forma más concreta de amenaza de la vida experimentada por pacientes oncológicos, según confirman nuestros diálogos –llamativamente designados, por parte del discurso médico, como “diálogos enfermos”, “diálogos con enfermos” o “diálogos entre enfermos” [*Krankengespräche*]– con pacientes de cáncer, a lo largo del tortuoso y enrevesado proceso de enfermedad emergen y se producen las más diversas y cambiantes representaciones alusivas a la muerte. El vérselas-con u ocuparse-de [*Auseinandersetzen*] individual y colectivo de las contrariedades y dilemas anudados a la pregunta por la muerte, de acuerdo a las correspondientes biografías, situaciones vitales, recursos personales, sociales e institucionales, etc. se lleva a a cabo combinando entre sí una serie de modalidades diferentes y sumamente cambiantes. No obstante, a pesar de todas las variaciones intra e interindividuales, se pueden señalar, a modo de indicación, al menos unos pocos puntos de referencia, cuyo análisis puede arrojar algunas luces comprensivas sobre el trabajo con pacientes terminales.

Como se infiere de entrada, el diagnóstico “incurable” o “enfermo terminal” implica, en un plano concreto y material, necesaria y obligantemente el inminente enfrentamiento con la muerte. S. Sontag (1978), por ejemplo, no solamente ha descrito, de manera extensa, las consecuencias reales y metafóricas, asociadas a enfermedades oncológicas, sino que asimismo ha hecho alusión y ha precisado la implicancia fundamental de la muerte en toda enfermedad. De acuerdo a ella, esta temática puede ser enunciada de modo explícito, así como puede estar presente implícitamente, de modo que las formas y figuras de aparición [*Gestalten*] de la muerte pueden variar en un grado considerable.

El tratamiento psicosocial de aquellos pacientes, en cuyo contexto la problemática de la muerte es tematizada, deberá ser comprendida como una actividad compleja y poliestratificada, compuesta y atravesada por diversas temporalidades, ejecutada por –o, mejor dicho, mediante– un equipo multidisciplinario, compuesto por diferentes profesionales, pertenientes al ámbito de la salud en un sentido preciso o ligados secundariamente a él. A continuación, destacaremos un aspecto al interior del conjunto de procesos, procedimientos y actividades asociadas al trabajo anteriormente enunciado, a saber, los llamados diálogos “psico-oncológicos”, encuentros que se dan en la espontaneidad del preguntar y responder no premeditados [*unvorbedacht*]. La naturaleza de dichos diálogos, a los cuales se les supone una especificidad inconfundible, que las distingue y separa de las demás modalidades dialógicas, en principio, puede ser esclarecida básicamente a través de dos abordajes, complementarios pero no necesariamente excluyentes, los que, respectivamente, pasan por la consideración pormenorizada de una idea o de un concepto, y que serán expuestos a continuación: por un lado, la el énfasis en la pregunta por la muerte y, en segundo lugar, la aprehensión y problematización de la esencia y textura del diálogo.

### **La pregunta por la muerte**

El encuentro que acontece en el diálogo con pacientes terminales, debido tanto a sus condiciones de existencia como a su “naturaleza”, tarde o temprano arroja la pregunta por la muerte. El advenimiento de dicha pregunta está condicionado por el hecho de que la muerte es un significante, cuya presencia es evocada automáticamente por una serie de otros significantes, situados, a su vez, en el contexto sociosimbólico del tratamiento de pacientes terminales. Hospitales, clínicas y consultorios, al igual que los elementos puntuales ligados (camas ortopédicas, batas blancas, instrumental médico, etc.), debido a las ramificaciones asociativas culturalmente

prefiguradas y las asociaciones relacionadas forzosa e indefectiblemente, implican una referencia, lingüísticamente predeterminada e impuesta, a la muerte, que opera como elemento ordenador de un conjunto de representaciones reunidas y agrupadas en torno a ella. La medicina contemporánea, conciente de su cercanía o proximidad con la muerte, marcada por las ciencias naturales inspiradas en el racionalismo cartesiano, al menos en su versión occidental se entiende como “lucha contra la muerte” y, consiguientemente, se compromete, de modo incondicional, a hacer lo –humanamente– posible por “prolongar la vida a todo costo” (Condrau, 1977, p. 175). El discurso biomédico tradicional, aquella forma discursiva que ha desplazado a los *récits* alternativos o marginales desde el espacio hospitalario, estableciéndose a sí mismo como discurso amo, le impone a todos aquellos que trabajan en dicho entorno una particular relación hacia la muerte, una forma referencial ante la cual los afectados han de definir una posición y una actitud correspondientes. La muerte, en ese sentido, nunca es “como tal” o “en sí”, es decir, en su forma pura, primordial, despejada, desvinculada de cualquier otra representación, sino que siempre aparece de manera mediada, como temática inscrita en un intrincado plexo relacional, cuyas relaciones de reciprocidad, que unen y separan entre sí a los elementos convocados, le prescriben su lugar simbólico y le imponen un campo de significación preciso y acotado.

Este acto referencial, debido a las representaciones, los mitos (Barthes, 1957) y los discursos (Foucault, 1969, 1971) puestos en circulación en la sociedad contemporánea, siempre ya se halla prescrito, prefigurado estructuralmente y, como tal, de acuerdo a la condición de los procesos de lenguaje, no es realizado de manera conciente y voluntariosa, sino que, en un primer momento, es experimentado de manera pasiva como un gesto imperioso, siempre ya realizado. En la medida en que la referencia a la muerte lingüísticamente siempre ya ha sido anticipada, el enfrentamiento y la elaboración [*Auseinandersetzung*] individuales con la muerte es una tarea siempre a ser realizada, que, de acuerdo a lo anterior, se inscribe y acontece en un marco conceptual y material impuesto, ajeno, hostil y desconocido. El ser humano, “arrojado” [*geworfen*] al mundo (Heidegger, 1927) en tanto *infans* (Lacan, 1957), en su inscripción subjetiva en el orden sociosimbólico que le es impuesto desde el exterior, tanto temporal como espacial, hace la siguiente experiencia: “Je me trouve dans un monde déjà signifiant et qui me réfléchit des significations que je n’y ai pas mises” (Sartre, 1943, p. 595). El registro simbólico, al interior del cual el sujeto, tras ser constituido o padecer la experiencia pasiva de su constitución, ha de orientarse activamente con tal de incidir en su proceso de conformación, por lo tanto, es vivenciado, en este primer momento, como un medio supraindividual, históricamente constituido, que se revela como siempre ya fundado y que precede toda experiencia

–humana. Este inevitable enfrentamiento con el “rostro ajeno del orden del Otro” (Frank, 1989, p. 337), que representa la experiencia crucial –y enajenante– de la subjetivación, requiere, en cuanto a la problematización de la muerte, el trabajo activo con asociaciones lingüísticas abstractas, a las cuales el sujeto, desde su contexto vital particular, precedido, a su vez, por una cierta historia, debe re-llenar con significaciones concretas, aprehensibles y “personales”. Este proceso, que debido a la temporalidad retroactiva del significar (Grünbaum, 1984; Kerz-Rühling, 1993, 1999; Derrida, 1967, 1991) nunca puede ser pensado como un acontecer definitivamente consumido, cerrado y concluido, enfrenta al sujeto a una tarea monumental, en cuya aceptación y realización el traer hacia el lenguaje, la “lingüistización” [*Versprachlichung*] de mociones e impresiones inconscientes, de las cuales el yo nada quiere saber y a las cuales creía –feliz y definitivamente– superadas, juega un rol crucial para su decurso.

Un aspecto crucial para pensar la problematización de la muerte es el hecho de que el plexo relacional de significaciones asociadas, nunca será experimentado como plenamente presente –al menos en vida. En lugar de revelar el retículo colmado de significaciones, las formas de aparición de la muerte, más bien, se caracterizan por estar atravesadas por una singular ambivalencia entre la presencia y la ausencia de lo mentado. “La muerte”, propiamente tal, no es aprehensible del todo ni lingüística ni cognitivamente, pues, de manera insistente, excede y desborda las posibilidades comprensivas y expresivas, de modo que, a pesar de la intensa problematización de la pregunta por la muerte, siempre subsiste un resto último, inaprehensible, incomprensible, que, con gran tenacidad y resistencia, se sustrae a todo intento de esclarecimiento. Aparentemente, a la muerte, que en ello se revela como “la posibilidad del *Dasein* más propia, más falta de referencias o de relaciones [*unbezüglich*], más certera y, en cuanto tal, indeterminada, irrepetible, irrecuperable e insuperable [*unüberholbar*]” (Heidegger, 1927, p. 258), le adhiere algo irreduciblemente misterioso y enigmático, por mucho que –o precisamente debido a ello– nos empeñemos en re o disolverlo trayéndolo a la transparencia del comprender.

En este contexto, el inesperado e indeseado advenimiento de la muerte, que en el caso del “enfermo terminal” se presenta como un hecho inapelable e inevitable, es vivenciado como aquello que nos encuentra sin respuestas. Si bien, el hombre, al menos en términos generales y en principio, sabe acerca de la finitud del *Dasein* en general y de su propia existencia en particular, lo anterior no implica automática ni necesariamente un saber acerca de la nada, acerca de aquello que nos interpela desde un más allá [*jenseits*] irrepresentable e intratable precisamente en virtud de su carácter asimbólico y primordial. El “comercio” [*Umgang*] activo con la muerte, trato establecido en virtud de la coerción, por parte de su irrupción material, cruda y directa, falta de mediaciones [*unvermittelt*], si es que esta problemática no se quiere

despachar de modo mecánico y descomprometido, siempre llevará los rastros de una pregunta.

Por un lado, la muerte está marcada por una incomprendibilidad radical y fundante: todos los esfuerzos de asegurarse, convencerse o cerciorarse de sí [*Selbstvergewisserung*], propios de nuestra autoconciencia moderna (Habermas, 1985), cuando toman –o intentan tomar– por objeto a la muerte, de antemano están destinados al fracaso, pues jamás puede colocarse en una relación comprensiva con el no-ser de sí misma, su aniquilación (Gadamer, 1975). Comprender, en la medida en que se restringe a la comprensión racional conciente, modalidad impuesta por el sujeto epistemológico moderno, debido a sus mismos límites autoimpuestos nunca puede aprehender o asimilar del todo lo que significaría la inapelable aniquilación de la instancia comprensora, del propio sujeto del conocer. Como consecuencia de lo anterior, la relación del hombre moderno ilustrado hacia la muerte, según nos recuerda Freud una y otra vez (1909, 1913, 1912–1913, 1915, 1920), se asemeja a la actitud o disposición del niño o de los así llamados pueblos naturales. Debido a su composición primordial, extralingüística, no existe representación exhaustiva, completa y perfecta de la muerte, de modo que su conocimiento siempre será parcial, fragmentario, lleno de lagunas, un hecho incompatible con las exigencias del saber moderno. El saber acerca de la finitud del *Dasein* como estado-de-aperturidad [*Offenständigsein*] de ninguna manera implica un saber fundado, cierto acerca de la muerte, pues ésta, en tanto posibilidad extrema del *Dasein*, se sustrae, de manera escurridiza, a su aprehensión por las categorías conceptuales del pensar logocéntrico, constituyendo y deconstituyéndose permanentemente en su resistencia a la fijación conceptual.

Por el otro lado, por parte del hombre existe un esfuerzo permanente, incesante, por mantener con vida a esta pregunta, a saber, la pregunta por la muerte; el hombre, en tanto ser viviente, que sabe acerca de su mortalidad, no puede desentenderse sin más de la pregunta por su propia muerte. El saber acerca de su propia finitud, que se parece menos a una introspección cognitiva minuciosa y precisa, sino que, más bien, se asemeja a una sospecha o intuición anticipadora [*vorausfühlende Ahnung*], crea las condiciones necesarias para su surgimiento y sostiene la actividad interrogante y de búsqueda, que trata de dar con lo misterioso, oscuro e incomprensible, y que, de acuerdo a lo anteriormente señalada, apunta más allá de la interrogación investigativa metódica de un objeto empírico, delimitado y circunscrito, descrito con pulcritud y precisión.

Justamente aquella bipolaridad dialéctica representa una distinción decisiva del hombre frente a todos los demás seres vivientes, una característica que le es tan propia y coperteneciente como el hecho, primero, de que puede pensar y, segundo, que dicho pensar acontece “en el *medium* del lenguaje” (Gadamer, 1990). La incompatibilidad

e inseparabilidad del pensar y de la muerte resalta una y otra vez, pues, si bien a primera vista pareciera tratarse de una repulsión y exclusión excluyentes, que mantiene al pensar y a la muerte nítidamente separados, caracterizando a la muerte como un fenómeno abismal e insondable [*unergründlich*], a la vez, es justamente dicha inaprehensibilidad la que despierta y vehiculiza el preguntar propio del auténtico pensar. Es por ello que todo intento de capturar conceptualmente a la muerte, de ligar y fijarla lingüísticamente en categorías conceptuales apriorísticas, siempre está condenada a la parcialidad e incompletud, dado que la muerte –e incluso se podría llegar a aventurar la hipótesis de que en ello reside su carácter más inconfundible– se resiste al comprender, al menos en su versión moderna, como nos parece sugerir P. Sloterdijk al decir que “ningún pensamiento moderno es capaz de comprender a la muerte en tanto propia” (1983, p. 634).

El diálogo con pacientes terminales, en sus numerosas ediciones y reediciones, nos habla de estas contradicciones, del intento persistente y tenaz por finalmente lograr su transcripción y traducción definitivas a abstracciones conceptuales preconcebidas. Por ende, el o los diálogos en cuestión siempre acontecen como un proceso descubridor, develador, impredecible en cuanto a su curso, inaudito, tanto en el sentido de lo sorprendente como de lo horroroso, que acontece ante el trasfondo del horizonte de la muerte.

### El diálogo [*Gespräch*]

Si bien en el uso convencional y cotidiano se acostumbra decir que “llevamos” o “conducimos” un diálogo, resulta evidente que, mientras más propio y genuino, es decir, mientras más imperturbadamente pueda desplegarse, menos reside su devenir en la voluntad de una o ambas de las partes participantes. Curso y desenlace de un diálogo son algo viviente, impredecible, desconcertante, que depende más bien de una cierta disposición caprichosa y antojadiza que de la voluntad y del querer de los implicados. La célebre expresión heideggeriana “Die Sprache spricht” (Heidegger, 1959, p. 11), que en la enunciación, por parte de Lacan, hecha en 1955, “ça parle” (1956, p. 413), parece encontrar una analogía notable, invita a ser entendida precisamente en ese sentido. De acuerdo a lo anterior, parece más correcto decir que nos vemos envueltos, implicados, comprometidos, enredados en un diálogo, que somos atraídos hacia él, que nos seduce, nos captura, embarulla y desvía. Los giros y las tornas de un diálogo, los derroteros y las sendas laterales del mismo, apuntan a que “el diálogo posee su propio espíritu, y que el lenguaje, que es conducido, manejado, regentado [*geführt*] en él, porta en sí su propia verdad, es decir, que “des-cubre” [*entbirgt*] y hace

surgir, salir, aparecer algo que a partir de ahí es” (Gadamer, 1990, p. 387).

El diálogo con pacientes terminales, que no es sino una versión o variante del diálogo en general, siempre acontece, de acuerdo a lo anteriormente apuntado, ante la pregunta por la muerte. A su vez, el carácter jánico de la muerte, su bifacialidad constituyente, contribuye, por un lado, a que el diálogo, que puede ser entendido como respuesta a un intento por mantener con vida a dicha pregunta, se inicie, arranque, emprenda su incierto camino, mientras que, por el otro lado, debido al efecto descollante y sobresaliente de su dimensión paralizante y terrorífica, obstruye y obstaculiza la trayectoria fluida, espontánea y presuntamente “natural” del mismo. Independientemente de lo infinita e irreductiblemente variados y únicos que puedan ser los diálogos particulares con pacientes terminales, no obstante, la dificultad de soportar el silencio, la estupefacción y la falta de palabras [*Sprachlosigkeit*] ante la evidencia dislocadora de la muerte es una constante, reportada por numerosos terapeutas y profesionales de la salud. Este silencio, de acuerdo a las reflexiones en curso, se relaciona menos con una eventual timidez o un recato personal, un hermetismo cauteloso o una reserva prudente y calculadora, sino que, más bien, tiene que ver con la imposibilidad fundamental, aludida con antelación, de relacionarse simbólica y conceptualmente con la muerte. Literalmente, «nos faltan las palabras». El guardar silencio, como revela esta forma de decir, no es un fenómeno exclusivamente privativo, una carencia o falta en palabras, sino que expresa, dice algo que –aún– no puede ser captado en palabras, pero que se halla plenamente justificado en cuanto a su existencia. El silencio, nos recuerda Heidegger, como posibilidad esencial o sustancial [*wesenhaft*] del hablar indudablemente posee un fundamento existencial. “Quien calla en el hablar con el otro [*Miteinanderreden*], puede ‘dar a entender’ de manera más propia [*eigentlicher*], es decir, forjar o formar la comprensión que aquel, a quien nunca se le agota la palabra” (Heidegger, 1927, p. 164).

Dicho silencio, si bien envuelve y capta no solamente al paciente, sino que también al otro dialogante, no le pertenece a ninguno de los pares dialogantes, no les concierne primariamente a ninguno de ellos –ni a a las condiciones o a la situación en la cual acontece el diálogo–, sino que es un fenómeno o, mejor dicho, una dimensión, intrínsecamente inherente al diálogo. En ese sentido, el silencio, por parte del terapeuta, puede ser de suma importancia, pues le permite evitar las “habladurías amplias, vastas y dilatadas”, que conforman el modo de ser cotidiano y coloquial del interpretar y del comprender, y que habitualmente concurre a encubrir y ocultar el vacío lacerante que amenaza con asaltar nuestro tranquilo y quieto morar en el estado-de-caído [*Verfallenheit*]. El soportar el peso abrumador y aniquilante del silencio, al mismo tiempo, le permiten sortear la tentación de traer, de manera apresurada, lo presuntamente comprendido a la aparente claridad de la trivialidad y de

seguir operando a nivel de la cotidianidad encubridora. Si bien, al menos de acuerdo a la doxa imperante, en la primera fase de todo proceso terapéutico se trata, de uno u otra manera, de establecer un contrato o compromiso laboral sólido y suportivo, a lo largo del proceso terapéutico se requiere, en un grado variable, de la capacidad de callar, de enmudecer, de silenciar, es decir, de taparse –metafóricamente hablando– la boca y de retener la palabra que pugna por imponerse. Sólo de esta manera resulta posible trascender el ámbito de la habladería, de la palabrería insustancial y de la curiosidad y de evitar caer en el habla desprovista de contenidos, descomprometida y vana, vaciada de significación, que taponea e impide la emergencia espontánea de la “*parole pleine*” (Lacan, 1953). “El silenciar”, de acuerdo a H. Lang, “se convierte en elemento distinguido y destacado [*ausgezeichnet*] del lenguaje en la medida en que impide que uno se afierre a lo descubierto del mundo objetual y, de este modo, permite recuperar el carácter de aperturidad [*Erschließung*] propiamente tal del lenguaje” (1988, p. 88).

El oportuno y pertinente guardar silencio, por ende, se convierte en condición necesaria e imprescindible para que la pregunta por la muerte, que interpela y compromete al hombre de manera siempre singular, sea formulada de manera original y personal, situándose en un ámbito en el cual el lenguaje aún pregunta y todavía no responde de manera objetivante. Como se infiere de lo anterior, para poder callar, el *Dasein*, primero debe tener algo que decir, debe disponer de una aperturidad propia y verdadera [*eigentliche Erschlossenheit*] de sí. En este caso, el sigilo y la prudencia articulan, en tanto modo del habla, “la comprensibilidad del *Dasein* de manera tan primordial, que de ella emanan (nacen, proceden, provienen) el poder-escuchar auténtico y el ser-con-otro(s) [*Miteinandersein*] transparente” (Heidegger, 1927, p. 165).

## Discusión

Tal como se infiere a partir de la recepción de la concepción heideggeriana del *Dasein* como cura o cuidado [*Sorge*], el quehacer psicoterapéutico siempre se relaciona, desde su concepción más originaria, con pre-ocupación, asistencia o custodia en el sentido de *Für-Sorge*. El verbo inglés, *to care*, por algo significa preocuparse, inquietarse, hacer algo por alguien, encargarse o coger a cargo. Es precisamente en virtud de esta dimensión humana –demasiado humana, quizá–, que se pueden presentar, como consecuencia de lo anterior, problemas de identificación en la práctica psicoterapéutica, dado que la motivación –humana– por ayudar (a un otro) nace de la empatía, de la identificación cognitiva y afectiva con el modo

de experimentar del otro. Las dimensiones de la dedicación, la donación o el estar-vuelto-hacia [Zuwendung], del ingreso en la armonía, la afinación o puesta a tono [Einstimmung] y del comprender, de acuerdo a la recepción contemporánea, por parte de las ciencias médicas y psicoterapéuticas (Binswanger, 1949, 1957; Blankenburg, 1972; Boss, 1975, 1979), de la obra de Heidegger, son categorías centrales del trabajo psicoterapéutico. El encuentro con el otro, que acontece, de manera ejemplar, en el diálogo, siempre requiere del encontrarse u orientarse activos entre las dimensiones de la proximidad y de la distancia. Del terapeuta se exige que se interese por, que tome parte [Anteil nehmen], que adopte una actitud participativa, que le permita compartir la experiencia del otro y que simultáneamente pueda volver a separarse, distanciarse y desidentificarse de manera plástica y fluida. El desafío, por consecuente, consiste en lograr desatar, desligar, alumbrar [entbinden] el habla del paciente, de modo que la técnica psicoterapéutica, en un primer momento, deviene «mäeutike-techné», el arte de dar a luz, de parir, de engendrar y, en un segundo paso, se convierte «hermeneutike techné», el arte del interpretar y comprender (Lang, 2000). De esta manera, la práctica psicoterapéutica, en general, puede ser comprendida como sistematización y formalización del tratamiento del alma a través de la “fuerza salutífera” de la palabra –talking cure, en palabras de Bertha von Pappenheim.

Más específicamente, en el trabajo con pacientes terminales cabe considerar que todo abordaje o aproximación psicoterapéuticas necesariamente debe estar preparado para enfocarse en metas sustancialmente diferentes de lo que se suele esperar en el caso de pacientes, que asisten a psicoterapia por problemas primariamente psíquicos, que no necesariamente implican la presencia de enfermedades orgánicas fatales. Dicho de manera introductoria y sucinta, mientras que en el primer caso se trata, principalmente, de la elaboración [Aufarbeitung] de conflictos intrapsíquicos inconscientes, en el segundo prevalece el apoyo en la superación de la enfermedad [Krankheitsbewältigung] y el hacerse cargo de la pregunta por la muerte.

La violenta y dislocadora confrontación, que en todo tratamiento de pacientes terminales regularmente se hace presente, retomando lo insinuado con anterioridad, contradice, de manera categórica, el trato que el neurótico habitual y cotidianamente le concede a la muerte –dicho de otra manera, se podría sostener que es precisamente el establecimiento de esa particular forma de (no-)relación el que incide en el designio neurótico del sujeto. Aquel trato [Umgang], que es más bien un circuitar, eludir, esquivar o rodear [Umgehen], o un pasar por algo, un omitir [Übergangen] de la muerte, descansa en su insistente represión, que, a nivel individual y colectivo, llega hasta la exclusión radical del significante de la muerte desde el conjunto del todo de los representantes representativos oficialmente legitimados y puestos en circulación. La defensa neurótica, que consiste en la represión de la muerte y de la propia mortalidad,

en el enfermo orgánico es superada brutalmente, confrontando al afectado con la evidencia, cruda y desnuda, de la muerte –su propia muerte. A través de este impacto desestabilizador, que se inscribe en el sustrato psíquico a modo de una poderosa y fuerte impresión, el sujeto correspondiente es arrojado o relanzado [*zurückwerfen*] hacia la represión primordial, constitutiva, subyacente a toda configuración de subjetividad. Los pacientes afectados de esta forma por la irrupción de la muerte, se ven expuestos a algo primordialmente reprimido, para cuyo encuentro no están en absoluto preparados –de hecho, dicho de paso, nunca se está preparado (ni para un encuentro ni para cualquier cosa)– para la inesperada y desconcertante acometida por aquello que remite a la escena primordial, que lógicamente precede a su constitución subjetiva y, de manera retroactiva, es repetida de manera traumática.

Tal como sugerimos a lo largo de la exposición, el mismo Freud insistió una y otra vez en el hecho de que el pensar y el sentir del hombre moderno desde los tiempos míticos, frecuentemente evocados en sus elaboraciones más osadas y especulativas, en pocos aspectos ha variado tan escasamente como en su relación hacia la muerte (Freud, 1912-13, 1915). Lo antiguo, que de acuerdo a una expresión de Freud, “ha sido conservado tan bien bajo una delgada cubierta”, consiste en que “nuestro inconsciente concede ahora tan poco espacio como otrora a la representación de la propia mortalidad” (Freud, 1919, p. 241). En otras palabras, en la medida en que la cotidianidad del *Dasein* promueve una escapatoria o desviación encubridora [*verdeckendes Ausweichen*], aquietando, apaciguando y adormeciéndolo permanentemente, no deja emerger el valor necesario para con la muerte. La muerte, por ende, es un a-representante, una representación irrepresentable, en cuya exclusión desde el campo sociosimbólico oficial y avalado han sido invertidos elevados montos de energía. La confrontación con lo impensable, en cuya exclusión se basa el funcionamiento de la dinámica social y en la cual se afirma la lógica del discurso dominante, le plantean al paciente y al terapeuta una ardua tarea y, no obstante, mediante el diálogo psicoterapéutico, se pueden descubrir ciertos arranques o enfoques [*Ansätze*] para pensar en como llevar a cabo o abordar el enfrentamiento con la muerte.

El guardar silencio, como dijimos, es una dimensión esencial de este interminable tener que vérselas con lo indecible e inefable, ya que el silencio está precedido por el reconocimiento de la existencia de un saber, que no está situado de lado de quien adopta el lugar del terapeuta, del experto, de quien “sí sabe”, sino que se encuentra –sin ser encontrado– del lado del sujeto hablante. En este proceso, para el terapeuta, se trata menos de adoptar el lugar del amo frente al paciente, el lugar de aquel que posee un saber privilegiado e indefectible acerca del verdadero significado de los síntomas y de abrumar y cubrir al paciente con un torrente de interpretaciones, sino que más bien de otorgarle la palabra a un sujeto que habla más allá, allende

[*jenseits*] de aquello de lo que dice. Es la tarea del terapeuta el concederle un espacio al silencio y, de este modo, de abrir una dimensión del diálogo, que las habladurías, el chismorreo y la charlatanería locuaz constantemente intentan sellar con tal de impedir su aparición. Solamente cuando la resistencia de la elocuencia compulsiva, que no apunta a otra cosa sino a ocultar la verdadera falta en ser, puede ser superada, resulta posible permitir el advenimiento de una palabra nueva, original, inédita, que no intenta disimular y acallar lo indecible e innombrable mediante un desbordamiento efusivo de palabras. Es entonces callando, en el sentido activo y productivo del término, que se torna posible que el sujeto se enfrente a su reverso ominoso, a la *inquiétante étrangeté*, enfrentamiento que se convierte en condición irrenunciable para el hacerse cargo responsable y despejado del problema de la muerte.

El fenómeno del anticiparse a, del precursar o del correr hacia [*Vorlaufen*] la muerte, una idea que se encuentra tanto en Kierkegaard (1899) como en Heidegger (1927), permite el asumir, el recogerse y apoderarse [*Sich-Ergreifen*] en el aquí y ahora. Gracias al hecho de que terapeuta y paciente renuncian a controlar, restricciones y prohibiciones mediante, el diálogo y le entregan o ceden a él la conducción o guía [*Führung*] de sí mismo, se abre la posibilidad de traer al lenguaje aspectos esenciales de la relación hacia la muerte. Nuevamente, se debe insistir en que se trata menos de asumir y de hacerse cargo, de manera condescendiente y paternalista, del ser-enfermo y de la cura, sino que de devolverle éstos en y mediante el diálogo de manera originaria, combinando, de manera inconclusa, finitud e infinitud, temporalidad y eternidad, libertad y coerción.

El exponerse, no libre [*frei*], sino que por su propia voluntad [*freiwillig*], y, por ende, facultativamente, a la pregunta por la muerte –y, sobre todo, a las consecuencias, en cuanto a la posición subjetiva, que ello implica–, respectivamente, a la posibilidad que es el ser-para-la-muerte [*Sein zum Tode*], implica, entonces, la recuperación de las posibilidades de libre cumplimentación o consumación [*Vollzug*] de los existenciales y, por ende, la superación de las restricciones o inhibiciones que impiden u obstaculizan la realización de los diferentes y divergentes modos del *Dasein*. Específicamente, a través de la elaboración –lingüístico-conceptual– de aquello, que en el vivenciar, en principio, se presenta como ajeno e inaccesible –como siniestro u ominoso [*unheimlich*] (Freud, 1919)–, el sujeto debe aspirar no solamente a alcanzar la libertad de poder decidirse conciente y voluntariosamente en favor o en contra de una determinada posibilidad, sino, a que se garanticen las condiciones mínimas de que se entre-abra, des-cubra y plantee esa posibilidad, restableciéndose, de este modo, la cumplimentación o realización fáctica del *Dasein* en la mayor medida. Libertad de decisión y de volición, identificados como “pilares en cuanto a la fijación de objetivos (terapéuticos) desde una perspectiva analítica” (Condrau, 1992, p. 29), solamente

pueden ser alcanzados a través de la iniciación y mantención del interminable debate con aquello, que, en un primer momento, impresiona como lo desacertado, errado, torcido –y, por ende, excluido–, de lo cual no se puede disponer –al menos conciente y voluntariamente– y que se sutrae permanentemente a toda aprehensión y a todo asimiento conceptual (Widmer, 1992). La muerte, en tanto figura que evoca dicha extrañeza doméstica y dicha inquietante familiaridad, según Heidegger (1927), es la posibilidad de la imposibilidad de cualquier otra posibilidad, la posibilidad de la pura y simple imposibilidad del *Dasein*, es, pues, simultáneamente, posibilidad auténtica y auténtica posibilidad. Al anticiparse en la muerte, el *Dasein* ya no está disperso ni fragmentado, tal como sucede, por ejemplo, en las modalidades del “uno” o del “se” [*Man*], en las diferentes posibilidades rígidas y asiladas, sino que las asume –constituyéndose en aquel asumir– en tanto posibilidades propias, que incluyen un proceso siempre abierto, siempre inconcluso. Sólo al anticipar la muerte propia, que, a su vez, posibilita posibilidades, el *Dasein* adquiere, entonces, una dimensión histórica, es decir, se hace con un desenvolvimiento –continuo, intermitente, interrumpido– en el tiempo, más allá de la dispersión y la fragmentación de la diseminación cotidianas, apuntando no a volver a erigirse como “amo –despótico, arbitrario, democrático, benevolente, etc.– en la propia casa”, sino soportando y aguantando la radical escisión subjetiva que supone el dejar convivir, de manera conflictiva, enfrentada, colisionada, bajo un –mismo– techo las nítidas y cristalinas aspiraciones hacia la lingüistización y el retorno de los “fantasmas o espectros *heimlich*”.

## Referencias

- Barthes, R. (1957). *Mythologies*. Paris: Editions du Seuil.
- Binswanger, L. (1949). Die Bedeutung der Daseinsanalytik Martin Heideggers für das Selbstverständnis der Psychiatrie. En C. Astrada et al. *Martin Heideggers Einfluß auf die Wissenschaften* (pp. 58-72). Bern: Francke.
- Binswanger, L. (1957). *Der Mensch in der Psychiatrie*. Pfullingen: Neske.
- Blankenburg, W. (1972): Daseinsanalyse. En J. Ritter (Ed.). *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (pp. 5-39), Vol. 2. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Boss, M. (1975). *Grundriss der Medizin und der Psychologie*. Bern: Hans Huber.
- Boss, M. (1979). *Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse*. Wien: Europa Verlag.
- Condrau, G. (1969). *Psychosomatik der Frauenheilkunde*. 2a edición, Bern/Stuttgart: H. Huber.
- Condrau, G. (1975). Der sterbende Patient – eine Herausforderung für den Arzt. *Hexagon-Roche*, 3, 15-24.
- Condrau, G. (1977). *Der Januskopf des Fortschritts. Gesellschaftspolitische Gedanken eines Psychiaters*. Bern: Benteli.
- Condrau, G. (1984). *Der Mensch und sein Tod. Certa moriendi condicio*. Zürich, Einsiedeln: Benziger.
- Derrida, J. (1967). *L'Écriture et la différence*. Paris: Seuil.
- Derrida, J. (1991). Pour l'amour de Lacan. En *Bibliothèque du Collège international de philosophie. Lacan avec les Philosophes*. Paris: Albin Michel, p. 397-420.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Paris: Gallimard.
- Frank, M. (1989). Das »wahre Subjekt« und sein Doppel. Jacques Lacans Hermeneutik. *Das Sagbare und das Unsagbare. Studien zur deutsch-französischen Hermeneutik und Texttheorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Freud, S. (1909/1999). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. *Gesammelte Werke*, 8, Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1913 (1912-1913)/1999). Totem und Tabu. *Gesammelte Werke*, 9, Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1915/1999). Zeitgemäßes über Krieg und Tod. *Gesammelte Werke*, 12, Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1919/1999). Das Unheimliche. *Gesammelte Werke*, 12, Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1920/1999). Jenseits des Lustprinzips. *Gesammelte Werke*, 13, Frankfurt a. M.: S. Fischer.

- Gadamer, H. G. (1987). Der Tod als Frage. *Gesammelte Werke*, Neuere Philosophie II, Band 4, Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- Gadamer, H. G. (1990). Wahrheit und Methode. *Gesammelte Werke*, Hermeneutik I, Band 1, Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).
- Gebattel, V. E. von (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin: Springer.
- Grünbaum, A. (1984). *Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik*. Stuttgart: Reclam.
- Habermas, J. (1985). *Der philosophische Diskurs der Moderne. Zwölf Vorlesungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kerz-Rühling, I. (1993). Nachträglichkeit. *Psyche*, 47, 911–933.
- Kerz-Rühling, I. (2002). Nachträglichkeit – deferred action – après coup. En W. Mertens y B. Waldvogel (ed.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (pp. 470–473). 2a edición, Stuttgart: Kohlhammer.
- Kierkegaard, S. (1957). *Die Krankheit zum Tode*. Düsseldorf: Diederichs.
- Lacan, J. (1953/1966): Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *Écrits* (pp.237-322). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1956/1966): La chose freudienne ou Sens du retour à Freud en psychanalyse. *Écrits* (pp. 401–436). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1957/1966). L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud. *Écrits* (pp. 493– 528). Paris: Seuil.
- Lang, H. (1998). *Die Sprache und das Unbewusste. Jacques Lacans Grundlegung der Psychoanalyse*. 3a edición, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lang, H. (2000). *Das Gespräch als Therapie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Meerwein, F. (1978). Die Psychologie des Krebskranken. *Folia psychopractica*, 7, Basel: Hoffmann-la Roche.
- Meerwein, F. (ed.) (1981). *Einführung in die Psycho-Onkologie*. Bern – Stuttgart – Wien: Hans Huber.
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Theunissen, M. (1985). *Der Begriff Ernst bei Sören Kierkegaard*. Freiburg i. Brsg.: Gander.
- Widmer, P. (1992). *Die Subversion des Begehrens*. Wien: Turia + Kant.