

 Seix Barral

**Siri Hustvedt**

La mujer temblorosa

o la historia de mis nervios



## Sinopsis

En 2006, mientras hablaba en público en un homenaje dedicado a su padre, Siri Hustvedt comenzó a temblar descontroladamente de la cabeza a los pies. «Mis brazos se agitaban de forma desmedida. Mis rodillas chocaban una contra otra. Temblaba como si fuera presa de un ataque epiléptico. Lo increíble era que no me afectaba la voz en absoluto. Hablaba como si siguiera impertérrita», escribió. Era como si de repente se hubiera convertido en dos personas y no fuera capaz de reconocerse en esa parte de ella que parecía enferma. Cautivada por aquel episodio, decidió ir a la búsqueda de la mujer temblorosa.

En estas memorias, Siri Hustvedt trata de encontrar un diagnóstico que resuelva aquella misteriosa transformación. Ahondando en la historia de la medicina y en su propia biografía, y profundizando en disciplinas como la neurología, la psiquiatría y el psicoanálisis, firma un libro único en el que, en la tradición de autores como Oliver Sacks, la ciencia y la literatura caminan de la mano con el objetivo de iluminar aquello que no conocemos de nosotros mismos.

**LA MUJER TEMBLOROSA**

**o la historia de mis nervios**

**Siri Hustvedt**

Traducción del inglés por Cecilia Ceriani

En la Mente sentí una Hendidura—  
Como si el Cerebro se me hubiera partido—  
Traté de unirlo —Comisura a Comisura—  
Pero no lo he conseguido.

EMILY DICKINSON

Cuando murió mi padre yo me encontraba en mi casa de Brooklyn, pero apenas unos días antes había estado con él, sentada junto a su cama en la residencia de ancianos de Northfield, en Minnesota. Estaba físicamente débil aunque mentalmente lúcido y estuvimos hablando e incluso riéndonos, si bien no recuerdo el contenido de nuestra última conversación. Lo que sí recuerdo con toda claridad es la habitación donde pasó los últimos días de su vida. Mis tres hermanas, mi madre y yo habíamos colgado algunos cuadros en las paredes y habíamos llevado una colcha color verde pálido para contrarrestar la austeridad de aquel lugar. Pusimos un jarrón con flores en el alféizar de la ventana. Mi padre tenía enfisema y sabíamos que no le quedaba mucho tiempo de vida. Mi hermana Liv, que vive en Minnesota, fue la única hija que estuvo a su lado cuando murió. Había sufrido un segundo colapso pulmonar y el médico opinó que no resistiría otra intervención quirúrgica. Mientras papá aún estaba consciente, aunque ya no podía hablar, mi madre nos llamó una por una a las tres hijas que vivíamos en Nueva York para que le dijésemos algo por teléfono. Recuerdo perfectamente que me detuve un instante a pensar qué debía decirle. Se me ocurrió la peregrina idea de que no podía decir ninguna trivialidad en un momento así, de que debía elegir cada palabra con cuidado. Quería que fuera algo memorable, lo cual era absurdo puesto que muy pronto la memoria de mi padre se apagaría para siempre junto al resto de su ser. Al final, cuando mi madre le acercó el auricular, las únicas palabras que logré articular fueron: «Te quiero mucho». Luego mi madre me contaría que él había sonreído al oír mi voz.

Esa misma noche soñé que estaba con mi padre y que él extendía sus brazos hacia mí. Yo me inclinaba para que me abrazara, pero antes de que pudiera hacerlo me desperté. A la mañana siguiente me llamó mi hermana Liv para decirme que nuestro padre había muerto. Nada más colgar el teléfono, me levanté de la silla donde estaba, subí las escaleras hacia mi estudio y me senté a escribir su panegírico. Mi padre me había pedido que lo hiciera. Varias semanas antes, estando sentada junto a él en la residencia de ancianos, me había mencionado que quería que tuviera en cuenta «tres consideraciones». No dijo: «Quiero que las incluyas en el texto que escribas para mi funeral». No era necesario. Se daba por supuesto. Cuando llegó el momento, no lloré. Escribí. En el funeral leí mi texto con voz firme, sin derramar una lágrima.

Dos años y medio después, volví a hablar de mi padre en público. Fue en mi ciudad natal, allá en Minnesota, bajo un cielo azul de mayo en el campus de la Universidad St. Olaf, justo detrás del antiguo edificio donde se encontraba el departamento de filología noruega donde él había sido profesor durante casi cuarenta años. Como homenaje, el departamento había plantado un abeto con una pequeña placa a sus pies que decía: LLOYD HUSTVEDT (1922-2004). Mientras redactaba aquel segundo texto, tuve la clara sensación de estar oyendo la voz de mi padre, quien solía escribir unos discursos excelentes y muy divertidos. Así que intenté reflejar ese humor tan suyo en algunas de mis frases. Incluso llegué a escribir: «Si mi padre estuviera hoy aquí, habría dicho...». Segura de mí misma y provista de fichas llenas de anotaciones, miré al público, compuesto por unos cincuenta amigos y colegas suyos que se habían reunido alrededor del abeto noruego conmemorativo, lancé mi primera frase y, a continuación, empecé a temblar descontroladamente de la cabeza a los pies. Mis brazos se agitaban de forma desmedida. Mis rodillas chocaban una contra otra. Temblaba como si fuera presa de un ataque epiléptico. Lo increíble era que no me afectaba la voz en absoluto. Hablaba como si siguiera impertérrita. Estupefacta ante lo que me estaba sucediendo y aterrada ante la posibilidad de caer redonda en cualquier momento, logré mantener la calma y terminar el discurso, a pesar de que las notas que sostenía entre las manos se desperdigaran sin orden ni concierto delante de mí. El temblor cesó en cuanto dejé de hablar. Me miré las piernas. Las tenía totalmente rojas, casi moradas.

Mi madre y mis hermanas estaban asustadas ante aquella misteriosa transformación que se había operado en mi cuerpo. Me habían oído hablar en público muchas veces, alguna de ellas frente a cientos de personas. Liv me dijo que sintió ganas de correr hacia mí y abrazarme para que dejara de temblar. Mi madre comentó que parecía que me estaban electrocutando. Era como si una fuerza ignota se hubiera apoderado de mi cuerpo de repente y hubiese decidido que necesitaba una buena sacudida. En una ocasión anterior, durante el verano de 1982, sentí como si una potente energía me levantara del suelo y me lanzara contra la pared igual que a un muñeco. Cierta vez, me encontraba en una galería de arte en París y de pronto mi brazo izquierdo se giró hacia atrás y me empujó contra la pared. El incidente duró apenas unos segundos. Poco después me invadió una gran euforia, una alegría sobrenatural. Pero, a continuación, me sobrevino una fuerte jaqueca que habría de durarme casi un año, el año del Fiorinal, Inderal, Cafergot, Elavil, Tofranil y Mellaril, de todo aquel cóctel de medicamentos para dormir que me suministraba el médico en su consulta con la esperanza de que, al día siguiente, me despertara sin dolor de cabeza. Pero no hubo suerte. Al final, ese mismo neurólogo decidió internarme en una clínica y tratarme con Thorazine, un antipsicótico. Aquellos ocho días que pasé aletargada en el pabellón de neurología se me han quedado grabados como la más negra de las comedias negras. Ocho días en los que compartí habitación con una anciana sorprendentemente ágil, que había sufrido un derrame cerebral y a la que todas las noches sujetaban a la cama con unas correas apodadas «las Caprichosas» de las que siempre lograba zafarse para

escapar por los pasillos en un claro desafío a las enfermeras. Ocho extraños días que pasé medicada, salpicados de visitas de jóvenes con batas blancas empeñados en sostener lápices delante de mis ojos para ver si yo era capaz de identificarlos y en preguntarme qué día era, qué año, cómo se llamaba nuestro presidente, para después pincharme con pequeñas agujas (¿sientes esto?). Días salpicados también por aquel extraño gesto con la mano que hacía al despedirse por la puerta el mismísimo Rey de las Migrañas, el doctor C., un hombre que solía ignorarme, aparentemente irritado conmigo porque no cooperaba y me curaba de una vez. Ningún especialista sabía lo que me sucedía en realidad. Mi médico bautizó mi dolencia con el nombre de *síndrome de migraña vascular*, pero no parecía que hubiera nadie capaz de decir por qué me había convertido en una especie de ENORME jaqueca, en un ser asustado, aplastado, deprimido, con vómitos continuos, un remedo de Humpty Dumpty después de caer del muro.

Mis incursiones en el mundo de la neurología, la psiquiatría y el psicoanálisis habían empezado mucho antes de mi internamiento en el Hospital Mount Sinai. He padecido migrañas desde mi infancia y hace años que investigo sobre mis dolores de cabeza y mareos, sobre esa sensación de elevación divina, sobre los destellos luminosos y agujeros negros que veo y sobre la única alucinación que he sufrido: ver a un hombrecillo y a un buey, ambos de color rosa, en el suelo de mi habitación. Antes de las convulsiones que sufrí aquella tarde en Northfield llevaba ya mucho tiempo leyendo estudios relacionados con tales misterios. Incluso profundicé aún más en el tema cuando decidí escribir una novela donde uno de los personajes era un psiquiatra y psicoanalista, un hermano imaginario que me inventé con el nombre de Erik Davidsen. Lo hice nacer y crecer en Minnesota en una familia muy parecida a la mía. Era el hijo varón que nunca tuvo la familia Hustvedt. Para poder ponerme en la piel de Erik me zambullí en el intrincado mundo de la diagnosis psiquiátrica y en los múltiples trastornos mentales que aquejan al ser humano. Estudié farmacología y me familiaricé con los diferentes tipos de medicamentos. Compré un libro con una serie de exámenes tipo que utilizan los tribunales de evaluación psiquiátrica en el estado de Nueva York y practiqué haciéndolos todos. Leí muchos libros sobre psicoanálisis e innumerables monografías sobre enfermedades mentales. Me fascinó la neurociencia y asistí a las conferencias mensuales sobre dicha materia en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York. Después me invitaron a participar en un grupo de debate dedicado a una nueva especialidad: el neuropsicoanálisis.

El grupo estaba compuesto por neurocientíficos, neurólogos, psiquiatras y psicoanalistas cuyo objetivo era crear un campo común que aunase las perspectivas del análisis con las investigaciones neurológicas más recientes. Me compré un modelo del cerebro de goma, estudié sus diferentes partes, escuché con suma atención las ponencias y seguí leyendo sobre el asunto. De hecho, mi marido me advirtió más de una vez que yo leía de forma obsesiva y llegó a decirme que aquella voracidad tenía mucho de adictiva. Después trabajé como voluntaria en la Clínica Psiquiátrica Payne

Whitney, impartiendo un taller semanal de literatura a los pacientes hospitalizados. Allí pude estar cerca de personas aquejadas de enfermedades muy complejas que solían presentar pocas similitudes con las descripciones catalogadas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (más comúnmente llamado el *DSM*). Llevaba, pues, varios años sumergida en el mundo del cerebro y de la mente cuando me eché a temblar delante del árbol dedicado a mi padre. Lo que comenzó como mera curiosidad ante los misterios de mi sistema nervioso acabó convirtiéndose en una pasión avasalladora. La curiosidad intelectual sobre cualquier enfermedad que padezcamos surge, sin duda, del deseo de dominarla. Aunque no lograrse curarme, quizá al menos podría empezar a entenderme a mí misma.

Toda enfermedad tiene algo de ajeno a nosotros e implica una sensación de invasión y pérdida de control que se evidencia en el lenguaje que utilizamos para referirnos a ella. Nadie dice «soy un cáncer» o «soy canceroso», a pesar del hecho de no ser ésta una enfermedad provocada por un virus o una bacteria intrusa sino el resultado de la mutación de nuestras propias células. Uno *tiene* cáncer. Sin embargo, con las enfermedades psiquiátricas o neuronales ocurre algo diferente puesto que atacan lo que imaginamos como el origen mismo de nuestro ser. La frase «es epiléptico» no nos resulta extraña. En las clínicas psiquiátricas los pacientes suelen decir: «Bueno, es que yo soy bipolar» o «Soy esquizofrénico». Las frases denotan una identificación total de la persona con la enfermedad. Yo tenía la sensación de que aquella mujer temblorosa era y no era yo al mismo tiempo. Podía reconocerme de cuello para arriba, pero de cuello para abajo mi cuerpo era un ser convulso e ignoto. No tengo ni idea de lo que me sucedió ni de qué nombre darle a mi dolencia, pero no hay duda de que aquel extraño ataque tenía algún componente emocional relacionado con mi padre. El problema era que durante el acto no había sentido que me embargase *emoción* alguna. Estaba tranquila y serena. Daba la impresión de que me había sucedido algo realmente serio, pero ¿qué era? Decidí ir a la búsqueda de la mujer temblorosa.

Los médicos llevan siglos estudiando los ataques convulsivos como el que yo padecí. Hay muchas dolencias que pueden provocar temblores, pero no siempre es fácil diferenciarlas. Desde Hipócrates en adelante, diagnosticar significa agrupar una serie de síntomas bajo un mismo nombre. La epilepsia es la más famosa de todas las enfermedades convulsivas. Si yo hubiera sido una paciente de Galeno, el médico griego que atendía al emperador Marco Aurelio y cuyos copiosos escritos tuvieron gran influencia en la historia de la medicina durante cientos de años, éste me hubiera diagnosticado una enfermedad convulsiva aunque habría descartado la epilepsia.

Galeno consideraba que la epilepsia no sólo provocaba espasmos en todo el cuerpo sino que también interrumpía «las funciones primordiales»: la conciencia y el habla.<sup>2</sup>Aunque entre los griegos existía la creencia de que los dioses y los espíritus podían hacerte temblar, la mayor parte de los médicos mantuvo siempre una postura naturalista al respecto y no sería hasta el surgimiento del cristianismo que se empezaron a vincular los temblores con lo sobrenatural hasta un grado increíble. La naturaleza, Dios y el diablo podían hacer que te temblara todo el cuerpo y los expertos en medicina luchaban por distinguir unas causas de otras. ¿Cómo podía separarse un acto de la naturaleza de una intervención divina o de una posesión demoníaca? Los paroxismos y desvanecimientos de santa Teresa de Ávila, sus visiones y su éxtasis respondían a elevaciones místicas que la acercaban a Dios, pero las niñas de Salem que se estremecían y retorcían eran víctimas de las brujas. En su obra *Una modesta investigación sobre la naturaleza de la brujería*, de 1702, el reverendo John Hale describe las convulsiones de esas atormentadas niñas para luego añadir que sus enormes sufrimientos eran «mucho más intensos que los que pudiera provocar cualquier ataque epiléptico o enfermedad de origen natural».<sup>3</sup>Si yo hubiera sufrido mi ataque convulsivo durante aquella locura colectiva que invadió Salem, las consecuencias hubieran sido funestas. Hubieran creído que estaba poseída. Incluso peor: si yo hubiera estado sumida en el fervor religioso de la época, algo bastante probable, la sensación de que alguna fuerza extraña se había apoderado de mi cuerpo y provocado tales temblores hubiese bastado para convencerme de que, sin duda, era víctima de un maleficio.

En Nueva York y en el año 2006 ningún doctor en sus cabales me habría enviado a un exorcista, a pesar de la confusión generalizada que había respecto a mi diagnóstico. Los parámetros referidos a las enfermedades convulsivas han cambiado mucho, pero descubrir lo que me había sucedido no iba a ser tarea fácil. Podía acudir a un neurólogo para saber si lo mío era epilepsia, aunque mi pasada experiencia en el Hospital Mount Sinai me hacía recelar de los médicos que estudiaban el sistema nervioso. Sabía que para que me diagnosticaran dicha enfermedad tenía que haber sufrido por lo menos *dos* ataques. Yo estaba convencida de haber sufrido un ataque genuino antes de que me sobreviniera mi incurable migraña. El segundo ya me parecía menos claro. Los temblores incontrolados pueden darse en algunos ataques. A mí me temblaron ambos lados del cuerpo, pero no dejé de *hablar* durante el episodio. ¿Cuánta gente *habla* durante un ataque epiléptico? Además, en ningún momento experimenté ningún síntoma ni aviso previo de que se me avecinara un incidente neuronal, como suele sucederme con las migrañas. Las convulsiones me sobrevinieron al comenzar el discurso sobre mi difunto padre y al finalizarlo desaparecieron. A la vista de mi historial médico, sabía que cualquier neurólogo meticuloso me haría un electroencefalograma. Me tendría un buen rato sentada con el cuero cabelludo lleno de electrodos pegajosos para, al final, no hallar nada. Está claro que hay muchas personas que sufren episodios que los exámenes habituales no suelen detectar y necesitan someterse a otras pruebas. Como no volviera a temblar sería imposible que pudiesen

diagnosticarme nada y mi dolencia quedaría flotando en el limbo de las enfermedades ignotas.

Estuve tiempo preocupada por mis temblores hasta que se me ocurrió una posible respuesta. No fue una conclusión a la que llegase poco a poco sino que surgió de repente, como una inspiración divina. Estaba sentada en mi lugar habitual durante la conferencia mensual de neurociencia cuando recordé una breve charla que tuve en una conferencia anterior con una psiquiatra que se sentaba justo detrás de mí. Le pregunté dónde trabajaba y qué hacía y me respondió que en un hospital atendiendo sólo a «pacientes de conversión». «Los neurólogos no saben qué hacer con ellos así que me los mandan a mí», dijo. «¡Eso es!», pensé. Mi ataque había sido de origen *histérico*. Este término ha caído en desuso dentro del vocabulario médico y va siendo remplazado por el de *trastorno de conversión*, aunque bajo este nuevo término subyace el fantasma del antiguo.

Hoy en día, cada vez que se usa la palabra *histeria* en periódicos y revistas, se suele señalar que proviene del griego y que significa «útero». Puntualizar su origen, como una patología puramente femenina asociada a los órganos reproductivos, sirve para advertir a los lectores de que el término en sí refleja un antiguo prejuicio contra las mujeres, pero la historia va mucho más allá de la misoginia. Galeno creía que la histeria era una enfermedad que sufrían las mujeres solteras o viudas privadas de relaciones sexuales, pero no la consideraba una forma de locura puesto que no tenía por qué llevar aparejados problemas psicológicos. Los médicos de la antigüedad eran muy conscientes de que los ataques epilépticos y los histéricos se asemejaban y de que era fundamental distinguir entre unos y otros. Como puede verse, la confusión aún existe. El médico del siglo xv Antonius Guainerius sostenía que los efluvios procedentes del útero eran los responsables de la histeria y que ésta se diferenciaba de la epilepsia en que los histéricos recordaban todo lo sucedido durante sus ataques.<sup>4</sup>El gran médico inglés del siglo xvii Thomas Willis absolvió al útero de ser el órgano culpable y situó el origen, tanto de la histeria como de la epilepsia, en el cerebro. Pero las ideas de Willis no eran las predominantes en su época. Había otros médicos que creían que se trataba de dos manifestaciones diferentes de la misma dolencia. El médico suizo Samuel Auguste David Tissot (1728-1797), hoy más recordado en los anales médicos por su famoso tratado sobre los peligros de la masturbación, sostenía que eran dos enfermedades distintas, aunque existieran algunas epilepsias originadas en el útero.<sup>5</sup>Desde la Antigüedad hasta finales del siglo xix la histeria fue considerada como una enfermedad convulsiva originada en alguna parte del cuerpo (el útero, el cerebro o alguna extremidad) y aquellos que la padecían no eran tenidos por locos. No hace falta decir que si cualquiera de los médicos que acabo de mencionar hubiese presenciado mi convulso discurso, me hubiera diagnosticado histeria. Mis funciones superiores no se vieron interrumpidas; recuerdo todo lo sucedido durante mi ataque y, por supuesto, era una mujer con un útero potencialmente emisor de efluvios y capaz de trastornarse.

Es interesante plantearse en qué momento la histeria adquirió la categoría de enfermedad asociada de forma exclusiva a la mente. Por lo general utilizamos el término *histeria* para referirnos a la excitabilidad o excesiva emotividad de una persona. Lo asociamos con la imagen de alguien, normalmente una mujer, chillando fuera de sí. No sé qué le sucedió a mis brazos, piernas y torso en aquella circunstancia, pero me sentía lúcida y hablé con tono calmado. En ese sentido, no estaba nada histérica. Hoy en día el trastorno de conversión está considerado un problema psiquiátrico y no neurológico, por eso se explica que lo asociemos a las perturbaciones mentales. En el *DSM*, que va ya por cuarta edición, se engloba al trastorno de conversión dentro de los problemas *somatoformes*, es decir, trastornos psiquiátricos en los que las personas manifiestan síntomas físicos.<sup>6</sup> Pero la denominación y clasificación de la enfermedad ha cambiado varias veces durante los últimos cuarenta años. En el primer *DSM* (1952) se la llamaba *reacción de conversión*. El *DSM-II* (1968) la incluía en el grupo de los trastornos *disociativos* y la denominaba *neurosis histérica, de tipo conversión*. Al parecer, en 1968 los autores del manual estaban impacientes por restablecer las raíces de la enfermedad recuperando el uso de la palabra *histeria*. El término *disociación* es muy amplio y se utiliza de diferentes formas para indicar cierto distanciamiento del yo o trastorno de la personalidad. Por ejemplo, cuando una persona tiene la impresión de estar fuera de su propio cuerpo se dice que experimenta un estado disociativo; si a otra la agobia la sensación de que ella o el mundo no son reales, también se lo califica de trastorno disociativo. Cuando se publicó el *DSM-III* (1980), el término *histérico* había desaparecido, siendo suplantado por el de *trastorno de conversión*, englobado dentro de los trastornos somatoformes. La definición permaneció inalterada en el *DSM-IV*. Sin embargo, el manual actual de la Organización Mundial de la Salud, el *ICD-10*<sup>7</sup>(1992) no está de acuerdo. Allí se le denomina *trastorno disociativo (de conversión)*. Parece algo confuso y lo es. Resulta obvio que los autores de manuales de diagnóstico psiquiátrico no saben bien qué hacer con la histeria.

Sin embargo, existe cierto consenso general. Los síntomas de conversión suelen asemejarse a los neurológicos: parálisis motora; crisis de tipo epiléptico; dificultad para andar, tragar o hablar; ceguera y sordera. Aunque cuando un neurólogo investiga alguno de estos casos no logra dar con la causa del problema. Así que, por ejemplo, si a algún neurólogo errante se le hubiera ocurrido hacerme un electroencefalograma mientras temblaba delante del árbol plantado en honor a mi padre, el electro no hubiera registrado mis convulsiones histéricas, pero sí las epilépticas. Además hay que decir que los histéricos no son simuladores. No pueden evitar lo que les sucede y no fingen su dolencia. Los síntomas pueden desaparecer de forma espontánea y, de hecho, es lo que suele suceder. Siempre con la salvedad de que «deben tomarse todas las precauciones»,<sup>8</sup> como señalan los autores del *DSM*. Es decir, si yo hubiera acudido a un psiquiatra, éste tendría que haber sido muy cauteloso conmigo. Mis síntomas podrían ocultar una enfermedad neurológica sin identificar que además no hubiera sido detectada en las pruebas. El psiquiatra tendría que estar seguro de que mis temblores

fueran lo bastante raros para catalogarlos como epilépticos al hacer su diagnóstico. El problema también se da a la inversa. Carl Basil, un farmacólogo de la Universidad de Columbia, cuenta que uno de sus pacientes presencié cómo se incendiaba su lugar de trabajo y «de repente se le paralizó todo el lado derecho del cuerpo como si hubiese sufrido un ataque de apoplejía».<sup>9</sup>De hecho, lo que sufrió aquel hombre fue una «reacción de conversión», que desapareció al finalizar el estado de shock. El asunto se complica aún más si añadimos que las personas epilépticas tienen muchas más probabilidades de sufrir ataques de histeria que aquellas que no lo son. Leí un estudio médico en el que sus autores afirmaban que entre un diez y un sesenta por ciento de las personas que tienen crisis psicógenas no epilépticas sufren epilepsia comórbida.<sup>10</sup>El dilema contemporáneo a la hora de identificar las dolencias nos recuerda mucho a las dificultades a las que durante siglos tuvieron que enfrentarse los médicos para separar la epilepsia de la histeria. La cuestión continúa siendo la misma: si una mujer sufre temblores convulsivos, ¿a qué se debe?

Los últimos años del siglo xx los médicos han utilizado sin demasiado rigor la frase «sin causa orgánica». La histeria era una dolencia física sin causa *orgánica*. ¿La gente se quedaba de pronto paralizada, ciega o presa de convulsiones sin ninguna causa orgánica? ¿Cómo podía ser eso? A menos que creyeras que unos fantasmas, espíritus o demonios surgían de repente del cielo o del infierno y se apoderaban del cuerpo de una persona, ¿cómo podía afirmarse que aquel fenómeno no era *físico y orgánico*? Incluso el *DSM* actual reconoce el problema al señalar que la diferencia entre lo mental y lo físico es «un anacronismo reduccionista del dualismo cuerpo/mente».<sup>11</sup>Ésa es una separación con la que hemos convivido en el mundo occidental por lo menos desde Platón. La idea de que estamos hechos de dos elementos en lugar de uno, de que la mente no es materia, sigue siendo determinante en la forma de ver el mundo de mucha gente. Sin duda, la experiencia de vivir dentro de mi propia cabeza tiene algo de mágico. ¿Cómo veo, siento y pienso y qué es en realidad mi mente? ¿Mi mente es lo mismo que mi cerebro? ¿Cómo puede la experiencia humana originarse en la materia gris y en la blanca? ¿Qué es orgánico y qué es no orgánico?

El año pasado oí por la radio a un hombre que hablaba de su vida con un hijo esquizofrénico. Como muchos otros pacientes, su hijo tenía problemas a la hora de tomar con regularidad sus medicamentos. Cuando regresaba a casa después de haber estado internado, dejaba de tomar las medicinas que le habían prescrito y volvía a tener un brote. Es una historia que suelo escuchar entre los pacientes a los que doy clases en el hospital, aunque todos tienen un motivo diferente para dejar de tomar sus pastillas. A uno de los pacientes le recetaron un antipsicótico que le hizo engordar de un modo exagerado y eso le hacía muy desgraciado; otro sentía que estaba muerto por dentro; otro estaba tan furioso con su madre que dejó de tomar las pastillas por puro rencor. El padre que hablaba por la radio recalcó más de una vez que «la esquizofrenia es un *trastorno mental orgánico*». Yo sabía muy bien por qué lo hacía. Por supuesto que no sólo

se lo habrían dicho los médicos sino que también él mismo habría leído estudios en los que se enfocaba la enfermedad desde ese punto de vista y eso le consolaba, le hacía sentir que, como padre, no era responsable de la enfermedad de su hijo, que el entorno donde creció su hijo no había influido en su dolencia. Puede que un día se resuelva el misterio genético de la esquizofrenia, pero por el momento continúa siendo una incógnita. Si un gemelo sufre esquizofrenia existe un cincuenta por ciento de posibilidades de que el otro también la sufra. Es un porcentaje alto, pero no determinante. Tiene que darse la conjunción de otros factores, que pueden ser muy variados, desde la contaminación ambiental hasta la negligencia parental. Muchas veces la gente prefiere respuestas sencillas. En el clima cultural de hoy la frase *trastorno mental orgánico* tiene un efecto tranquilizador. Mi hijo no está loco, lo que tiene es un problema en el cerebro.

Pero no existe una salida rápida de la trampa psique/ soma. Peter Rudnytsky, un prominente experto en psicoanálisis, realizó un estudio sobre Otto Rank, el psicoanalista del círculo de Freud que probablemente sufría un trastorno maniaco-depresivo, en el que señala que, dado que hoy en día sabemos que la depresión maniaca es un trastorno «orgánico», ya no podemos interpretar los bruscos cambios de humor de Rank como un defecto de su «carácter».10 La depresión maniaca, conocida también como trastorno bipolar, se da en muchas familias y su componente genético parece ser bastante más alto que en la esquizofrenia. Y aun así Rudnytsky da a entender que no existen estados no orgánicos que puedan atribuirse a defectos de carácter.<sup>12</sup>Lo cual plantea la pregunta: ¿qué es el carácter? ¿El carácter no está formado por la suma de nuestras partes y no son esas partes orgánicas? Y si no es así, ¿qué es psíquico y qué es somático?

El problema radica en que la frase *trastorno mental orgánico* no dice mucho. No hay lesiones ni perforaciones en el tejido cerebral de los esquizofrénicos ni en el de los maniaco-depresivos como tampoco se ha detectado ningún virus que destruya la corteza cerebral. Las nuevas tecnologías aplicadas a los escáneres cerebrales pueden detectar los cambios en la actividad cerebral. Aunque también hay cambios en la actividad cerebral cuando estamos tristes o alegres o excitados sexualmente. Todos esos estados del ser humano son físicos. ¿Y qué es una enfermedad con exactitud? En el *Campbell's Psychiatric Dictionary* hallé la siguiente afirmación perteneciente a la obra *Philosophy in Medicine* de Culver y Gert: «La enfermedad y la dolencia están íntimamente relacionadas, pero la enfermedad es más fuerte desde el punto de vista ontológico que una simple dolencia».13 Una enfermedad, en otras palabras, tiene más peso, más *presencia* que una dolencia. Hace poco un amigo mío me enseñó un libro titulado *Vivir bien con la enfermedad de la migraña y con los dolores de cabeza*. Me quedé asombrada. En el pasado, cuando tuve que ir de un neurólogo a otro, ninguno calificó la migraña de *enfermedad*. Era obvio que había adquirido un estatus nuevo, que había adquirido más «peso» desde 1982. ¿El trastorno de conversión es, a diferencia de la

esquizofrenia o del trastorno maniaco-depresivo, un fenómeno psíquico? ¿Es la psique diferente del cerebro?

Sigmund Freud fue el primero en usar la palabra *conversión* en el libro que publicó junto con Josef Breuer titulado *Estudios sobre la histeria* (1893): «Para simplificar, denominamos “conversión” a la transformación de la excitación psíquica en síntomas somáticos permanentes, tan característica de la histeria».<sup>14</sup> ¿Qué quería decir Freud? ¿Creía que la excitación física estaba al margen de lo biológico? Freud era un hombre empapado de la filosofía y la ciencia de su época. Estudió medicina y consiguió su título, pero también estudió filosofía y zoología. En el verano de 1876 recibió una beca para investigar en la Estación Experimental Zoológica de Trieste, donde se dedicaría a diseccionar anguilas, a estudiar su estructura histológica y a buscar unos testículos que hasta el momento nadie había logrado encontrar. Parece ser que la estructura gonadal de las anguilas ha atraído la atención de diferentes científicos desde Aristóteles. Freud no llegó a resultados concluyentes, pero su investigación formaría parte de un proceso que, con el paso del tiempo, ayudaría a despejar la incógnita. Después de tres años en la Facultad de Medicina, decidió especializarse en neurología y dedicó seis años al estudio de las células nerviosas en el laboratorio fisiológico de Ernst Wilhelm von Brücke. Se concentró en el estudio del material visible del sistema nervioso. El primer libro que publicó Freud fue *Sobre la afasia*. La afasia (palabra que proviene del griego y significa «incapacidad para hablar») se utiliza para referirse a un desorden del lenguaje en pacientes con algún daño cerebral. La afasia puede afectar a todos los aspectos del lenguaje. Algunos pacientes pueden entender las palabras que escuchan pero son incapaces de emitirlos ellos mismos. Otros no comprenden lo que se les dice o no logran asociar unas frases con otras. Otros saben lo que desean decir pero son incapaces de reunir los fonemas que forman la palabra. Aunque en su época no atrajo demasiada atención, mucho de lo que Freud sostenía en aquel estudio permanece vigente. En él recalca que, aunque algunos procesos cerebrales podían localizarse en diferentes áreas (se sabía cuáles eran algunas de las partes del cerebro responsables de los comportamientos del ser humano, entre ellos el lenguaje), dichos procesos no eran estáticos sino circuitos móviles y dinámicos dentro del cerebro. Ésta es una verdad incuestionable. Su postura respecto a la relación entre mente y materia era más sutil. No era un reduccionista ni un dualista: «Por lo tanto, la psique es un proceso paralelo al fisiológico, un fenómeno concomitante subordinado».<sup>15</sup> Freud fue un materialista toda su vida. No quería saber nada de esas vagas nociones sobre el alma, el espíritu o la psique que se presentaban separadas de los procesos físicos. Uno dependía del otro. Al mismo tiempo, como seguidor de Kant, no creía que fuera posible conocer las cosas en sí mismas. Sostenía que accedemos al mundo a través de nuestra percepción de él. A pesar de eso, sigo encontrando a gente que habla de Freud como si hubiese sido una especie de místico, un hombre cuyas ideas no presentaban relación alguna con la realidad física, una especie de mago de los espejismos que interfirió en el avance de la modernidad embaucando a un público crédulo con toda clase de tonterías hasta que,

por fin, llegó una nueva psiquiatría científica basada en las maravillas de la farmacología que logró acabar con sus desvaríos. ¿Cómo es posible que un científico llegase a adquirir una reputación así?

Poco después de publicar *Estudios sobre la histeria* con Breuer, Freud se embarcó en lo que luego se conocería como el *Proyecto para una psicología científica*, un intento de relacionar sus ideas sobre el funcionamiento de la mente con sus conocimientos de neurología a fin de crear un modelo biológico basado en las células que conforman el cerebro: las neuronas. Tras un periodo de febril escritura, se dio cuenta de que no existían suficientes conocimientos sobre los procesos neuronales como para establecer dicho modelo y dejó su *Proyecto* de lado. Fue entonces cuando el padre del psicoanálisis dio su giro decisivo hacia una explicación puramente psicológica de la mente, aunque nunca renunció a la esperanza de que algún día los científicos lograran refrendar sus ideas basándolas en funciones reales del cerebro. En su historia del psicoanálisis titulada *Revolution in Mind*, George Makari ofrece una sucinta evaluación del problema al que se enfrentaron Freud y muchos otros estudiosos de la neurología, la psicología y la biofísica: «No se podía afirmar tan a la ligera que un nervio albergase una palabra o una idea».<sup>16</sup> Freud tenía cierta noción de cómo funcionaba dicha conexión, pero no consiguió empezar a demostrar que estaba en lo cierto.

Después de que mi imaginaria visita al neurólogo no procurara el resultado apetecido, decidí ir a ver a un psicoanalista. Pese a que en una época la psiquiatría norteamericana estuvo influida por el psicoanálisis, ambas disciplinas han sufrido un creciente distanciamiento, en especial desde los años setenta. Muchos psiquiatras tienen escaso o nulo conocimiento del psicoanálisis, que, cada vez más, se ha visto desplazado a los márgenes de la cultura predominante. Muchos psiquiatras norteamericanos dejan ahora que sean los asistentes sociales quienes hablen con los pacientes mientras ellos se limitan a prescribir recetas. Estamos en una era en la que domina, pues, la farmacología. Sin embargo, sigue habiendo muchos psicoanalistas en el mundo y desde que leí a Freud cuando tenía dieciséis años ha sido una disciplina que me ha fascinado. Nunca me he psicoanalizado, pero en un par de ocasiones a lo largo de mi vida he considerado la posibilidad de hacerme psicoanalista y para ello debía previamente ir a terapia. Una vez me sometí a unas breves sesiones y me resultó muy útil, pero he llegado a comprender que una parte de mí siente miedo a sumergirse de lleno en el psicoanálisis. Es difícil explicar ese miedo porque no sé de dónde procede. Tengo la vaga noción de que hay recovecos ocultos de mi personalidad que me cuesta explorar. Quizá ésa sea la parte de mí donde se originan los temblores. Además, la intimidad médico-paciente que se establece en el psicoanálisis también me asusta. Siendo franca, abrir mi mente en su *totalidad* me causa pavor. Mi analista imaginario es un hombre. Prefiero un hombre

porque representaría para mí una figura paterna, un reflejo de mi padre, cuyo fantasma estuvo presente de alguna manera en el origen de mis temblores.

Después de relatarle mi historia, mi analista imaginario me pediría, sin duda, que le explicara la relación que mantenía con mi padre y las circunstancias de su muerte. También saldría a colación mi madre, al igual que mi marido, mi hija y mis hermanas. En definitiva, todas las personas de importancia en mi vida. Hablaríamos y, a través del diálogo, ambos intentaríamos conocer las razones por las que me convertí en un manojito de nervios durante mi alocución delante de un abeto. Por supuesto, y de antemano, el analista debería tener en cuenta que mi problema no estaba en hablar en público. Incluso en los peores momentos de mis temblores mi discurso era fluido. Mi patología radica en una zona subyacente o adyacente al lenguaje, según elijamos una u otra metáfora espacial. En psicoanálisis existe un término que podría definir mi problema: *represión*. Yo habría reprimido algo que desbordó mi inconsciente y estalló como si fuera un síntoma histérico. A un analista freudiano mi dilema le resultaría clásico. Yo le hubiera contado a ese analista imaginario que con anterioridad ya había acudido a un neurólogo y que no era epiléptica. A partir de ese momento, él se habría despreocupado de mi *cerebro*. A pesar de que a Freud le fascinaban las neuronas, mi analista las habría dejado de lado y se habría concentrado en ayudarme a profundizar en la historia de mi vida y entre ambos buscaríamos la manera de reinterpretarla para curarme de mis síntomas. En esa tesitura y a la búsqueda de mi curación, me habría enamorado de mi psicoanalista. Transitaría por una fase de transferencia. Por medio de ese amor, que bien podría transformarse en odio, indiferencia o miedo, le transferiría los sentimientos que albergaba o albergó hacia mi padre, mi madre o mis hermanas, y él, a su vez, me haría una contratransferencia construida a partir de sus propias vivencias. Todo ello desembocaría en una tormenta de ideas y de emociones. Al final, porque se supone que siempre hay un final, llegaríamos a consensuar un relato de mi cuasiataque y entonces me curaría. Ésa es, al menos, la narración ideal del proceso de psicoanálisis, que no es más que una forma peculiar de relato. El mismo Freud ya señalaba la rareza de su empeño en sus *Estudios sobre la histeria*:

Como otros neuropatólogos, aprendí a realizar diagnósticos específicos además de la electroprognosis y todavía me resulta curioso que los casos clínicos que describo puedan leerse como relatos cortos y que, como suele decirse, carezcan del supuesto rigor que se espera de las ciencias. Sin embargo, debo consolarme pensando que la propia naturaleza de la disciplina es, evidentemente, la responsable de esta situación y, por tanto, no debe achacarse a mis preferencias personales. Lo cierto es que el diagnóstico específico y las reacciones eléctricas no llevan a ninguna parte a la hora de estudiar la histeria, mientras que las descripciones detalladas de los procesos mentales (a las que ya nos tienen acostumbrados los escritores imaginativos) adornadas con unos cuantos términos psicológicos me permiten, al menos, obtener alguna luz sobre el curso de la afección de que se trate.<sup>12</sup>

Como científico que era, Freud se encontraba un poco incómodo ante la posibilidad de parecerse más a un novelista. Con el paso del tiempo su pensamiento acerca del aparato psíquico cambiaría y evolucionaría, pero nunca llegaría a entroncar

sus teorías en el sistema nervioso, donde sabía que se originaban los procesos que analizaba. La afasia era una dolencia que tenía un origen psicológico específico. Si alguna parte concreta del cerebro sufría un daño se producía, como resultado, un problema en el habla. Cuando Freud escribió sobre la afasia ya antes el científico francés Paul Broca y el alemán Carl Wernicke habían realizado sus investigaciones pioneras para radicar el habla en el hemisferio izquierdo del cerebro. Sin embargo, la histeria era una dolencia que *no* tenía origen en un daño cerebral. Los trabajos del eminente neurólogo francés Jean-Martin Charcot, a quien Freud tradujo y de quien fue discípulo y seguidor, lo habían dejado claro. Desde el Hospital de la Salpêtrière, Charcot, como otros innumerables médicos antes que él, se esforzó denodadamente para lograr distinguir los ataques epilépticos de lo que él denominaba «epilepsia histérica». Dado que algunas epilepsias podían originarse sin una lesión cerebral previa (un hecho que descubrió tras realizar varias autopsias), Charcot se vio obligado a distinguir varias dolencias basándose tan sólo en la observación clínica de sus pacientes. Estableció diversas categorías de dolencias, entre ellas la histeria, que no se debían a lesiones anatómicas y que agrupó bajo el término de *neurosis*. Definió la histeria como una *enfermedad orgánica* neurológica, sostuvo que tenía origen hereditario y negó que sólo afectara a las mujeres. Los hombres también podían ser histéricos.

Charcot se interesó por la dimensión psicológica de la histeria cuando se dio cuenta de que el pavor o una emoción fuerte podían asociarse a sus síntomas. También pensaba que en tales casos el shock creaba en el paciente una autosugestión, una especie de autohipnosis, que escapaba a su conciencia. Por ejemplo, a uno de sus pacientes, un herrero que se había quemado la mano y el brazo, le diagnosticaron histeria masculina traumática, pero más adelante sufrió unas contracturas en dichos miembros. En teoría un trauma podría crear una sensación en el sistema nervioso de una persona, de por sí vulnerable, para desembocar en un síntoma, en un ataque: una parálisis, la incapacidad para andar, ver u oír, la pérdida de la conciencia o sonambulismo. Más aún, un médico podría producir unos síntomas similares en un paciente hipnotizándole y sugestionándole para que sintiera que su mano estaba paralizada. La autosugestión y la sugestión hipnótica activan las mismas áreas fisiológicas, como si fueran dos formas del mismo proceso mental. Para Charcot, el solo hecho de que una persona pudiera ser hipnotizada indicaba que era histérica. A pesar de su interés por el trauma, Charcot siguió ciñéndose a la explicación fisiológica de la histeria.<sup>18</sup>

Pierre Janet, filósofo, neurólogo y joven colega de Charcot, fue más allá de su mentor a la hora de explorar los aspectos psíquicos de la histeria. Al igual que Charcot, mantuvo que la histeria podía sobrevenir después de un shock (por ejemplo, a raíz de un accidente en un carruaje) sin que la persona afectada hubiera recibido necesariamente un daño físico. Janet sostenía que era suficiente que la persona pensara que «una rueda le había pasado por encima de la pierna» para que se le paralizara el miembro en cuestión.<sup>19</sup> Janet fue el primero que utilizó el término *disociación* en relación

con la histeria y lo definió como una división en «el sistema de funciones e ideas que constituyen la personalidad».<sup>20</sup> Para Janet, las ideas no eran pensamientos parciales sino que formaban parte de sistemas psicobiológicos que incluían las emociones, los recuerdos, las sensaciones y los comportamientos. En las conferencias que dictó en Harvard en 1906, Janet sostuvo que la histeria se definía a partir de la «sugestión» y que no era más que «una idea demasiado poderosa que actúa sobre el cuerpo de un modo anormal».<sup>21</sup> La terrible imagen del accidente del carruaje se disocia dentro de la persona y «las cosas suceden como si una idea, esto es, un sistema parcial de pensamientos, se emancipara, se independizara y se desarrollara por su cuenta. El resultado es, por un lado, que la idea se desarrolla demasiado y, por otro, que la conciencia parece incapaz de controlarla».<sup>22</sup> La histeria es, por tanto, una ruptura que se produce en el sistema y que permite que una parte del ser campee por sus respetos sin control.

Janet relata la historia de Irene, una mujer empobrecida de veinte años que vivió la lenta agonía de su querida madre consumida por la tuberculosis. Después de varias semanas junto al lecho de la enferma, Irene se dio cuenta de que su madre había dejado de respirar e intentó desesperadamente reanimarla. En medio de sus esfuerzos, el cadáver de la madre cayó al suelo e Irene necesitó todas sus energías para volver a subir el cuerpo a la cama. Tras el sepelio de su madre, Irene empezó a revivir la tragedia en distintos trances, durante los cuales representaba y relataba una y otra vez con gran detalle el horror que había vivido. Después de tales trances, recuperaba la plena conciencia y se comportaba como si nada hubiera sucedido. A mayor abundamiento, los familiares de Irene señalaban que la joven parecía demasiado despreocupada ante la muerte de su madre. De hecho, parecía haberlo olvidado por completo. Irene se mostraba sorprendida y preguntaba cuándo y cómo había muerto su madre. «Hay algo que no comprendo —decía— ¿por qué razón, yo, que tanto la amaba, no siento más dolor por su muerte? Soy incapaz de guardarle duelo. Siento como si su ausencia no me afectara, como si mi madre estuviera de viaje, a punto de regresar.»<sup>23</sup>

La lectura de aquellas líneas me sorprendió. Me preguntaba si no me habría sucedido lo mismo. ¿No debería haber llorado más por alguien a quien yo había amado tanto? Muchos meses después de su muerte yo continuaba soñando que mi padre seguía vivo. Estaba equivocada, mi padre no había muerto. Irene había asistido impotente a la muerte de su madre junto a su lecho. Cuando mi padre agonizaba, pasé horas sentada a su lado. Mi padre necesitaba oxígeno para respirar y ya no podía levantarse sin ayuda. Cuando se colapsó su pulmón, los médicos lo reanimaron perforándole el pecho para inflarle el pulmón inyectándole aire. Aún recuerdo aquel agujero. Recuerdo el rostro grisáceo de mi padre en aquel hospital de Minneapolis, la horrible luz fluorescente de su pequeña habitación y al anciano quejumbroso que yacía al otro lado de la cortina. Recuerdo que cuando mi padre pudo volver de nuevo a la residencia de ancianos, sonrió al entrar en silla de ruedas en su estrecha habitación, diciendo: «¡Qué agradable es volver al hogar aunque no sea realmente un hogar!». Los

días previos a su fallecimiento, él y yo hablamos largo y tendido y mientras lo hacíamos yo no dejaba de pensar que debía prepararme ante su inminente muerte. Mi padre tenía ochenta y un años y había vivido con plenitud. Las personas no son eternas. Todos morimos. Me decía a mí misma lo que suele decirse en estos casos y pensaba que eso me servía para aliviar mi pena, pero ahora pienso que no ha sido así.

Janet acuñó la frase *la belle indifférence*, que todavía se usa. Viene a significar una extraña despreocupación por las dolencias que nos aquejan y se aplica en particular a los desórdenes de conversión, a la histeria. Un ejemplo ilustrativo de ello se recoge en los manuales para estudiantes de psiquiatría y refiere el caso de un hombre que vive en Estados Unidos y cuya madre fallece en su país de origen, México. El hombre se quedó ciego de repente sin que hubiera ninguna causa física para ello y manifestaba una extraña indiferencia ante su pérdida de visión. Su despreocupada actitud frente a una situación personal tan dramática es un indicio de que podría tratarse de un caso de conversión.<sup>24</sup> En cuanto a Irene, la indiferencia estaba relacionada con el suceso traumático mismo. ¿Sería ése mi problema? ¿Por qué no sentí más pena si amaba tanto a mi padre? Janet hubiera dicho que el dolor había ido a parar a alguna parte escondida de mi ser. Freud hubiera visto en mi problema una eficaz manera de protegerme frente a lo que no estaba dispuesta a reconocer. El temblor histérico sirvió para mi propósito de ocultación y me resultó útil.

Esa indiferencia también se da en pacientes neurológicos con lesiones *visibles* en el cerebro. Las personas con el síndrome de Anton, tras sufrir un accidente neurológico devastador como una embolia, pierden la visión, pero insisten en que ven. El síndrome de Anton forma parte de un fenómeno más amplio denominado anosognosia, esto es, la negación de una dolencia. En su libro *Altered Egos*, Todd Feinberg describe el caso de Lizzy, una mujer que sufrió embolias en ambos lóbulos occipitales del cerebro, la zona donde radica la corteza visual primaria y, en consecuencia, quedó ciega. «Lizzy podría haber negado su ceguera para admitirla después —escribía Feinberg— pero nunca pareció dar a entender que su ceguera representara para ella una preocupación. A lo largo de toda nuestra entrevista hablaba y actuaba como si nada le preocupara.»<sup>25</sup> Lizzy vacilaba a la hora de reconocer si veía o no, pero incluso cuando lo reconocía, su actitud era siempre la misma: no parecía importarle *en absoluto*. Dos personas pierden la vista. Una tiene la corteza visual intacta y la otra la tiene dañada. Una es un caso psiquiátrico y la otra, neurológico, pero ambas manifiestan una extraña despreocupación frente a su desgracia. ¿Existe una conexión entre ambas actitudes? ¿No estarán ambas personas disociadas de alguna manera frente a lo que les ha sucedido? ¿Pueden estas actitudes similares considerarse una forma de represión, por usar un término psicoanalítico? Y la indiferencia, ¿no será sólo psicológica en el primer caso y neurológica en el segundo? Desde luego, no todas las personas que tienen lesiones en la corteza visual y que se quedan ciegas niegan que lo están. Tan sólo *algunas* lo hacen. Y no todas aquellas que sufren de conversión actúan con *la belle indifférence*. Pero Irene, el mexicano con ceguera

ficticia, Lizzy y yo podríamos tener algo en común: una incapacidad de guardar duelo. Irene estaba traumatizada por la muerte de su madre y, por ello, alguna parte de su ser repetía una y otra vez las circunstancias de aquel suceso mientras que otra se mostraba insensible. ¿Tendría yo una especie de doble conciencia? ¿Una personalidad temblorosa y otra indiferente?

Alrededor de seis meses después de los temblores, di una conferencia en el Hospital Presbiteriano de Nueva York como parte de una serie de charlas sobre Narrativa Médica de la Universidad de Columbia que dirigía Rita Charon. Charon es una doctora en medicina que también lo es en literatura. Su objetivo era devolver el relato oral al ámbito de la medicina clínica. Sin el relato, afirma, la realidad del padecimiento de cada persona se pierde y con ello la medicina también sufre una pérdida. Charon distingue entre lo que es un relato y lo que no lo es: «El conocimiento no narrativo intenta sacar a la luz lo universal trascendiendo lo particular; el conocimiento narrativo, al observar con detenimiento cómo se debaten los seres humanos bajo sus condiciones de vida, intenta sacar a la luz lo universal de la condición humana al revelar lo particular».<sup>26</sup> En mi charla relaté mi ataque durante la ceremonia frente al abeto y lo hice describiéndolo bajo tres ópticas distintas (la de un psiquiatra, la de un psicoanalista y la de un neurólogo) para ilustrar cómo un episodio paroxístico puede interpretarse de maneras distintas en función de la especialidad de cada médico. El punto de vista de cada uno sesga inevitablemente la percepción de los hechos. Allí estaba yo, hablando de nuevo en público, esta vez frente a un grupo de psiquiatras, psicoanalistas y doctorandos en literatura, explicándoles cómo me sobrevinieron aquellos temblores. Antes de dirigirme a ellos, una pregunta cruzó mi mente: «¿Qué sucederá si vuelvo a sufrirlos ahora?» En un principio sentí que las manos me temblaban. Eso era algo normal y no le di mayor importancia. Cuanto más avanzaba en mi exposición, más relajada me sentía. Percibía que el público me escuchaba con atención. Mi confesión estaba sirviendo a un propósito que todos parecían entender. Al final la conferencia fue bastante bien. Meses más tarde dicté la misma conferencia, aunque más abreviada, en un seminario literario en Key West, Florida. Con anterioridad había participado en diversas tertulias públicas sin haber sentido el menor temblor.

El día del seminario en cuestión, yo formaba parte de un panel de cuatro conferenciantes. Antes de mi intervención habló un novelista muy conocido que había aparecido en un programa de televisión, *El Show de Oprah Winfrey*. Hizo un relato conmovedor de su trabajo con mujeres reclusas. Narraba sucesos muy tristes pero que tenían un final feliz. A pesar de las ridículas maniobras por parte de las autoridades penitenciarias para boicotear la labor literaria de las reclusas a quienes él había estado

enseñando, su esfuerzo acabó por triunfar. Al finalizar su intervención, el público se levantó de sus asientos y aplaudió entusiasta y largamente. Llegó, entonces, el turno de relatar mis incursiones en el campo de la mente, incluyendo mi labor en el taller literario con los pacientes psiquiátricos del hospital. Yo no estaba en absoluto nerviosa aunque sabía que, en comparación con el anterior conferenciante, mi discurso podía parecer arcano. Sin embargo, mi sinceridad era indudable y me sentía a gusto y dispuesta a relatar mi experiencia. Subí al estrado y, en el momento en que abrí la boca, volvió a sucederme. Empecé a temblar frente a cientos de personas. Me agarré al atril, pero los brazos, el torso y las piernas me temblaban tanto que me resultaba imposible disimularlo. Cuando conseguí pasar del primer párrafo, oí que alguien decía desde la primera fila: «Está temblando». Luego a otra persona: «Creo que le está dando un ataque». Me agarré con más fuerza al atril de madera y entre aquellos espasmos mortificantes rogué al público que siguiera prestándome su atención ya que, un poco más adelante, abordaría el asunto de mis temblores. A pesar de que mi dicción era un poco acelerada, de nuevo el tono de mi voz permaneció inalterable. Eso me dio esperanzas de que conseguiría llegar hasta el final y de que los temblores cesarían a lo largo de mi intervención. Mi marido (que estaba allí presente aunque no había asistido a la ceremonia frente al abeto) me dijo más tarde que nunca había sido testigo de algo así. A pesar de que ya le había descrito mi ataque anterior, no podía imaginarse lo dramático que fue. Me dijo que tuvo la tentación de subir al estrado y arrastrarme lejos de allí.

Los temblores fueron amainando conforme proseguía con mi discurso y, poco a poco, cesaron por completo. Al finalizar me encontraba de nuevo de una sola pieza. El público fue amable y me aplaudió. Un neurólogo, un psiquiatra y un psicoterapeuta se acercaron a mí después y, para mi alivio, no me ofrecieron sus servicios sino que quisieron comentarme sus reflexiones sobre el contenido de mi conferencia. Varias personas vinieron a mí para decirme que yo les había parecido «valiente». Yo no creía que hubiera sido valiente. ¿Qué otra cosa podría haber hecho en aquella situación? Nunca se me pasó por la imaginación llamar a una ambulancia. Siempre tuve la confianza de que los temblores cesarían cuando finalizara mi discurso. Mis únicas opciones eran caer redonda al suelo y admitir la derrota o seguir hablando. Un amigo que había sido profesor mío en la Universidad de Columbia y que estuvo presente en mi conferencia me dijo después que llegó a pensar que había un médico y un paciente debatiéndose dentro de mi cuerpo. En efecto. Aquel día hubo dos personas dentro de mí: una conferenciante pasable y una mujer afectada por un terremoto personal. Sin pretenderlo en absoluto, había demostrado ante aquel público los efectos de la patología que estaba describiendo.

Durante las horas posteriores me sentí abotargada y exhausta. Sentía un entumecimiento en los brazos similar al que te produce la gripe y la sensación de mareo no cesaba. Pero sobre todo, lo que sentía era miedo. ¿Y si los temblores seguían

sucedíendose? Me preguntaba si los ataques me sobrevenían cuando hablaba de mi padre o porque, simplemente, me disponía a hacerlo. Si así fuera, ¿por qué no me había sucedido lo mismo mientras daba mi conferencia en el taller de narrativa médica? ¿Por qué había estado tan sosegada antes de sufrir los dos episodios? ¿No sería que la reacción tan positiva del público ante la magnífica prosa del novelista que me precedió me hizo pensar a nivel subliminal que mi intervención iba a causar decepción? ¿O es que me había acostado muy tarde la noche anterior o había tomado demasiado café esa mañana? Una vez asistí a una conferencia sobre el pánico dictada por un farmacólogo en la que dejaba claro que la vulnerabilidad a sus ataques estaba relacionada con distintos comportamientos. Por ejemplo, los fumadores son más propensos al pánico que los no fumadores. Yo había dejado de fumar años antes, pero la cafeína es un estimulante que podía haberme predispuesto a sufrir temblores. Para mi decepción, la etiqueta de desorden de conversión bajo la cual me autodiagnostiqué no había servido para resolver mi problema. Para entonces yo tenía otra conferencia en perspectiva. Me habían invitado a hablar en el Museo del Prado de Madrid sobre un tema totalmente diferente como parte de un ciclo sobre los grandes maestros y la modernidad. Ya tenía redactado el texto y preparada la presentación en PowerPoint. Lo más probable era que volviera a desmoronarme. Quizá a partir de ese momento temblaría cada vez que estuviera delante del público. Necesitaba ayuda, pero no de algo o de alguien que fuera producto de mi imaginación. Llamé a un amigo psiquiatra, alguien en quien podía confiar, para que me recomendase un profesional serio y competente a quien acudir. Mi amigo me envió un correo electrónico sugiriendo que mi caso no parecía ser histeria sino más bien una forma de ataque de pánico. Decía que lo que yo necesitaba era un fármaco que me permitiera salir airoso durante la hora que debía hablar en público en el Prado. Más adelante ya habría tiempo para enfrentar las causas subyacentes a mis temblores. Así las cosas, acabó remitiéndome a un farmacólogo.

Al final fui a contarle mi caso al doctor F., un psiquiatra de verdad que me recibió en un consultorio de verdad. Resultó ser una persona atenta y comprensiva. Me escuchó con paciencia mientras le relataba mi historial de migrañas y le explicaba que mi enemigo real eran los temblores. Además le conté mi teoría de que quizá padeciese un caso de conversión y que mi amigo opinaba que yo padecía una especie de ataque de pánico. El médico me aseguró con franqueza que mis ataques no eran una manifestación de pánico, puesto que yo no mostraba ninguna inquietud previamente. Nunca sentí que me fuera a pasar nada malo y tenía la certeza de que no estaba a punto de morir. El médico me despidió dándome una receta para seis pastillas de 0,5 miligramos de lorazepam y me remitió a un especialista en epilepsia. Antes de iniciar mi conferencia en Madrid, me tomé una pastilla. No tuve ningún temblor. Después solicité una cita con el especialista en epilepsia que luego cancelé.

Mi travesía, tanto la real como la imaginaria, me había llevado en círculos y la causa de mis ataques todavía me era desconocida. Lo más probable fuera que el

lorazepam me calmara lo suficiente para inhibir los temblores durante mi intervención en el Prado. Este fármaco y otras benzodiazepinas se usan para el tratamiento de ataques epilépticos y de pánico, así que la supuesta eficacia del medicamento no podría ayudar después a un médico a diagnosticar mi caso. Por otra parte, mi conferencia no tenía ninguna relación con mi padre, lo que podía haberme evitado los ataques en cualquier caso. Para complicar más las cosas, cualquier placebo podría haber sido igual de eficaz. Ahora sabemos que el simple hecho de creer que una pastilla puede ayudarte libera en el cerebro unos opioides que te hacen sentirte mejor o, como decían los autores de un estudio que leí: «Hay factores cognitivos (por ejemplo, la esperanza de calmar el dolor) que son capaces de modular el estado físico y emocional». <sup>22</sup>Por lo visto las «ideas» son muy poderosas y pueden alterar nuestro estado. Como destacaba Janet, no es preciso que la rueda del carruaje pase por encima de nuestra pierna. La sola idea puede paralizarnos el miembro. ¿No sería que la sola idea de la muerte de mi padre me hacía temblar? ¿O era otra cosa? Lo único que tenía claro era que la razón de todo aquello escapaba a mi conciencia. Soy incapaz de definirlo con palabras. Tal idea está escondida en algún otro lugar. La cuestión es: ¿será posible encontrarla?

A veces las teorías preceden a la tecnología que después acabará validándolas y otras la tecnología va muy por delante de la teoría. Éste es el caso de los avances que han dado un vuelco a la investigación de la neurociencia. Escáneres como el PET (tomografía por emisión de positrones), el SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotones) o el fMRI (resonancia magnética funcional) no sólo se han utilizado para examinar los diversos órganos del cuerpo sino también el cerebro del paciente. Las fotos en color que muchos hemos visto en las revistas o en la televisión indican el riego sanguíneo en las diferentes zonas del cerebro. La teoría dice que cuanto más oxigenada fluya la sangre, mayor es la actividad cerebral. Sin embargo, todavía hay mucha controversia en torno a qué es lo que en realidad muestran esas fotos y cómo interpretarlo. Una y otra vez he oído a diferentes científicos expresar sus dudas sobre lo que *significan* esas imágenes y, sin embargo, dichas fotos suelen usarse como demostración, resultan fascinantes de observar y constituyen herramientas útiles, a pesar del hecho de no poder considerarse la quintaesencia de la investigación científica. Pero cuando la prensa popular se refiere a los escáneres cerebrales los muestra libres de todas las dudas que los rodean. El 26 de septiembre de 2006 el *New York Times* publicó un artículo en sus páginas de Ciencia titulado «¿La histeria es real? Las imágenes cerebrales dicen que sí». Un título que, primero, nos deja cavilando sobre lo que querrían decir con eso de «real» y, segundo, plantea un enfoque erróneo de la enfermedad mental y de la relación cuerpo-mente. El deslavazado argumento se basaba en que, si un ataque de histeria o una parálisis histérica aparecían reflejados en un escáner cerebral, entonces ya no se trataba de una enfermedad que «se inventa uno en la

cabeza», como suele decirse, sino que estaba en tu cuerpo y, si estaba en tu cuerpo, entonces su «realidad» quedaba demostrada. «La histeria parecía ser una extravagancia del siglo XIX caída en desuso —escribe la periodista—, muy apropiada para el análisis literario, pero inútil dentro del campo de los rigurosos alcances de la ciencia contemporánea.» Otra vez vuelve a establecerse una jerarquía. La histeria sólo puede interesarles a esos pesados que se toman la literatura en serio, pero ¿por qué los científicos, los amos de la cultura que determinan nuestras verdades, van a preocuparse por algo tan retrógrado como la histeria? «El término mismo es algo oscuro —continúa la periodista—, un poco misógino y todo gracias a Freud, que hoy en día está pasado de moda.»<sup>28</sup> La periodista tiene razón al afirmar que la histeria tiene connotaciones negativas para las mujeres y que incluso gente que nunca ha leído ni una palabra escrita por Freud se toma la libertad de condenar sus teorías porque sus ideas, al igual que la enfermedad de la histeria, ya no están de moda. Pero, a pesar de ser muy valiosos, los escáneres cerebrales no pueden *explicar* la conversión.

Sirven para demostrar que existen síntomas neuroanatómicos correlativos a la parálisis o a la ceguera histérica (un cambio orgánico), pero un fMRI no ayuda a descubrir cómo sucede algo así ni las imágenes sirven de ayuda a los médicos a la hora de tratar a los pacientes de conversión. Como afirma Sean Spence en *Advances in Psychiatric Treatment*, después de analizar diversos estudios basados en imágenes cerebrales de los síntomas de conversión y otros trastornos psiquiátricos que implican algún tipo de problema en el *cuerpo*, incluyendo la anorexia y las alucinaciones auditivas: «Quizá el resultado más aleccionador de este estudio es la falta de especificidad de cualquiera de las conclusiones descritas hasta el momento. A pesar de que podamos predecir que un paciente que presente perturbaciones corporales “de algún tipo” habrá de manifestar ciertas anomalías en determinadas zonas del cerebro, tendremos grandes dificultades a la hora de modificar su diagnóstico o tratamiento basándonos en un escáner cerebral».<sup>29</sup> No obstante, los síntomas de una conversión son tan «reales» como cualquier otro síntoma y pueden estar relacionados con un trauma o un shock emocional.

Justine Etchevery fue la primera paciente de Charcot aquejada de histeria. Antes de su llegada a la Salpêtrière su vida había sido un catálogo de desgracias. Hija de familia numerosa, vio morir tempranamente a la mayoría de sus catorce hermanos. Sobrevivió a la fiebre tifoidea y al cólera. Estuvo empleada en un asilo donde fue agredida por un hombre que intentó violarla. Tuvo su primer ataque convulsivo a los veinticinco años de edad y cayó sobre una hoguera, resultando con quemaduras de gravedad y la pérdida de la visión de un ojo. Cuando ingresó en la Salpêtrière, sufría parálisis y tenía insensibilizado todo el lado izquierdo. Estando en el hospital sufrió otro ataque convulsivo de gran intensidad tras el cual perdió la movilidad del brazo izquierdo y, poco después, de todos los demás miembros. Las «contracturas» continuaron durante ocho años. Un día, el 22 de mayo de 1874, mientras yacía en su

cama de hospital, le dio un ataque de tos y a continuación notó que se le relajaban el lado derecho de la mandíbula y la pierna derecha. Entonces gritó a las monjas enfermeras: «¡Quiero levantarme! ¡Quiero caminar!». Después de años de parálisis, Justine se levantó de la cama y caminó.<sup>30</sup> La histeria ha dado origen a muchos milagros.

El siguiente es el historial de otro paciente de conversión descrito en el apéndice de un artículo publicado en 2001 en la revista *Brain*.

Paciente V. U. Mujer de cuarenta años, diestra. Huyó de Argelia siendo una niña, tras escapar de un tiroteo en el que murieron sus padres. Sufre dolor crónico en el cuello con irradiación al brazo izquierdo desde hace muchos años tras un accidente de coche del que salió ilesa, pero sin ningún problema somatoforme ni diagnóstico psiquiátrico previos. Debilidad y entumecimiento en el brazo izquierdo dos meses después de mover muebles cuando se vio obligada a mudarse a Suiza. No podía levantar el brazo izquierdo ni mantenerlo extendido, apenas podía mover levemente los dedos de la mano. Todo el brazo evidenciaba una pérdida de sensibilidad al tacto sin distribución radicular.<sup>31</sup>

A pesar de que los autores del artículo dejan entrever una conexión entre las experiencias horribles que tuvo que vivir esa mujer y su enfermedad, no hacen hincapié en ello. Su trabajo era estudiar los escáneres cerebrales, donde encontraron «asimetrías» subcorticales en los siete pacientes que estaban tratando, asimetrías que habrían de desaparecer en cuatro de ellos, que se recuperaron. Al igual que Justine, V. U. sufrió varias experiencias traumáticas sobre las que no tenía ningún control. No hay que pasar por alto la similitud entre su «huida» durante la infancia y su mudanza «obligada» a Suiza durante la edad adulta. El primero de los hechos vuelve a reflejarse en el segundo.

El *DSM* no publica historiales médicos. No contiene casos de pacientes reales ni siquiera ficticios. Sus páginas no incluyen la etiología, que es la ciencia que estudia la *causa* de las enfermedades. La misión del *DSM* es ser un manual puramente descriptivo, agrupar los síntomas debajo de los correspondientes apartados para ayudar a los médicos en el diagnóstico de sus pacientes. Hay un *Registro Complementario al DSM-IV* donde pueden encontrarse los relatos sobre médicos y pacientes reales separados del volumen dedicado al diagnóstico. El hecho es que todos los pacientes tienen su historia y esas historias son parte del *significado* de sus enfermedades. Algo aún más cierto en el caso de los pacientes psiquiátricos, cuyas historias suelen estar tan entretrejidadas con la enfermedad que es imposible separar la una de las otras.

Un día trabajé en el hospital con una joven de quince años. Aquella tarde B. era mi única alumna y le dije que yo estaba allí para enseñarle escritura creativa. Me contestó que no quería escribir. Le dije que yo nunca obligaba a escribir a nadie y nos pusimos a charlar. Entonces, sin previo aviso, cogió su lápiz y redactó de un tirón una historia sobre dos niñas. Se conocieron en el colegio, se cayeron bien y empezaron a escribirse mensajes en unos cuadernos que intercambiaban todos los días. Para las niñas

era fundamental mantener aquello en secreto porque ambas tenían unos padres muy irascibles y violentos y temían que escucharan sus conversaciones si hablaban por teléfono. Las niñas hallaron cierto consuelo en aquella comunicación diaria, pero después de unos meses el padre de una de ellas descubrió el cuaderno de su hija y pocos días después abandonó la ciudad llevándose a la pequeña. La otra, que permaneció en la ciudad, nunca más volvió a ver a su amiga. Elogié el relato y le comenté que me parecía muy triste. Entonces mi alumna levantó la mirada y dijo: «Es la historia de mi vida». Hizo una pausa, me miró a los ojos y añadió: «Mi padre me maltrataba y mi hermano abusaba de mí. Por eso me resulta todo tan insoportable». Era difícil reaccionar ante algo así. Ese día, al irme del hospital, me preguntaba si se podía diferenciar la enfermedad de aquella joven de su historia de maltrato físico y abuso sexual. ¿La historia no formaba parte de la enfermedad misma? ¿Podían separarse una de otra?

Désiré-Magloire Bourneville era un joven alienista que trabajó con Charcot y escribió detallados informes clínicos sobre pacientes de la Salpêtrière que sufrían de histeria. En uno de ellos escribió: «En medio de su delirio, a los histéricos les asaltan recuerdos (*réminiscences*) de hechos que les ocurrieron mucho tiempo atrás, dolores físicos así como sensaciones psíquicas (*des émotions morales*), todos ellos acontecimientos que desencadenaron sus ataques en el pasado [...] no cabe la menor duda de que todos recuerdan esos sucesos emocionales».<sup>32</sup> Más adelante Freud y Breuer escribirían la famosísima frase: «Los histéricos padecen sobre todo reminiscencias».<sup>33</sup> La joven del hospital no era una paciente de conversión. No sé cuál era su diagnóstico, pero era obvio que estaba traumatizada por el recuerdo de haber sido maltratada y violada. Las historias reales no pueden relatarse hacia el futuro, sólo pueden relatarse una vez que han pasado. Las inventamos desde la perspectiva de un presente siempre cambiante y nos imaginamos su desarrollo. No está claro por qué una persona que ha sido maltratada por uno de sus padres se vuelve psicópata, otra en una situación similar sufre una depresión profunda y otra desarrolla una parálisis inexplicable. Lo que sí está claro es que la memoria es algo esencial para lo que somos y que los recuerdos pueden ser tanto implícitos como explícitos, inconscientes y conscientes. Freud no fue el primero en sostener que la mayor parte de lo que hace el cerebro es inconsciente. El fisiólogo inglés del siglo XIX William Carpenter, el psicólogo alemán Gustav Fechner y el físico alemán Hermann von Helmholtz afirmaron la existencia de un inconsciente psicológico aparte del fisiológico. Los pensamientos, los recuerdos y las ideas podían residir fuera de nuestra conciencia. Freud intentó comprender cómo funcionaban los procesos inconscientes en la psique.

Ningún neurocientífico discute hoy en día la existencia del inconsciente. Pero resulta extraño pensar que hace apenas unos años la sola idea era considerada sospechosa. Después de mi temporada en el Hospital Mount Sinai me enviaron a un psicólogo, el doctor E., quien me enseñó la técnica de la biorretroalimentación. Me

enganchó a una máquina con electrodos y durante un periodo de ocho meses aprendí a relajarme, a incrementar mi circulación sanguínea, a calentar mis extremidades y reducir el dolor. El doctor E. era un conductista. Recuerdo claramente que me decía: «¿A quién le importa que exista el inconsciente?». El conductismo le dio la espalda al inconsciente porque sus seguidores afirmaban que todo lo que había que saber de los seres humanos podía deducirse a partir de la observación de su comportamiento: el punto de vista de un tercero. Las turbias regiones de la primera persona resultaban engañosas. Sin embargo, la enfermedad, cualquier enfermedad, siempre es experimentada *por alguien*. Existe una fenomenología del enfermo, una fenomenología que depende del temperamento, de la historia personal y de la cultura en la que vivimos.

Continué temblando. Temblaba incluso con lorazepam, aunque no en todas las apariciones públicas, sólo en algunas. Temblaba cada vez que tenía que leer algún pasaje de mi última novela en público, una novela que está narrada por la voz de mi hermano imaginario y donde usé fragmentos de las memorias que mi padre había escrito para su familia y amigos. Temblé en Australia mientras formaba parte de una mesa redonda en la que se discutía el tema de la muerte en la literatura. Siempre me pasaba lo mismo. Si seguía hablando, el temblor iba disminuyendo, pero hay que hacer un gran esfuerzo para *no* distraerse cuando el cuerpo sufre unas violentas convulsiones. Empecé a plantearme si podría sobrellevar todo aquello. Lo que una vez me tomó desprevenida acabó convirtiéndose en algo familiar. Lo que había considerado un acontecimiento insólito sin relación alguna con emociones identificables a nivel consciente empezó a parecerme cada vez más una forma extrema de miedo escénico, algo irracional conectado exclusivamente a los momentos en que me exponía al escrutinio público. Cualquier circunstancia asociada con una aparición en público me provocaba ansiedad y angustia. Sabía que, en cualquier momento, podía asomar el rebelde saboteador que llevaba dentro y desbaratar todo el acto. Entonces descubrí el Inderal, un betabloqueante. Muchos años antes ya lo había tomado para combatir la migraña. No me había aliviado los dolores de cabeza, pero un amigo me aconsejó que tomara 10 miligramos de ese fármaco antes de leer o hablar en público y *funcionó*. El Inderal (o propranolol) es una medicina que reduce la presión arterial, un bloqueador de los adrenoceptores que inhibe la emisión de las hormonas del estrés.

Cabe imaginar que mi narración sobre la mujer temblorosa podría finalizar aquí, que el éxito en la eliminación de los ataques convulsivos cuando tenía que dar charlas delante de desconocidos me habría proporcionado alivio, incluso una gran alegría, pero no sucedió así. En el transcurso de una gira que hice por Alemania y Suiza, tomé propranolol antes de presentar mi libro en las seis ciudades que visité y no temblé en

ninguna. Sin embargo, en la última, Zúrich, tomé la pastilla y leí en público sin temblar pero sintiendo unas vibraciones dentro del cuerpo durante todo el acto, un hormigueo eléctrico que me recorría brazos y piernas. Era como temblar sin temblar. Mientras leía me regañaba para mis adentros, repitiéndome: «Asúmelo. Tú eres así. ¡Asúmelo!». Por supuesto que el hecho de que me dirigiera a mí misma en segunda persona ya indica la escisión que había tenido lugar en mí: una desazonadora sensación de que había dos Siris en lugar de una. Pero a esas alturas yo estaba agotada de viajar de ciudad en ciudad, de dar entrevistas y charlas todos los días, de la incesante ansiedad que me provocaban los temblores y de exhibir públicamente aspectos muy profundos de mi vida íntima a través de la lectura de un libro que había nacido de la muerte de mi padre. Una solución farmacológica podía inhibir el problema exterior, pero no resolvía el misterio. No me aclaraba qué me había sucedido.

Los betabloqueantes se usaban para tratar afecciones cardíacas, ansiedad, glaucoma, hipertiroidismo y problemas neurológicos como las migrañas. Los autores de *Basic and Clinical Pharmacology* admiten en el capítulo «Enfermedades neurológicas» desconocer la razón por la que el propranolol resulta a veces efectivo contra la migraña. Incluso llegan a decir: «Puesto que una actividad simpática puede provocar temblores en el músculo esquelético, no es de extrañar que *se haya descubierto que algunos beta antagonistas reducen ciertos temblores*. Las manifestaciones somáticas de la ansiedad pueden responder a pequeñas dosis de propranolol, en especial si se administran de forma profiláctica. Por ejemplo, se ha demostrado que es beneficiosa para músicos que padecen ansiedad previa a los conciertos (“miedo escénico”)». La «actividad simpática» forma parte del sistema nervioso autónomo, la parte de nuestro ser que se acelera cuando sobreviene una emergencia o una situación estresante. Es automática e involuntaria. Todo ello encaja con mi caso, pero ¿por qué me invade de pronto el miedo escénico a los cincuenta y un años de edad? Tiene que haber alguna razón para que, después de tantos años de relativa calma, yo desarrollara aquellos temblores nerviosos que no eran leves ni fáciles de disimular, como otros que a veces había experimentado, sino unos espasmos enormes que casi me tumban. Y si es cierto que los ataques convulsivos son producto de la ansiedad, ¿por qué no sentí desazón alguna antes de sufrir el primero? ¿Por qué puedo hablar con calma durante los ataques? ¿Dónde están las taquicardias y la sensación de ahogo y de pánico que he sentido en otras situaciones?

El propranolol también se usa para tratar el agotador efecto de los recuerdos repetitivos producto de un estrés postraumático. No elimina los sucesos de nuestra memoria, pero sí su intensidad, haciéndolos más soportables. El científico cognitivo Larry Cahill dirigió una investigación que demostraba los efectos de este fármaco en la

memoria. Enseñaba a dos grupos de personas una serie de diapositivas que al principio eran idénticas. Las primeras cuatro diapositivas eran iguales para todos, pero después la narración iba cambiando hasta convertirse en una historia anodina (un niño y sus padres visitan un hospital y observan una demostración de primeros auxilios en caso de emergencia) o en una historia de gran carga emocional (el niño tiene un grave accidente en el que sufre la amputación de ambos pies y lo llevan urgentemente al hospital, donde los cirujanos intentan volver a implantárselos).<sup>35</sup> Antes de asistir a la proyección de ambas historias se les suministraba propranolol a algunos participantes y a otros, un placebo. Las mismas personas volvían dos semanas después sin saber que se les haría una prueba sobre lo que recordaban de las diapositivas. El resultado fue que los participantes que habían tomado el placebo recordaban la historia del accidente, pero los que habían tomado propranolol, no. En cambio los resultados eran similares entre los que habían asistido a la proyección de la historia anodina. Cuando sufrimos una experiencia de gran intensidad emocional el organismo libera en el cerebro unas hormonas del estrés llamadas epinefrinas (adrenalina) y cortisol que parecen actuar como estímulos para mantener vivos los recuerdos. El propranolol interfiere en la emisión de esas hormonas y bloquea el efecto de las emociones sobre nuestra memoria. Sin embargo, no parece tener ninguna influencia sobre los recuerdos más comunes y anodinos de la gente.<sup>36</sup>

También parece ser que el cerebro procesa y almacena de forma diferente los recuerdos de mayor contenido emocional y los que son comunes y corrientes, lo cual explica el fenómeno de los *flashbacks* o analepsis traumáticas. Un estudio neurobiológico realizado en 1996 con personas que experimentaban recuerdos recurrentes arrojó la conclusión de que dichos recuerdos «están organizados en un nivel afectivo y perceptivo con una limitada representación semántica y tienden a interferir bajo la forma de fragmentos emocionales o sensoriales relacionados con el hecho original y con estabilidad en el tiempo».<sup>37</sup> Lo cual es una manera rebuscada de decir que recordamos las imágenes que se nos aparecen en un *flashback* a través de la emoción y la sensibilidad y no por medio del lenguaje. Después de un accidente de coche tuve *flashbacks* durante cuatro noches seguidas. Siempre los tuve estando dormida y siempre me despertaba sentada en la cama, aterrada y con taquicardia después de revivir el momento del choque: la furgoneta que aparecía a gran velocidad, el ruido ensordecedor de los cristales estallando y del metal doblándose a mi alrededor. Cuatro noches seguidas reviví el shock de ver cómo aquella furgoneta embestía la puerta de mi lado del coche. No se parecía a ningún otro recuerdo que hubiera tenido en mi vida. No acudía a mi mente por deseo propio ni tampoco lo había evocado ningún estímulo exterior (un olor, un sabor, una visión o un sonido). El recuerdo aparecía de repente y cuando lo hacía no era en pasado sino en presente. Lo que había sucedido, volvía a suceder una y otra vez.

En *History Beyond Trauma* Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière, dos psicoanalistas que han hecho un trabajo exhaustivo en dicho campo, estudian la curiosa alteración del tiempo entre quienes han sufrido algún trauma. Escriben: «“Había una vez” se convierte en “había una y otra vez”». <sup>38</sup>La memoria traumatizada no tiene hilo narrativo. Las historias siempre se desarrollan en el momento. Tienen una secuencia y siempre están a nuestro acecho. Aquellas cuatro noches de recreación fueron inenarrables. Yo no podía decir: *Ah, sí, eso me pasó hace cuatro días cuando mi marido, mi hija, nuestro perro y yo volvíamos en coche del campo. Una furgoneta que venía a toda velocidad nos embistió en un cruce. El coche quedó completamente destrozado, pero todos nosotros sobrevivimos.* La experiencia carecía de contexto (volviendo del campo), de lugar (fue en la intersección de la calle 3 y la Cuarta Avenida, en Brooklyn) y de distancia temporal (no está sucediendo ahora; sucedió ayer o antes de ayer o varios días antes). La violencia irrumpe de repente en mi sueño y me impacta con la misma fuerza que lo hizo en el mismísimo accidente.

Sé que el impacto fue horrible porque lo he revivido de forma recurrente durante esas cuatro noches, pero el recuerdo del instante catastrófico ya se ha borrado de mi memoria. Lo que sí recuerdo con extremada claridad y precisión es el instante *después* del choque. Recuerdo que me quedé sentada, paralizada, en el asiento del coche y que, sin mover siquiera la cabeza, fui comprobando si mi cuerpo seguía de una pieza. Recuerdo que miré el cielo a través del parabrisas hecho añicos y que todo estaba negro, blanco y gris. Recuerdo al bombero diciéndome que no me preocupara si la pinza hidráulica que utilizaban para sacarnos de entre los hierros del coche era muy ruidosa y recuerdo mi indiferencia, una indiferencia tan profunda que hasta llegué a decirme para mis adentros: «Si te ha llegado la hora, tampoco está tan mal morir así». Una vez en la ambulancia, el paramédico que iba controlando mi presión arterial cada vez más débil mientras la sirena sonaba por encima de nuestras cabezas me preguntó si yo siempre estaba tan pálida. Le contesté que como mi familia provenía del norte de Europa yo tenía, en efecto, la piel muy blanca, pero que eso era algo que no solía llamar la atención de la gente. No cabe duda de que me había quedado lívida después del accidente. En aquel momento no sabía si tenía el cuello roto, si iba a morirme o si quedaría lisiada de por vida, pero no sentía miedo ni angustia. Estaba totalmente consciente. De hecho, me dije que debía mantenerme alerta y registrar todo lo que sucedía porque, si lograba salir de aquel trance, podría usar el material para una novela. Hoy en día, cuando pienso en ello y teniendo en cuenta las circunstancias, me parece una reacción de lo más estafalaria, pero supongo que el propósito de mi distanciamiento de una potencial catástrofe fue protegerme y adaptarme a lo que sucedía: la alienación como armadura contra la realidad. La vocecita dentro de mi cabeza continuaba su propio viaje narrativo, hablando con normalidad, pero mis emociones se habían detenido.

En el libro *El yo atormentado*, Onno van der Hart, Ellert R. S. Nijenhuis y Kathy Steele tratan el fenómeno del trauma y la disociación. <sup>39</sup>Afirman, al igual que Janet y

otros, que las experiencias disociativas son el resultado de una división en los sistemas psicobiológicos dentro de quienes las sufren. Según la terminología de Charles Myers, que estudió el trauma sobre todo entre los veteranos de la Primera Guerra Mundial, los pacientes identifican esa división usando una Personalidad Aparentemente Normal y una Personalidad Emocional, o sea una PAN y una PE. Aunque esta diferencia puede resultar un tanto cómica sin quererlo (su PAN hizo esto mientras su PE hizo lo otro) para mí son términos que tienen su lógica. El peligro de esa denominación es que puede reducir una realidad compleja a algo demasiado simple, a pesar de que la finalidad de los autores sea la de reflejar los intrincados mecanismos que entran en juego. La PAN y la PE están demasiado cerca de la personalidad múltiple, un diagnóstico que ha incomodado a mucha gente porque durante un tiempo parecía que los psicoterapeutas no hacían más que encontrar personalidades múltiples por todos lados. Había receptores y álgos egos por todas partes, del mismo modo que había infinidad de recuerdos traumáticos recuperados, algunos de ellos altamente sospechosos. La respuesta del *DSM* fue cambiar la denominación «trastorno de personalidad múltiple» por «trastorno de identidad disociativo» o TID. Esto significa que se deja de hacer hincapié en la multiplicidad de personalidades dentro del individuo que presenta la dolencia para centrarse en el hecho de que algo falla en la *identidad* global del paciente. En lugar de ser varias personas diferentes, aquel que sufre el trastorno de personalidad múltiple es un ser fragmentado. Como señala Ian Hacking en *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, la percepción transforma a la enfermedad: «En la década de 1840 los médicos tenían entre sus pacientes a algunos con personalidad múltiple, pero su idea del trastorno era muy diferente a la que suele tenerse en la década de 1990. La visión de los médicos era diferente porque los pacientes eran diferentes; pero los pacientes eran diferentes porque las expectativas de los médicos también lo eran». <sup>40</sup>Es decir, la sugestión es algo muy poderoso y los seres humanos somos mucho más vulnerables a ella de lo que estamos dispuestos a admitir.

Hacking no está diciendo que no haya personas traumatizadas o que no sufran síntomas que, a veces, resulten extraños. Lo que hace es estudiar la evolución histórica de un diagnóstico muy frecuente en el siglo XIX, entonces considerado como una forma de *histeria*, lo cual es muy significativo. El concepto de personalidad múltiple fue desvaneciéndose junto al de la *histeria* para luego volver a surgir a finales del siglo XX bajo una forma diferente. Hacking rechaza la palabra *disociación* porque tiene un sentido demasiado amplio y se usaba para referirse a varios estados mentales diferentes. Creo que sirvió para acentuar su objeción el hecho de que la palabra misma se convirtiera en estandarte de los defensores del trastorno de personalidad múltiple durante la década de 1990, en plena guerra alrededor de la memoria recuperada, momento en el que los psicoterapeutas publicaban multitud de trabajos en revistas llamadas *Disociación* o *Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación*. Tiene razón al decir que la palabra se ha tornado poco precisa y que ha sido utilizada por médicos que indujeron una pluralidad de personalidades en sus pacientes mediante la sugestión. De todas formas,

si parece haber una respuesta defensiva en los seres humanos que implica cierta forma de distanciamiento o transformación frente a aquello que nos resulta insoportable (la proximidad de nuestra propia muerte o la muerte de los demás). La Justine de 1874 y la V. U. de 2001 vivieron en diferentes ambientes médicos, pero eso no significa que no veamos similitudes entre ellas.

Vivir esa extraña dualidad en mi propia persona me ha dejado una fuerte sensación de la existencia de un «yo» y de un «otro» que escapa a mi control. Es cierto que la mujer temblorosa no es alguien con *nombre*. Es una alienígena muda que sólo aparece cuando doy conferencias. Janet se refirió a un caso de temblor histérico en una de sus conferencias de Harvard. «En algunos casos, detrás de los temblores puede hallarse [...] la existencia de una idea fija separada de la conciencia [...] Pero en la mayoría de los casos detrás de los temblores no suele haber más que *un vago estado emocional* y una especie de transformación de la función motora de los miembros.»<sup>41</sup>Refiriéndose a casos de anestesia histérica, escribió: «En realidad lo que ha desaparecido no es la sensación elemental [...] sino la facultad que permite al sujeto decir con claridad “Soy yo quien siente, soy yo quien oye”».<sup>42</sup>En ese sentido la histeria es un trastorno de la subjetividad, de la capacidad de ser dueño de uno mismo.

Pero ¿quién es dueño de uno mismo? ¿Es el «yo»? ¿Qué significa estar integrado y no separado en fragmentos? ¿Qué es la subjetividad? ¿Es una propiedad singular o plural? He llegado a considerar a la mujer temblorosa como otro ser indómito que habita dentro de mí, un mister Hyde para mi doctor Jekyll, una especie de doble. En literatura los dobles casi siempre atormentan y sabotean los deseos y ambiciones de los protagonistas y a menudo se apoderan de ellos. En «William Wilson», de Poe, el extraño gemelo y rival es idéntico en todo al William Wilson original excepto en que no puede hablar alto sino tan sólo susurrar, un inquietante eco de la voz del narrador. El héroe ignorante creado por Dostoievski en *El doble*, el señor Goliadkin, tiembla en la consulta de su médico antes de que haga su aparición el segundo señor Goliadkin, tan astuto y ambicioso. «Sus ojos grises tenían un brillo extraño, empezaron a temblarle los labios y todos los músculos y rasgos de su cara comenzaron a estremecerse y a vibrar. Temblaba de pies a cabeza.»<sup>43</sup>En el cuento «La sombra» de Hans Christian Andersen, es la sombra la que subsume a su dueño: «Ahora la sombra era el señor y el señor la sombra».<sup>44</sup>El original y la copia en pie de guerra.

Pero las historias de dobles también existen, fuera de la ficción, en los estudios neurológicos. Algunas personas que sufren migrañas han visto dobles de sí mismos como parte de su aura. Dichas alucinaciones se conocen con el nombre de autoscópicas y son visiones que actúan como espejo del ser. El paciente con migrañas ve a su doble, a veces inmóvil, pero por lo general caminando a su lado e imitando cada uno de sus gestos. El neurólogo Klaus Podoll, que ha realizado gran número de estudios sobre las migrañas con aura, relata, en una página web que escribe junto con su colega Markus

Dahlem, una historia sobre el botánico sueco Carolus Linnaeus, quien solía ver a su doble antes de sufrir un ataque de migraña. En ella cuenta que una vez entró en el aula para dar una clase y vio que ya había alguien de pie frente al atril y se marchó. Había confundido a su propio doble, fruto de una alucinación, con otra persona.<sup>45</sup>Todd Feinberg y Raymond Shapiro cuentan en un estudio la historia de una paciente, S. M., que sufría atrofia en la región temporoparietal derecha del cerebro. S. M. confundía su imagen reflejada en el espejo con un doble al que se refería como «la otra S. M.». Como S. M. era sorda, usaba la lengua de signos para comunicarse con la imagen del espejo. Se llevaba bastante bien con su segundo ser, aunque a algunos les confesó que había discrepancias entre ellas. La otra S. M. no dominaba la lengua de los signos como ella ni tampoco era tan inteligente como ella.<sup>46</sup>Si a mí me tocara verme desde fuera como si fuera otra persona y estuviera incapacitada para identificar a esa otra persona como a mí misma, Dios sabe los defectos que podría llegar a encontrarme. A diferencia de S. M., otra paciente de Feinberg llamada Rosamund detestaba su imagen reflejada en el espejo y, al igual que William Wilson, la trataba como si fuera un gemelo malvado: «¡Tú, golfa! ¡Márchate [...] déjanos en paz!».<sup>47</sup>Iba poniéndose cada vez más furiosa hasta acabar amenazando de muerte a la intrusa. Lo que indican al menos estas historias es que cualquier concepción del ser como algo unitario debería estar sujeta a revisión. S. M. y Rosamund no reconocían su propia imagen en el espejo pero sí las de los demás, lo cual denota algo singular, desde el punto de vista neurológico, en lo relativo al reconocimiento del propio reflejo. Las dos mujeres reconocían sin problemas los reflejos de otros en el espejo y si cualquiera de sus médicos hubiera señalado una parte del cuerpo de su paciente y le hubiera preguntado a quién pertenecía, a ninguna de las dos mujeres le hubiera resultado difícil admitir que era parte de su cuerpo.

Los bebés y la mayoría de los animales no se reconocen a sí mismos cuando se miran en el espejo. Mi perro *Jack* no muestra ningún interés en su reflejo y no tiene ni idea de que pueda pertenecerle. En algún estadio de su desarrollo los seres humanos, algunos primates, los elefantes y una especie de delfines son capaces de darse cuenta de que la imagen que están mirando no pertenece a otro sino a sí mismos. Es un privilegio de los seres más evolucionados. El psicoanalista Jacques Lacan denominó ese giro en la evolución humana «la fase del espejo» (*stade de miroir*), para referirse al momento en que un niño observa su propia imagen y se ve desde fuera como un todo, como si se estuviera viendo a través de los ojos de otra persona.<sup>48</sup>Pero la mayoría de las veces no nos vemos como un todo. Yo sólo veo algunas partes de mi cuerpo, mis manos y parte de mi brazo cuando estoy escribiendo en el ordenador, por ejemplo, o ninguna parte cuando paseo por la calle concentrada en lo que veo, oigo o huelo. En su ensayo «La relación del niño con los demás», Maurice Merleau-Ponty escribe: «La conciencia que tengo de mi propio cuerpo no es la conciencia de una masa aislada sino un esquema postural (*schéma corporel*)».<sup>49</sup>Es una sensación *introceptiva*, según el vocabulario del filósofo. A partir de Merleau-Ponty, Shaun Gallagher propone establecer una distinción entre *esquema corporal* e *imagen corporal*. El primero es «un sistema de capacidades

sensoriales y motoras»,<sup>50</sup> un sistema inconsciente en su mayor parte. Cuando alargo el brazo para coger un vaso, no tengo que observar cómo mi brazo va hacia él ni calcular la distancia que hay entre mi mano y el vaso; lo hago sin pensarlo.

Sin embargo, mi imagen corporal es algo consciente, compuesto por las creencias e ideas que tengo sobre mi físico. Soy gorda o delgada, fea o bonita. Soy yo como objeto, una percepción de mi cuerpo desde *fuera*, y yo apuntaría algo que Gallagher no menciona, y es que una parte importante de esa construcción tiene lugar desde una perspectiva lingüística. También hay una cualidad profundamente emocional en el reconocimiento de uno mismo. Observarse a sí mismo produce una resonancia afectiva particular, y si no se da esa sensación de familiaridad, la imagen reflejada pierde todo significado. S. M. mantenía un buen funcionamiento de su esquema corporal pero podría decirse que había perdido un aspecto de su imagen corporal, la capacidad de decir: *Ésa no es otra persona, ésa soy yo de pie ahí en el espejo*. Ella también sufría un fallo en su subjetividad, un fallo en su capacidad de ser dueña de sí misma, en este caso de ser dueña de su propio reflejo.

Los seres humanos son criaturas binarias: dos brazos, dos piernas, dos ojos, dos orejas, dos fosas nasales y dos hemisferios del cerebro que son similares pero se dice que rigen funciones diferentes. Las dos mitades se unen e interconectan a través de fibras nerviosas, el cuerpo calloso. En la década de 1960 Roger Sperry comenzó a experimentar con pacientes que, debido a sus ataques epilépticos de difícil cura, habían sido sometidos a una operación denominada comisurotomía, que consiste en la sección del cuerpo calloso. Durante su discurso de aceptación del Premio Nobel, Sperry dijo: «Los hemisferios desconectados se comportaban como si no fueran conscientes de las funciones cognitivas de uno y otro [...] Cada hemisferio, en otras palabras, parecía tener su propio dominio cognitivo en su mayor parte independiente, con su aprendizaje *perceptivo* y experiencias de memoria».<sup>51</sup> ¿Somos dos o uno?

Entre los casos más curiosos de la neurología se encuentran los de pacientes que parecen estar divididos por la mitad. Sus dobles se instalan dentro de sus cuerpos creando un enfrentamiento entre las mitades derecha e izquierda. Cuando la mano derecha abotona una camisa, la izquierda la desabrocha. Cuando la mano derecha abre un cajón, la izquierda lo cierra de un golpe. Después de ser operados, algunos pacientes con cerebro dividido desarrollaban un síndrome de «mano ajena» o «extraña». Dahlia Zaidel grabó algunos de sus comentarios: «Mi mano izquierda me quita el cigarrillo de la boca cuando fumo»; «Abro el grifo con la mano derecha y viene la izquierda y lo cierra».<sup>52</sup> Las personas que sienten que tienen una mano rebelde suelen reprenderla gritándole: «¡Mano mala!». Otras veces le pegan con la otra mano para que no vuelva a portarse mal. Un hombre tuvo que atarse una de las manos porque mostraba una fuerte tendencia a subir por su muslo y dirigirse hacia sus genitales, incluso delante de otras personas. En 1908 el neurólogo alemán Kurt Goldstein informó del caso de una mujer

que tenía una mano demoníaca: «En una ocasión la mano la agarró del cuello e intentó estrangularla y tuvieron que usar la fuerza para apartarla». <sup>53</sup>Cuando la paciente murió, el médico descubrió que tenía múltiples lesiones en el cerebro, incluyendo una en el cuerpo calloso. Ninguna de esas personas identifica la mano maquinadora e impetuosa como parte de su «yo». De hecho, en tales casos la mano desagradable parece tener una vida insurrecta propia y se refieren a ella en tercera persona y como algo ajeno al propio cuerpo, una fuerza totalmente opuesta a la voluntad de su dueño. Por lo general, aunque no siempre, la mano *izquierda* suele ser la delincuente. El hemisferio derecho del cerebro es el que controla las funciones motoras de la mano izquierda al igual que el izquierdo controla la mano derecha. Sin embargo, las zonas que controlan el «yo», el sujeto que habla en primera persona, suelen estar en el hemisferio izquierdo, en las zonas cerebrales donde se localiza el lenguaje y a las que Freud hacía referencia en su libro sobre la afasia. En el síndrome de la mano extraña hay un «yo» que funciona bien (un ser pensante, que habla, es respetuoso de la ley y es consciente y educado) y otra *cosa* distinta o *eso* que parece actuar sin permiso alguno.

Yo soy quien oye. Soy yo quien siente, piensa, ve y habla. Aquí es donde empiezo y donde termino. Reconozco mi imagen en el espejo. Te veo a ti. Tú me estás mirando a mí. Éste es mi yo narrativo, mi conciencia, mi ser que relata. Pero *no* es el ser que tiembla ni al que le asaltan las imágenes del pasado. En su libro *The Brain and the Inner World*, Mark Solms y Oliver Turnbull citan uno de los experimentos de Sperry en uno de sus pacientes con cerebro dividido, que consistía en proyectar una imagen durante un periodo muy breve sobre una pantalla. En esta clase de pacientes el hemisferio derecho percibe la imagen pero no la transmite al izquierdo. A una mujer le mostraron imágenes pornográficas. Comenzó a reírse tontamente pero no sabía por qué. «Este caso —escriben los autores— demuestra que un hemisferio cerebral entero puede procesar la información de forma inconsciente.» Más importante aún, sostienen que: «Para que alguien pueda reflexionar conscientemente sobre sus experiencias visuales, tiene que poder recodificarlas y expresarlas con palabras». <sup>54</sup>El lenguaje resulta vital para la conciencia autorreflexiva y para poder decir: *He visto imágenes sexuales en la pantalla que me hicieron sentirme incómoda y excitada al mismo tiempo*. Pero no es necesario para registrar las imágenes y responder a ellas. Algunas interpretaciones de esta división del cerebro en dos mitades, hemisferio derecho e izquierdo, han dado lugar a nociones generalizadas y simplistas de «personalidades de hemisferio izquierdo» o «personalidades de hemisferio derecho» además de otras especulaciones reduccionistas, tales como decir que la conciencia pertenece al hemisferio izquierdo y la inconsciencia al derecho. Sperry y otros han demostrado que el hemisferio derecho no es del todo afásico o no verbal, a pesar de considerarse relacionado en gran medida con las funciones espaciales y la construcción de imágenes.

Algunos pacientes que no pueden decir por qué una percepción inconsciente les impresiona, les divierte o les asusta, lo que hacen es *fabular*. S. M. vio su reflejo, no lo

reconoció, no pudo *sentir* que era ella y por lo tanto fabuló otra S. M. Fabular no significa mentir. Es un término usado en neurología para referirse a las explicaciones que se inventan los pacientes con daño cerebral para justificar los misterios a los que se enfrentan. Cuando el hemisferio derecho capta una imagen pero no le envía esa información al izquierdo, la neocorteza verbal hace todo lo posible para explicar qué está sucediendo. Michael Gazzaniga, que trabajó con pacientes con cerebro dividido, lo llamaba «el intérprete localizado en el hemisferio izquierdo».<sup>55</sup> Aquellos que tenemos el cuerpo caloso intacto contamos con una comunicación más fluida entre nuestros hemisferios cerebrales, pero también nosotros interpretamos los misterios planteados por los diferentes estímulos, internos o externos, que se nos presentan. La mujer temblorosa no es la mujer narradora. La mujer narradora e intérprete continuaba hablando mientras la otra temblaba. La narradora era una persona desenvuelta, generadora de frases y explicaciones. Es ella quien escribe en este instante. Debo confesar que en mis momentos más bajos me he llegado a plantear si muchas teorías intelectuales no podrían catalogarse como unas enormes fabulaciones.

De todas formas, es importante señalar que *no todos* los pacientes con cerebro dividido creen tener una mano con vida propia, sino sólo algunos. Incluso en personas con lesiones similares o comisurotomías, el daño o la escisión no son suficientes para un diagnóstico sintomático infalible, y eso significa que un estudio puramente anatómico no alcanza para explicar lo sucedido. De hecho, lo más notable de las personas con cerebro dividido no son sus carencias genéticas sino la carencia de problemas que parecen tener. Por supuesto que en esas operaciones cerebrales no se escinde el sistema nervioso por la mitad. No se secciona el tallo cerebral, por lo tanto continúa habiendo cierta comunicación entre ambos hemisferios. Los cerebros también se adaptan y moldean a los cambios de circunstancias. Los cerebros jóvenes son más maleables que los viejos. Un niño que pierde un hemisferio cerebral completo puede crecer y llevar una vida increíblemente normal. Un niño que se queda ciego tiene muchas más posibilidades de adaptarse a la ceguera que alguien que pierde la vista de adulto. Las zonas del cerebro dedicadas a la función visual se readaptan para ser utilizadas por los otros sentidos, en especial por las funciones auditivas. Los cerebros pueden reestructurarse y parece ser que, aunque la adaptabilidad decrece con la edad, nunca se detiene por completo. Todos los pacientes con cerebro dividido que participaron en el estudio mantenían una fuerte noción del «yo» y contaban con un «intérprete localizado en el hemisferio izquierdo» activo, a pesar de que ese intérprete se equivocase a la hora de explicar lo que había visto el hemisferio derecho. Todos presentaban un perfecto desarrollo de sus funciones lingüísticas.

El «yo» sólo existe en relación con el «tú». El lenguaje se da *entre* personas y, aunque contemos con las herramientas biológicas necesarias para poder aprenderlo, se adquiere a través de los otros. Si encierras a un niño en un armario nunca aprenderá a hablar. El lenguaje está fuera y dentro de nosotros, es parte de una compleja realidad

dialéctica interpersonal. Las palabras cruzan las fronteras de nuestros cuerpos en dos direcciones, de adentro hacia fuera y de fuera hacia adentro, por lo tanto se requieren al menos dos personas para la existencia de una lengua viva. El primer caso que conocí de un lenguaje exclusivo de dos personas fue el de unas gemelas que vivían en mi ciudad natal. Las niñas tenían cerca de tres años cuando sus padres se dieron cuenta de que se comunicaban en una jerga propia. F. y T. crecieron en una familia bilingüe (hablaban francés e inglés) y parece ser que mezclaron ambas lenguas para crear un híbrido peculiar y particular. En la década de 1930 los neurólogos rusos A. R. Luria y F. Yudovich estudiaron el caso de dos hermanos, dos gemelos de seis años que, al igual que F. y T., habían desarrollado un lenguaje propio, basado en gestos y algunos fonemas primitivos. Los chicos evidenciaban un importante retraso cognitivo y de desarrollo en todas las áreas. Los neurólogos separaron a los gemelos y, al mejor y brutal estilo soviético, decidieron darle clases de ruso a sólo uno de ellos, al gemelo A, el que tenía más dificultades de los dos. El gemelo A rápidamente aventajó a su hermano, el gemelo B, en el desarrollo lingüístico. Empezó a usar frases con verbos conjugados y sintaxis y desarrolló una capacidad imaginativa, es decir, podía proyectarse hacia el futuro y recordar cosas que había hecho en el pasado. También adquirió la capacidad de comprender juegos no verbales, algo de lo que carecía hasta entonces. Antes de contar con las herramientas lingüísticas necesarias, no entendía los juegos más comunes, no sabía qué hacer cuando se le arrojaba una pelota ni en qué dirección correr o cómo saltar. Aprender ruso le reestructuró la mente por completo.<sup>56</sup>Luria no lo expresó como yo lo hubiera dicho, pero el *tiempo* humano, que es esencial para una conciencia activa y, por supuesto, para narrar historias, bien podría ser consecuencia del lenguaje.

La corteza prefrontal del cerebro de un bebé presenta un desarrollo importante entre los dos y los cinco años, un desarrollo que está en relación con la experiencia que la criatura tenga con los demás. Su neurobiología depende de lo que sucede más allá de él, de los intercambios vitales entre el niño y sus padres. Los gemelos inventaron un lenguaje primitivo que, por su propio carácter, interfería en su crecimiento. La carencia de riqueza y flexibilidad (en particular de tiempos verbales) les creó un mundo donde vivían siempre en presente, la clase de mundo en el que, supongo, vivía mi perro. Por supuesto que mi perro tenía una memoria que se activaba ante ciertos sonidos, incluso ante algunas palabras, *camina*, o su propio nombre, *Jack*. Aprendió muchas cosas (a sentarse, a hacer pis fuera de casa, a no abalanzarse sobre las personas ni comer la comida de nuestros platos), pero estoy segura de que no tenía fantasías sobre su futuro ni sentía nostalgia por el pasado. Ésa es una capacidad humana que surge de una noción del tiempo tal y como nosotros lo experimentamos. Nos permite ubicar hechos de nuestra vida en el pasado o en un tiempo imaginario futuro. Pero no todas las experiencias humanas se dan en esa secuencia autobiográfica. Si volvemos a Davoine y a Gaudillière, a su trabajo con personas que sufrieron algún trauma y a sus declaraciones de que «el pasado es el presente», se puede llegar a entender el trauma

como una forma de incapacidad del habla anclada en un continuo presente. De hecho, ellos sostienen que los pacientes con trauma viven «fuera del tiempo».<sup>57</sup> Mi breve experiencia con los *flashbacks* o recuerdos recurrentes da testimonio de eso. Fueron algo no verbal, involuntarios y *no* sucedían en pasado. Volvían a suceder una y otra vez. El «yo» pensante y regidor no influyó para nada en ellos. Igual que tampoco tuve ningún control sobre mi cuerpo tembloroso a pesar de que, después de un rato, lograra tranquilizarme a la espera de que mis convulsos miembros se calmaran poco a poco. Es obvio que aquí existe una desconexión que podríamos llamar psicobiológica. El propranolol sirve para cerrar una puerta cada vez que dentro de mí se desencadene un torbellino causado por alguna u otra razón o por todas al mismo tiempo: la muerte, mi padre, mi aparición en público. Pero, mi diálogo interior, mi batalla para controlar los temblores y permanecer en calma, ¿me sirvieron de ayuda para contenerlos antes de que el propranolol acudiera al rescate?

Luria sostiene que el habla facilita «la transición de la sensación al pensamiento y la creación de nuevos sistemas funcionales. El habla no sólo sirve para nombrar los objetos del mundo exterior, sino también para distinguir sus propiedades esenciales e incluirlas en un sistema de relación con otros objetos. Como resultado, el hombre puede evocar una imagen de un objeto en particular y usarla en ausencia del original».<sup>58</sup> Algo que ilustra muy bien la famosa historia *fort/da* que cuenta Freud de su nieto en el libro *Más allá del principio del placer*. El niño jugaba a hacer desaparecer y aparecer un carrito de madera atado a un cordel. Lo lanzaba lejos diciendo *fort* (no está) y lo volvía a arrastrar hacia él al tiempo que exclamaba jubiloso: *da* (aquí está). Freud interpretó el juego como una forma que tenía el niño de manejar la ausencia y presencia, las idas y venidas de su madre.<sup>59</sup> Más tarde Lacan haría hincapié en el aspecto lingüístico o simbólico del juego, en cómo utilizamos las palabras para controlar aquello que nos falta. Usamos símbolos y esos símbolos nos dan poder sobre lo que ya no está más ahí o todavía no ha llegado. Organizamos el pasado como una memoria autobiográfica explícita, lo que Antonio Damasio ha llamado «el ser autobiográfico»; fragmentos unidos en una secuencia narrativa que, a su vez, moldean nuestras expectativas para el futuro. Sin el lenguaje no puede existir un ser autobiográfico.

Fue Bertha Pappenheim, la famosa paciente de Breuer con personalidad histérica, conocida como Anna O., quien acuñó el término inglés *the talking cure* («la cura por la palabra»). Durante un tiempo pareció que había perdido la capacidad de hablar en su lengua materna y sólo lo hacía en inglés. Pappenheim tenía «una legión de síntomas histéricos»: tos, parálisis, anestesia y contracturas. También sufría de lo que Charcot, Janet, Freud y Breuer llamaban «doble conciencia»; Bertha tenía dos personalidades, una «bastante normal desde el punto de vista psíquico», según Breuer, y otra a la que ella se refería como su «parte mala». Breuer señala que, incluso cuando Bertha estaba muy enferma, «había una observadora atenta y silenciosa, como la propia paciente solía

definir, sentada en algún rincón de su mente, mirando mientras se sucedían todas aquellas locuras». <sup>60</sup>El intérprete estaba presente, pero era incapaz de frenar al demonio.

Breuer señala que la primera tos histérica de su paciente empezó durante las largas horas que estuvo sentada junto al lecho de muerte de su amado padre y oía la música de un baile que tenía lugar en una casa vecina. La música le despertó el deseo de estar entre los invitados a la fiesta y, a partir de entonces, cada vez que escuchaba una música «con un ritmo muy marcado» reaccionaba con una «*tussis nervosa*». <sup>61</sup>¿Tenía razón el médico? ¿La música despertaba el recuerdo tácito del padre agonizante y de la culpa por haber deseado abandonarlo e irse con los otros jóvenes que eran libres de bailar toda la noche? ¿Podremos saberlo alguna vez? ¿Hablar puede liberar a una persona de determinados síntomas? Cuando estaba de pie delante de aquel abeto, bajé la mirada hacia la pequeña placa que había a sus pies y leí las fechas de nacimiento y muerte de mi padre. ¿Fue ésa mi música?

En su obra *El yo y el ello* (1923) Freud escribe: «La pregunta ¿cómo pasa algo a ser consciente? debería formularse más adecuadamente así: ¿cómo pasa algo a ser preconsciente, esto es, cómo se pone algo a disposición de la conciencia? Y la respuesta sería: conectándose a las palabras que se corresponden con ello». Es más, continúa, esas palabras son «residuos de la memoria». Freud no niega que las imágenes visuales formen parte de los recuerdos de un mundo mental, pero argumenta que tienen otro carácter, que ser consciente de un recuerdo visual es algo más concreto y que «las relaciones entre los diversos elementos que inciden en el contenido y que son las que específicamente caracterizan el pensamiento, no pueden tener una expresión visual. Pensar en imágenes es, por tanto, una forma bastante incompleta de ser consciente. Además es algo más próximo a un proceso inconsciente que pensar con palabras y, sin duda, más antiguo, tanto ontogenética como filogenéticamente». <sup>62</sup>Resulta sorprendente cómo la distinción freudiana entre lo visual-espacial y lo auditivo-verbal cuadra con las investigaciones realizadas con pacientes con cerebro dividido. El trabajo de Luria también arroja luz sobre la diferencia entre lo visual y lo verbal. Gracias al aprendizaje del idioma, el gemelo A pudo acceder a la agilidad de pensamiento que va asociada al recuerdo de las palabras correspondientes que Freud mencionaba, mientras que el gemelo B permaneció encerrado en el ámbito más concreto del lenguaje nominal que compartía con su hermano y ello obstaculizó su desarrollo mental.

Algunos recuerdos afloran a la conciencia con facilidad, otros son vagos o tan sólo fragmentarios. Recuerdo el gesto de colocar mis gafas sobre la mesa, pero ¿qué mesa? A veces bajo la escalera para buscar esas mismas gafas de lectura pero, cuando llego a la habitación, una multitud de pensamientos han pasado ya por mi mente y olvido a qué he bajado. Sólo cuando vuelvo sobre mis pasos y subo de nuevo la escalera, vuelvo a recordar mi objetivo. Sólo cuando repito el movimiento me vuelve el recuerdo. En una ocasión, al observar una fisura en mi taza de café, me vino el recuerdo

de una falla similar en otro recipiente que estaba segura de haber visto hacía poco tiempo. No sabía a ciencia cierta de dónde procedía aquel recuerdo, si de una conversación, de un cuadro o del párrafo de un libro, y entonces, de repente, reconocí que la imagen procedía de un sueño del que no pude recordar nada más. No hace mucho, mi amigo H. me recordó una experiencia desagradable, aunque no traumática, que ambos vivimos años atrás cuando teníamos dieciocho años y estábamos de viaje por Europa. Fuimos a una fiesta y en un momento determinado yo estaba hablando con un chico en una de las habitaciones del apartamento cuando, sin previo aviso, se abalanzó sobre mí. Logré desembarazarme de él y H. y yo salimos corriendo de allí. Yo había dejado de pensar en aquella agresión desde hacía muchos años e incluso en el presente mi recuerdo del incidente es fragmentario e incoherente: una vaga memoria del forcejeo, la sensación de miedo y posterior alivio. Lo cierto es que no me gusta recordar ese hecho en particular. Era algo que había olvidado hasta que H. lo sacó a colación. Lo que Freud denomina *represión* hace referencia a recuerdos que permanecen en el inconsciente porque el paciente no desea saber nada de ellos. Pero pueden aflorar a la conciencia a través del psicoanálisis, la cura por la palabra, que permite al sujeto que habla recuperar y volver a ser dueño de la experiencia vivida.

Los científicos distinguen los recuerdos semánticos, los procedimentales y los episódicos. Los recuerdos semánticos incluyen lo que sé del mundo, desde el hecho de que el cristal se rompe hasta que las mofetas huelen mal, pasando por las ideas estéticas de Kierkegaard. Los recuerdos procedimentales son implícitos. Me subo a una bicicleta y pedaleo porque mi cuerpo ha aprendido a montar y no lo olvida. Esto se corresponde al *schéma corporel* de Merleau-Ponty y al *esquema corporal* de Gallagher. Por otro lado, los recuerdos episódicos son explícitos. Son propiedad de un yo consciente. Son, literalmente, re-colecciones, partes del pasado que traemos a nuestra conciencia presente. La mayoría de estos fenómenos se manifiestan de un modo lingüístico y, por lo tanto, me permiten verme desde mí misma y también hacerlo desde la lejanía, como si fuera otra persona quien me estuviera viendo. Me permite especular como hacía David Copperfield al comienzo de la homónima novela de Charles Dickens: «Estas páginas mostrarán si acabaré siendo el protagonista de mi vida o si ese papel lo jugará otro».<sup>63</sup>

En mi taller de escritura creativa para pacientes psiquiátricos he utilizado con frecuencia el libro del poeta y artista visual Joe Brainard titulado *Me acuerdo*. Este librito delgado y extraño es un catálogo de recuerdos del autor. Cada párrafo comienza con las palabras «Me acuerdo»:

Me acuerdo de que nunca lloraba delante de gente.

Me acuerdo de la vergüenza que me daba ver a otros niños llorar.

Me acuerdo del primer premio de dibujo que gané. En el colegio. Era un dibujo de un nacimiento. Me acuerdo de una estrella muy grande en el cielo. Gané la cinta azul del primer premio.

Me acuerdo de que cuando empecé a fumar les escribí una carta a mis padres contándoselo. Nunca mencionaron la carta y seguí fumando.<sup>64</sup>

Cuando los pacientes y yo escribimos nuestros propios «recuerdos» sucede algo destacable. El solo hecho de escribir las palabras *me acuerdo* despierta la memoria. Casi siempre vienen a la mente imágenes muy específicas de sucesos del pasado, a menudo escondidos en ella durante muchos años. Escribir las palabras *me acuerdo* genera una actividad tanto motora como cognitiva. Cuando comienzo una frase con esas palabras a menudo no sé cómo voy a acabarla, pero una vez la escribo en el papel siempre cruza mi mente algún pensamiento. Un recuerdo lleva a otro. Se produce una cadena de asociaciones:

Me acuerdo de cuando pensaba que tenía las rodillas feas.

Me acuerdo del hombre que me dijo que mis rodillas eran bonitas.

Me acuerdo de que desde entonces nunca volví a pensar que eran feas.

Cuando escribo, mi mano se mueve gracias a la memoria procedimental que se ha acumulado en mi inconsciente y que evoca una vaga sensación de algún acontecimiento o imagen del pasado que emerge a la conciencia. La memoria episódica está siempre presente y uno puede echar mano de ella con sorprendente rapidez. Ya sean recuerdos mínimos, alegres o tristes, los pacientes que acuden a mis talleres de escritura siempre disfrutan descubriendo las pepitas de oro que atesoran las minas escondidas en su cerebro. Nunca les pido que recuerden algo concreto. Los recuerdos más vívidos surgen sin saber de dónde. Todos son bienvenidos. Después del ejercicio muchos de mis alumnos salen sorprendidos de la clase. Dicen cosas como «Hace años que no pensaba en eso» o «Me había olvidado por completo del gato que tenía tres patas de mi tío Fred hasta la clase de hoy». Debido a que las emociones consolidan los recuerdos, las reminiscencias raramente son neutrales; siempre tienen una riqueza de sutiles sensaciones. Escribir las palabras mágicas *me acuerdo* es vital para que sirvan de

catalizadoras. Ello hace que nos apropiemos de lo que continuamos escribiendo. Esto es mío y a pesar de que me resulte difícil explicar cómo emergen esos recuerdos de las profundidades ocultas para alcanzar la luz del día, una vez surgidos pertenecen al escritor, y para un paciente psiquiátrico que reciba tratamiento hospitalario, para alguien a quien atenaza una enfermedad que le hace difícil juntar las piezas de su rompecabezas personal, que cree estar a punto de desmoronarse, las palabras *me acuerdo* son terapéuticas en sí mismas. Parecen servir de detonante de un breve, aunque coherente, recuerdo. Joe Brainard acababa de descubrir la máquina de la memoria.

Parece que escribir las palabras *me acuerdo* funciona de manera diferente a decir las simplemente. Una vez, en 1994, leí un artículo publicado en *Brain* y me dejó intrigada el caso de un chico de trece años identificado con el seudónimo de Neil. Después de someterse a radioterapia para combatir un tumor cerebral, Neil continuó hablando con normalidad, pero su capacidad de lectura se fue deteriorando poco a poco a lo largo de los años hasta que su alexia fue total. Era incapaz de leer en absoluto. Después desarrolló problemas de visión y empezó a tener dificultades a la hora de nombrar objetos cotidianos e identificar a personas conocidas. Recordaba sin dudar los detalles de su vida previos al tumor y su tratamiento, pero era incapaz de recordar lo sucedido a partir de ese momento. Cuando uno de los investigadores le preguntó sobre sus fallos cotidianos de memoria, Neil le respondió: «Si le hago una pregunta a la profesora, cuando me contesta, yo ya he olvidado lo que había preguntado». Sin embargo, el chico era capaz de hacer dibujos detallados de cosas y sucesos, alguno de los cuales venían recogidos en el artículo (un árbol de Navidad, un conejo en un jardín, una botella de zumo y un sacacorchos), aunque luego Neil fuera incapaz de identificarlos. Al final quedaba claro que, aunque el chico careciese de una memoria de su propio mundo de la que pudiera *hablar*, cuando *escribía* sí recordaba lo que le había sucedido aunque no pudiera expresar su recuerdo ni leer lo que acababa de escribir. Su memoria parecía existir sólo en el nexo de unión entre su cerebro y su mano. Por ejemplo, si su madre le preguntaba qué había hecho ese día en el colegio, Neil escribía: «Hoy he visto la película *Mi pie izquierdo*. He tenido clase de geografía. He visto a [nombre del profesor] y ha sido muy amable conmigo. La señorita [nombre de la profesora] nos va a dar un programa de actividades para hacer durante las vacaciones». Cuando, tras leer la nota, su madre le preguntó si le había gustado la película, él respondió: «¿Qué película?». Los autores del estudio también destacaban que, a través de la escritura, Neil era capaz de recordar mejor sucesos importantes de su vida con su familia y amigos que si le mostraban las habituales listas de palabras neutrales que se utilizan en estos casos. La memoria posmórbida y exclusivamente ortográfica de Neil se potenciaba con las emociones, al igual que nos sucede al resto de las personas que recordamos cosas en el día a día. Mi mano se mueve mientras escribo las palabras *me acuerdo* y ese acto parece dar inicio al proceso. Lo mismo le sucedía a Neil al escribir. Se acordaba de lo que el resto de su ser había olvidado. Cuando Neil hablaba era amnésico. Sin embargo, su mano no lo era.<sup>65</sup>

Los autores del estudio publicado en *Brain* no saben explicarse el caso de Neil. Se limitan a decir que su «comportamiento» se parece a la denominada «escritura automática, un fenómeno disociativo que en su momento fue estudiado en profundidad por la psicología tanto clínica como experimental».<sup>66</sup> Lo que los autores no dicen es que la escritura automática fue considerada, al mismo tiempo, como un síntoma de la histeria además de servir de tratamiento para la misma. Janet empleó la técnica con pacientes hipnotizados para que sacaran a la luz sucesos traumáticos que se habían disociado de sus mentes conscientes. Defendía la teoría de que dichos pacientes eran incapaces de integrar el material sensorial con el que habían sido bombardeados y que eso daba como resultado una disociación en sus procesos sensomotores. Cuando pedía a sus pacientes que escribieran algo bajo los efectos de la hipnosis, los relatos que escribían de forma espontánea les ayudaron a ser conscientes de todo lo que había quedado oculto en las profundidades de sus mentes. El daño cerebral que sufría Neil creó una disociación: su conciencia no incluía lo que, en apariencia, su mano parecía recordar. Los autores también mencionan un estudio realizado en 1986 sobre dos «pacientes neuropsiquiátricos» con epilepsia del lóbulo temporal, además de un trastorno afectivo que les hacía escribir páginas y páginas de texto sin que tuvieran conciencia de ello. Estoy segura de que ambos fenómenos están relacionados. El problema es saber cómo. También me pregunto por qué unos especialistas que conocen estudios médicos anteriores se resisten a relacionarlos con el caso que están estudiando.

La escritura automática fue objeto de muchos estudios a finales del siglo XIX y comienzos del XX. En su libro *Psychopathology of Hysteria*, publicado en 1913, Charles D. Fox describe así el fenómeno (con una prosa que nos recuerda que la jerga opaca no es nada nuevo en medicina):

Para que la escritura automática se produzca debe darse una disociación coexistente de la conciencia que hace que la extremidad que funciona automáticamente sea eliminada del campo de lo consciente. No sólo se disocian las funciones motoras sino que, además y con frecuencia, el miembro en su conjunto se segrega de la conciencia lo que da como resultado que las impresiones sensoriales originadas y tal miembro no se perciban mutua y conscientemente.<sup>67</sup>

A pesar de que los autores del artículo publicado en *Brain* sostienen que el caso de Neil no tiene precedentes, lo que puede ser cierto, existe un caso famoso relacionado con éste: el del paciente llamado *Zazetsky*, a quien se refiere el neurólogo A. R. Lurio en su libro *El hombre con un mundo destrozado*. *Zazetsky* fue herido de gravedad durante la Segunda Guerra Mundial y como secuela la región parietooccipital izquierda de su cerebro resultó dañada, lo cual le produjo serias carencias cognitivas y espaciales. Al igual que Neil, podía hablar y repetir palabras, pero era incapaz de recordar su nombre o su domicilio, ni las palabras necesarias para nombrar las cosas que le rodeaban. Él mismo calificó sabiamente su carencia como la desaparición de su «memoria hablada». Después de un par de meses en el hospital empezó a recordar, poco a poco, fragmentos de su pasado, su nombre, el lugar donde vivía y cada vez más palabras:

Escuchaba todo lo que la gente decía a mi alrededor y, poco a poco, mi cabeza empezó a abarrotarse de canciones, historias y fragmentos de conversaciones que iba sacando de aquí y allí. Empecé a recordar palabras y a usarlas en mis pensamientos y mi vocabulario se hizo más flexible.

Al principio no podía recordar las palabras que deseaba usar en una carta, pero me empeñé en escribir a casa y lo hice de un tirón, aunque fuera una nota muy breve. *Pero fui completamente incapaz de leer lo que había escrito* y quizá por eso no quise enseñársela a los otros pacientes. Para no pensar más en ello y arriesgarme a tener un disgusto, metí la carta en el sobre donde estaba escrita la dirección de mi familia, lo cerré sin más y lo envié por correo. [La cursiva es mía.]<sup>68</sup>

Zazetsky siempre tuvo enormes problemas para leer y comprender lo que él mismo había escrito, pero era capaz de escribir y de recordar al hacerlo, en especial si no levantaba la pluma del papel. En los gruesos cuadernos que escribió Zazetsky no sólo describía las penurias que le causaba su cerebro dañado, también rescató con gran esfuerzo todos los fragmentos de memoria que pudo. A pesar de su discapacidad, fue un hombre que mantuvo un elevado grado de conciencia de la propia identidad, un lável y pensante «yo». Los cuadernos de Zazetsky nos muestran a un individuo de notable personalidad, dotado de gran curiosidad intelectual, analítico y sensible emocionalmente y que, además, es un ejemplo decisivo del extraño y distintivo poder de la escritura como herramienta de la memoria.

A menudo me pregunto cuántas cosas he olvidado. Quizá si todos los días hiciera el ejercicio de escribir «Me acuerdo» me serviría para recuperar los fragmentos de mi vida que he perdido. Neil parecía tener un sistema de memoria que codificaba y almacenaba todo tipo de recuerdos cotidianos en algún «lugar» separado de su conciencia ordinaria, seriamente discapacitada. Pero ¿es que la lectura y la escritura no van juntas? En los casos de Neil y Zazetsky estas funciones, en apariencia relacionadas, estaban separadas. Una permanecía y otra había desaparecido. ¿Temblaré porque tengo una desconexión sistémica? El temblor ya me había sorprendido un par de veces antes de que el propranolol entrara en mi vida. En una ocasión, cuando me acomodaba en la silla para que me entrevistaran en la televisión sueca, sentí un hormigueo que empezaba a subirme por las extremidades. No se me había pasado por la mente que debía haberme tomado una píldora con anticipación. Era una entrevista sencilla, con un periodista y un cámara en un improvisado plató al fondo de un restaurante. Yo estaba tranquila hasta que empecé a sentir aquel zumbido. Me agarré con fuerza a los brazos de la silla rezando para que aquella sensación no acabara en violentos espasmos. No sucedió nada, pero que así fuera parecía deberse a un capricho arbitrario de un desconocido. En otra ocasión, me quedé petrificada al sentir el primer atisbo de temblor cuando me encontraba en mi propia casa. Me disponía a leerle unas líneas que había escrito a un joven que estaba recopilando relatos cortos sobre Berlín. Tuve que excusarme, precipitarme fuera de la habitación y correr hasta el botiquín.

De cualquier forma, ¿quiénes somos? ¿Qué es lo que conozco en realidad de mí misma? Mis síntomas me han llevado desde la Grecia clásica hasta el presente y me han hecho adentrarme en teorías e ideas que se sustentan en distintas concepciones del mundo. ¿Qué es el cuerpo y qué es la mente? Cada uno de nosotros, ¿es un ser singular o plural? ¿Cómo recordamos cosas y por qué las olvidamos? Seguir la pista de mi patología se ha convertido en una aventura dentro de la historia de la experiencia y la percepción. ¿Cómo podemos *leer* los síntomas de una enfermedad? ¿Cómo acotamos lo que observamos? ¿Qué queda dentro de ese marco y qué queda fuera? Los pacientes de Janet no tuvieron la oportunidad de someterse a un escáner cerebral, pero Neil sí. El escáner de Neil no ha podido explicar la causa de su memoria ortográfica disociada. La escritura automática tuvo una vez su lugar entre las teorías médicas. Hoy día es algo olvidado aunque siga siendo una curiosidad que sorprende a los investigadores. ¿Por qué?

A pesar de que el interés por Janet ha crecido un poco últimamente, la mayoría de sus obras están descatalogadas desde hace años. Desde una perspectiva histórica, la razón principal radica en el uso que hizo Janet de la hipnosis. Cuando a finales del siglo XIX se inició el descrédito de la hipnosis, la reputación de Charcot y otros que la habían utilizado con sus pacientes se resintió. Resulta irónico que fuera precisamente Charcot quien liberara la hipnosis de su íntima asociación con el doctor austriaco Franz Anton Mesmer. Las teorías de Mesmer sobre la búsqueda de curaciones por medio del magnetismo animal causaron conmoción un siglo antes de Charcot, pero con el paso del tiempo la ciencia médica las rechazó por completo. Charcot volvió a utilizar la técnica de la hipnosis en el Hospital de la Salpêtrière y lo único que consiguió fue dañar su reputación. Una de las equivocaciones de Charcot fue sostener que *sólo* los histéricos podían ser sometidos a hipnosis, lo que más adelante se demostró que era falso. Como en su día comentó el médico sueco Axel Munthe: «Si lo que sostiene la escuela de la Salpêtrière fuese cierto, si sólo las personas histéricas fueran susceptibles de hipnosis, el ochenta y cinco por ciento de la humanidad sufriría de histeria».<sup>69</sup> La reputación de Charcot también se resintió por el hecho de que montara complejos espectáculos en los que pacientes hipnotizados representaban sus enfermedades en público. Tenía la tendencia a tratar a sus pacientes como si fueran conejillos de Indias para demostrar sus teorías y, como dijo Georges Didi-Huberman en su libro *La invención de la histeria*, el uso que hacía Charcot de la fotografía como una herramienta «objetiva» para documentar la enfermedad estaba viciado por su sesgo sexual y por la manipulación de datos que daban a la histeria un tinte primordialmente teatral, una idea que todavía sigue entre nosotros.<sup>70</sup> Por decirlo en lenguaje común, la *histeria* todavía equivale a montar un número, un drama. Al principio de su carrera Freud hipnotizaba a sus pacientes con la pretensión de sugestionarlos, pero más adelante reconoció que no se le daba muy bien esa labor y la abandonó. También creyó conveniente distanciarse de la escuela francesa, que ya empezaba a recibir una lluvia de críticas. Todavía existe entre nosotros la preocupación de que el poder de sugestión de los médicos influya y conforme la mente

de sus pacientes, lo haga o no por medio de la hipnosis. Este temor ha acosado al psicoanálisis, a la psicoterapia y a muchas formas de tratamiento psiquiátrico desde la época de Charcot. Las ásperas batallas que se libran en torno a la memoria, sea ésta «recobrada» y/o «falsa», no son más que la continuación de aquella disputa, a pesar de que hoy se utilice un lenguaje diferente.

Sin embargo, en la conciencia popular la *histeria* y la *escritura automática* han adquirido con el tiempo ese tono sepia que tiene la terminología anticuada y que usaban los médicos de levita y sombrero de copa. Janet inspiró a los poetas surrealistas franceses para intentar la escritura automática a fin de liberar la creatividad del inconsciente. La médium Hélène Smith practicaba en el siglo XIX la escritura automática sumida en un trance y defendía que los textos que así producía eran mensajes de los marcianos. Dicha práctica se ha visto ensombrecida por su relación con la hipnosis, la poesía y lo oculto, y, sin duda, también por el paso del tiempo. Hoy sufrimos de un orgullo desmedido. Basándonos en la equivocada creencia de que el progreso es perpetuo, pensamos que siempre estamos avanzando y que somos cada vez mejores y más listos.

Quien practica la escritura automática lo hace sin controlar lo que escribe. Yo no he escrito este texto; alguien lo ha hecho por mí. Este fenómeno podría denominarse síndrome de la mano ajena cultivada. A pesar del paso del tiempo, la sensación de que las palabras le son dictadas al sujeto en lugar de ser una creación propia no ha desaparecido. Muchos poetas, entre ellos Blake y Yeats, incluyendo a algunos contemporáneos como James Merrill y Theodore Roethke, creían que recibían versos de los espíritus, de los muertos o simplemente de una súbita inspiración que les llegaba como un rayo. Debo decir que esto no es algo infrecuente entre los escritores, más bien es algo habitual. A menudo me sucede que, cuando un texto me sale con fluidez, pierdo la noción de lo que estoy escribiendo; las frases surgen como si fueran ajenas a mí, como si fuera otra persona quien las escribiera. Debo decir también que ésa no es mi manera habitual de escribir, que consiste en penosas y largas frases de inicio y reinicio del texto y continua corrección y pulido del mismo. Pero la sensación de raptó me sobreviene varias veces durante la redacción de un libro, casi siempre cuando estoy a punto de finalizarlo. No escribo; soy escrita. Si fuera proclive a las explicaciones místicas podría imaginarme que un ángel (o un demonio) había estado jugando con mis dedos mientras tecleaban. No es mi deseo convocar a un querubín ni a un demonio, sino convertir en algo natural lo que ha devenido tabú entre la comunidad científica. ¿Qué se pone en marcha con la escritura automática? ¿El inconsciente o la autosugestión? ¿Un texto incubado que aflora de repente en palabras? ¿Recuerdos subliminales que se configuran y se hacen conscientes? Estoy segura de que existe una relación entre los casos de Neil y Zazetsky y los de los poetas poseídos. Pero para los autores del artículo en la revista *Brain* la escritura automática se convierte en un «fenómeno disociativo que *antaño* fue sometido a un estudio exhaustivo tanto por la psicología clínica como por la

experimental» (la cursiva es mía). Esto ya no es así. El saber no siempre se acumula; también se pierde. Hay ideas valiosas que acaban en el mismo cesto que otras manifiestamente falsas. Y así el caso de Neil se convierte en único.

A pesar de todo, en un manual titulado *Psychiatric Issues in Epilepsy* veo que se menciona a Janet en la sección «Hacia una conceptualización de los ataques no epilépticos». Entre las diversas intervenciones y tratamientos posibles se menciona la hipnosis como una terapia más. Los autores vuelven a enunciar, aunque de forma más matizada, una versión de la controvertida idea de Charcot: «La posibilidad de ser sometido a hipnosis puede ser en sí un síntoma de disociación en el sujeto y, según dicha posibilidad sea mayor o menor, puede ser indicativa de distintos estados psicopatológicos». Dicho con toda claridad, cuanto más fácil resulte hipnotizar a alguien, mayor será su proclividad a la disociación. Sin embargo, los autores del manual hacen referencia a que los escáneres PET «sugieren un solapamiento neuropsicológico entre síntomas de conversión e hipnosis y en ambos estados se verifica un incremento del flujo sanguíneo en determinadas regiones del cerebro, por ejemplo en la corteza orbitofrontal y en la cingulada anterior».<sup>21</sup> Así pues, como sostenían tanto Charcot como Janet, la histeria podría ser una especie de autosugestión inconsciente o una autohipnosis. Según el citado manual y las investigaciones que no se citan, las hipótesis neurológicas de Charcot sobre la histeria no estaban tan descaminadas como se ha supuesto.

Me parece que a veces ir hacia atrás significa avanzar. La búsqueda de la mujer temblorosa me sigue llevando en círculos porque en el fondo también es una búsqueda de perspectivas que puedan arrojar luz sobre quién es ella y lo que es. Mi única certeza es que no puedo conformarme con mirarla a través de una sola ventana. Tengo que verla desde todas las perspectivas posibles.

*Los histéricos sufren principalmente de reminiscencias.* ¿Cuál es el papel de la memoria en un trastorno de conversión? El *DSM* no menciona directamente a Charcot, a Janet ni a Freud, pero sus autores se refieren de manera imprecisa al pasado de la enfermedad: «Tradicionalmente, el término *conversión* deriva de la hipótesis de que el síntoma somático que presenta un individuo significa una solución simbólica de un conflicto psicológico inconsciente, reduciendo así la ansiedad y ocultando dicho conflicto a la conciencia».<sup>22</sup> Dense cuenta de que no hacen referencia a su valor como idea ni mencionan que la memoria puede estar involucrada en el proceso. Eso es algo que parece estar fuera de los objetivos del manual. Lo que sí dicen es que si los síntomas aparecen en «una relación temporal cerrada» con «un conflicto o fuente de estrés» eso puede ayudar a hacer un diagnóstico. También apuntan que «los trastornos de

conversión parecen ser más frecuentes en las mujeres que en los hombres, con proporciones que van desde 2 a 1 hasta de 10 a 1».<sup>23</sup>Quizá debían haber añadido que eso es así para *la población no combatiente*.

Parálisis inexplicables, ataques, ceguera, mutismo, afasia y sordera aparecen documentados en casos de soldados en guerra, quienes hasta hace bien poco sólo eran hombres. El mayor número de casos se documentó durante y después de la Primera Guerra Mundial, cuando las víctimas de shocks traumáticos fueron legión. La vida en las trincheras era un horror. Los soldados permanecían inmóviles. Mientras se acurrucaban en aquellas largas y estrechas zanjas sabían que, en cualquier momento, podían saltar en pedazos. Un denominador común de los casos de conversión es que las víctimas sufren un sentimiento de vulnerabilidad e impotencia. Lo que ocurría a su alrededor les superaba. No tenían control sobre nada en absoluto. Cuando se permitía a los soldados salir de las trincheras y sentirse menos atrapados, la incidencia de traumas era mucho menor.<sup>24</sup>C. S. Myers describió un caso típico de histeria de guerra. Un soldado inglés estaba en la trinchera con otros tres hombres cuando estalló sobre ellos un obús matando instantáneamente a dos de sus camaradas y lanzándolo a él y al otro sobreviviente a un extremo del parapeto. A pesar de que no parecía estar herido, el soldado no podía levantarse ni hablar con coherencia. En el hospital de campaña cayó en un estupor que duró diecisiete días, tras los cuales despertó y gritó: «Ya están éstos otra vez. Te has dado cuenta, Kim?». Después volvió a caer en un sopor y cuando volvió a recobrase se había quedado sordomudo. Regresó a Inglaterra y vivió en aquel estado «hasta que un día sufrió un ataque convulsivo histérico durante el cual comenzó a gritar las órdenes que se daban en las trincheras y a partir de ese momento recuperó el habla y el oído».<sup>25</sup>

El neuropsiquiatra Ed Weinstein ha escrito sobre el desorden de conversión entre las tropas de Estados Unidos desde la Guerra Civil hasta la de Vietnam. Weinstein afirma que en el transcurso de la Guerra Civil «gran parte del 28,3 % de las bajas por epilepsias y del 20,8 % por parálisis se debían a trastornos de conversión».<sup>26</sup>La razón que sustenta dicha afirmación es simple: muchos de los que habían recibido la baja se recuperaron por completo al regresar a sus hogares. La histeria y la guerra van de la mano. El problema es de vocabulario y también se debe a la magia que conlleva nombrar las cosas. Si le das a la histeria otro nombre, parece que se convierte en otra *cosa*. Los médicos militares detestaban etiquetar a los soldados con una dolencia que siempre había sido asociada a las mujeres. ¿Cómo podía un combatiente ser histérico? Sin embargo, y como ya hemos visto, la historia de la medicina cambia y muchos de los médicos, si no la mayoría, tienen poca idea de lo que hubo antes del actual ámbito de diagnóstico en el que se mueven. Son incapaces de buscar paralelos en el pasado. Un caso más reciente al que hace referencia un estudio israelí muestra de forma más clara el problema. Los investigadores analizaron los expedientes de treinta y cuatro pacientes diagnosticados de «trastorno de conversión con parálisis motora». En 1973 un oficial del

ejército israelí «con considerable experiencia de combate» resultó herido cuando su vehículo acorazado saltó con una mina. Lo llevaron a neurocirugía consciente pero incapaz de mover las piernas. El TAC que le hicieron no pudo aclarar la razón de la parálisis, pero el equipo médico notó que mientras el oficial dormía parecía disponer de amplia movilidad en sus extremidades. Cuando el paciente mejoró se le trasladó a la unidad de psiquiatría y, después de tres semanas de terapia, abandonó el hospital sin ninguna secuela.

El diagnóstico que se le dio al oficial fue «conversión como consecuencia de un trastorno de estrés postraumático, PTSD». <sup>27</sup>Un diagnóstico sorprendente. Aquí tenemos un hombre cuyos síntomas histéricos se han subsumido en el PTSD a pesar de que lo *único* que mostró con claridad fue una conversión. ¿Por qué? Puede que mientras estuvo en psiquiatría los médicos consiguieran descubrir otros síntomas (a pesar de que en el estudio no hay mención de ellos, tan sólo la referencia a su continuada recuperación) o, simplemente, su hoja de servicios dio pistas a los médicos a la hora de hacer su diagnóstico. El manual *DSM* no menciona que la conversión forme parte del PTSD a pesar de la abundante bibliografía que lo asocia a dicho trauma. Los autores afirman que «Si el síntoma cumple los criterios definidos para otro trastorno mental (por ejemplo, el trastorno psicótico breve, el de conversión o el trastorno depresivo mayor) el diagnóstico debe cambiarse o añadirse al de estrés postraumático». <sup>28</sup>A Justine Etchevery, siendo mujer y habiendo sufrido un ataque sexual, graves quemaduras y dos enfermedades que casi se la llevan a la tumba, ¿le podrían haber diagnosticado hoy un desorden de conversión como resultado de un PTSD? ¿No sería el diagnóstico del oficial israelí esencialmente asociativo, esto es, no debería un veterano combatiente padecer un PTSD? ¿No será que la íntima conexión del PTSD con la guerra le otorga una dignidad como diagnóstico que nunca podría tener la conversión por haber sido, y seguir siendo, asociada a las mujeres?

Durante la guerra del Vietnam el PTSD se convirtió en la abreviatura que englobaba los numerosos síntomas traumáticos que lastraban a los soldados después de la guerra. Cada guerra parece querer tener su propio nombre. Corazón de soldado, shock de bombardeo, fatiga de batalla, neurosis de guerra y *Kriegsnervose* son todas variantes del trauma psíquico resultado del horror de la batalla. Como es obvio, la memoria juega un importante papel en la vida de los soldados que sufren de conversión. Una memoria insoportable. Una memoria indeseable. Una realidad indeseable. La represión. Recuerdos e ideas inconscientes.

¿Hasta dónde ha llegado la ciencia en su comprensión de las personas que presentan síntomas *psicogénicos*, síntomas variados que no encajan en los diagnósticos

neurológicos corrientes? En su ensayo titulado «Conversion Disorder and fMRI» («Trastorno de Conversión y el fMRI») publicado en la revista *Neurology* en el año 2006, Trevor H. Hurwitz y James W. Pritchard analizan un reciente estudio de escáneres cerebrales realizados a pacientes con trastornos histéricos. En su conclusión los autores se remontan ciento treinta años en el pasado, hasta la época del médico inglés J. Russell Reynolds, «quien describiera la parálisis y otros trastornos motrices y sensoriales basándose en una “idea que se apodera de la mente hasta convenirse en realidad”». A partir de ahí «reformulan» dicha afirmación en términos contemporáneos: «las reacciones de conversión son convicciones fijas originadas por una disfunción somática resultante de trastornos psicológicos que acaban por controlar los circuitos corticales y subcorticales produciendo situaciones de pérdida o aumento funcional que no son orgánicas en el sentido convencional». <sup>29</sup>Jean-Martin Charcot estaba presente cuando Reynolds presentó el trabajo citado por Hurwitz y Pritchard en el congreso de la Asociación Médica Británica celebrado en Inglaterra en 1869 y las palabras del médico inglés tuvieron una poderosa influencia en el neurólogo francés, quien creyó en ellas y trabajó para desarrollarlas. <sup>30</sup>«Convicciones fijas» suena muy parecido a la «idea fija» o «*idée fixe*» de Janet. Charcot, Janet y Freud también sabían que la histeria no era algo orgánico en el sentido convencional. Mi opinión, a partir de los muchos estudios y ensayos que he leído, es que las ideas científicas sobre la histeria no han progresado ni un ápice desde el trabajo realizado por dichos médicos a finales del siglo XIX y principios del XX. Como dijera dos autores de otro estudio sobre la conversión y la neuroimagen: «Todavía queda por resolver la cuestión de cómo los procesos psicológicos especiales se trasmutan en neurobiología». <sup>31</sup>¿No era precisamente ésa la pregunta que Freud pretendía responder en 1895 en su *Proyecto*?

Existe consenso en cuanto al papel que juegan los «factores estresantes psicológicos», o elementos de estrés, en los síntomas de dolencias psicógenas y ahora los escáneres cerebrales muestran claras evidencias de cambios neuronales en áreas cerebrales donde son factibles tales cambios, pero sigue faltando una explicación más amplia. ¿Qué quieren decir Hurwitz y Pritchard con eso de «no son orgánicas en el sentido convencional»? No digo que no sea cierto, pero sí confuso. El término *orgánico* ha sido usado para designar dolencias que tienen una causa conocida, cuya expresión puede verse y medirse (como un ataque convulsivo, por ejemplo, o una ceguera atribuida a una lesión cerebral), pero *no* para aquellas en las que *no* puede verse algo así. El advenimiento de signos visibles de conversión en el cerebro de las personas parece haber dejado a muchos investigadores en una suerte de vacío teórico. Los ha dejado con algo orgánico en un sentido *poco convencional*.

La dicotomía mente/cuerpo sigue siendo tan desconcertante, tan consolidada como dualidad, que parece casi imposible enfocarla de otra manera. Después de todo, esa división es la que creó la distinción entre psiquiatría y neurología: mentes enfermas frente a cerebros enfermos. La histeria, que antes se hallaba bajo la providencia de la

neurología, fue desplazada hacia la psiquiatría. De todas maneras, la mayor parte de los pacientes de conversión acuden primero a un neurólogo porque lo que parecen tener son problemas neurológicos. Aquí volvemos a encontrarnos con un asunto de percepción y puntos de vista, marcos disciplinarios que sólo sirven para estrechar miras. Sin categorías es imposible encontrarle la lógica a nada. La ciencia debe controlar y restringir sus ventanas o nunca descubrirá nada. Al mismo tiempo, necesita dirigir los pensamientos e interpretaciones o, si no, sus descubrimientos carecerán de sentido. Pero cuando los investigadores se encuentran atrapados en marcos predeterminados que permiten muy poca entrada o salida de aire, lo único que se consigue es asfixiar la imaginación científica. Los estudios sobre conversión suelen ser muy escuetos puesto que no es fácil reunir a personas con los mismos síntomas y cuando se describen sus casos, si es que se hace, suelen despacharse con un par de renglones, como el ejemplo de una de los siete pacientes que participaron en el estudio publicado en *Brain*:

Paciente V. A.

Mujer de cincuenta y un años, diestra, divorciada, cuyo hijo murió de una enfermedad cardiovascular un año antes de realizarse este estudio. Pesadumbre, debilidad y pérdida de movilidad en el lado derecho del cuerpo después de que su nuevo compañero sufriera un infarto de miocardio mientras era investigado por una acusación de abuso de una menor que resultó ser falsa. Ninguna dolencia sensorial.<sup>82</sup>

Pobre V. A. Imagínense el dolor de perder a un hijo por problemas cardiacos y a continuación enamorarse de un hombre que sufre un ataque al corazón tras ser acusado falsamente de maltrato físico y abuso sexual de una menor. V. A. sufrió demasiados golpes relacionados con el corazón: el suyo y el de aquellos a quienes amaba. Después de todo, el corazón es la localización metafórica del amor. Cayó enferma porque tenía el corazón roto. La palabra *mientras* sugiere que su pareja estaba en medio de una investigación que la relación tenía que soportar día tras día, una especie de nube negra sobre sus cabezas con la que tenían que convivir. La mayoría de los casos de histeria no presentan síntomas de locura. Las personas que la sufren, al igual que muchos pacientes psiquiátricos, han estado sujetas a sucesivos «factores estresantes», pero no tienen brotes psicóticos ni van chillando por las calles. No quedan inmovilizados por la depresión. Sus síntomas son una expresión metafórica de lo que no pueden decir: *Esto es demasiado. No puedo más. Si pudiera expresar de verdad tanto dolor y tristeza, me haría añicos*. Muchas veces he pensado en las frases escritas por D. W. Winnicott, un psicoanalista y pediatra inglés: «No es saludable esforzarse denodadamente en mantener la cordura. La salud es tolerante con la mala salud; de hecho, la salud se beneficia cuando está en contacto con la mala salud en todos sus aspectos».<sup>83</sup> Lo que yo entiendo aquí es que la salud puede tolerar cierta desintegración. Todos hemos estado destrozados en algún momento de nuestras vidas, lo cual no tiene por qué ser algo malo. Ese estado de disgregación interna puede dar paso a una flexibilidad y creatividad que forman parte de un estado sano.

Hay una parte de ese estudio en el que aparecen V. A. y V. U. (la argelina que había huido de su país después de que asesinaran a su familia) que me interesó mucho. Dicen los autores: «Es sorprendente, pero encontramos los mismos circuitos premotores [las redes neuronales aparecían afectadas en los siete pacientes de conversión] relacionados también con un síndrome de negligencia motriz unilateral después de un daño neurológico orgánico en el que falla el uso voluntario de un miembro, a pesar de no existir una parálisis auténtica y de presentar los circuitos sensomotores primarios intactos».<sup>84</sup> Después de sufrir un daño en el lóbulo parietal derecho, algunos pacientes experimentan un síndrome de *negligencia*. Pierden la percepción espacial del lado izquierdo, incluyendo el lado izquierdo de su propio cuerpo. Por ejemplo, una persona con dicho problema sólo se peina el lado derecho de la cabeza, come sólo lo que hay en el lado derecho del plato y si se le pide que dibuje una flor sólo dibujará la mitad, la correspondiente al lado derecho. El lado izquierdo ha dejado de existir. El síndrome de negligencia motriz unilateral se llama *hemiacinesia*. El paciente muestra incapacidad para usar la pierna y el brazo izquierdos a pesar de ser miembros que están perfectamente bien desde el punto de vista neurológico. Un paciente como éste puede llegar a desplazarse dando saltitos sobre la pierna izquierda y otras veces usar ambas piernas como si tal cosa.<sup>85</sup> Por lo general se entiende por síndrome de negligencia aquello que denota un problema de *atención* crucial para la percepción. Un lado del mundo se esfuma. A veces los pacientes con síndrome de negligencia niegan tener el brazo izquierdo paralizado y cuando se les muestra el brazo dicen que pertenece a otra persona, al médico o a quienquiera que esté presente en ese momento, en lugar de reconocerlo como propio. Se ha convertido en un miembro extraño. Los autores establecen una conexión entre los síntomas histéricos y la hemiacinesia porque parece que implican a las mismas áreas premotoras del cerebro. La idea de que las dolencias orgánicas y no orgánicas (en el sentido convencional) puedan reflejarse las unas en las otras, neurobiológicamente, les parece algo extraordinario.

Un daño en el hemisferio derecho suele dar como resultado los síndromes que he mencionado antes: negación de la enfermedad, anosognosia o lo que los neurólogos llaman *anosodiaforia*, es decir, el reconocimiento de la enfermedad pero sin aparente preocupación por ella: *la belle indifférence* de Janet, que también vimos en la paciente de Todd Feinberg llamada Lizzy, a quien le importaba un bledo haberse quedado ciega, a pesar de admitir que lo estaba y evidenciar un síndrome de negligencia. Parece raro, pero está demostrado que si vertemos agua fría dentro de la oreja izquierda de un paciente con síndrome de negligencia la anosognosia desaparece. Una paciente de V. S. Ramachandran no admitía tener paralizado el lado izquierdo de su cuerpo ni el hecho de no poder mover ese brazo. Insistía en que se encontraba bien, que podía caminar y usar ambas manos. Cuando se la obligó a mirar su mano izquierda inmóvil y entumecida dijo que pertenecía a su hijo.<sup>86</sup> Después de que el médico vertiera agua helada en su oído, reconoció con toda franqueza su parálisis y que su cuerpo estaba así desde que había sufrido un ataque de apoplejía. Ramachandran confesó que haber sido

testigo de tal fenómeno hizo que, por primera vez, se tomara en serio la idea de la represión según Freud. Era obvio que a nivel inconsciente la señora M. *sabía* que sufría una parálisis, pero que a nivel consciente no *quería* saberlo.

Karen Kaplan-Solms y Mark Solms citan el experimento de Ramachandran en su libro *Clinical Studies in Neuropsychanalysis*. En uno de los capítulos describen a cinco pacientes que presentaban un daño en el hemisferio derecho. Todos recibían tratamiento neurológico y también sesiones de psicoterapia. Aunque sus lesiones no diferían mucho entre sí (todos sufrían daño perisilviano derecho), cada uno mostraba una respuesta única y singular ante su problema. Aun así, todos mostraban formas variadas de represión y negación frente a la mala noticia de que ya no volverían a ser los mismos de antes. Unas respuestas diametralmente opuestas a la de Zazetsky, quien sufría daño en el hemisferio izquierdo y desde el principio fue siempre muy consciente de lo que había perdido. No reprimía nada. Neil también sabía que se olvidaba de las cosas y que había cambiado después de tener el tumor y de recibir tratamiento de radiación para reducirlo. La conclusión más fácil sería la de pensar que los daños en la región derecha del cerebro crean en quienes los sufren una incapacidad fundamental para reconocer su problema. Pero los autores no están de acuerdo: «Estos pacientes están recabando información sin cesar sobre sus cuerpos defectuosos y no hay duda de que, a un nivel profundo, saben cuáles son sus deficiencias y subsiguientes implicaciones emocionales. De lo único que carecen es de la capacidad o, a nuestro modo de ver, de la disposición a prestar atención a aquello que saben». Dicho en palabras de Janet: «Lo que ha desaparecido en realidad [...] es la facultad que permite al sujeto decir con claridad: “Soy yo quien siente, soy yo quien oye”». Soy yo el que está enfermo. Soy yo el que recuerda.

Uno de esos pacientes, el señor D., había sufrido una hemorragia cerebral de la que se había recuperado de forma sorprendente. Le quedaron algunas carencias leves en el lado izquierdo del cuerpo, circunscritas a la dificultad en el manejo de la mano, que además había adquirido un tic nervioso. Los autores señalan que, aunque el señor D. estuvo negando su dolencia bastante tiempo y mostrando un síndrome de negligencia en el lado izquierdo del cuerpo tras la hemorragia cerebral, dichos síntomas habían remitido. En cambio, había desarrollado un odio virulento hacia su mano izquierda: «Voy a cortar esta mano en miles de pedazos y se los voy a mandar por correo al cirujano, uno a uno en distintos sobres». Los autores señalan: «En determinado momento el señor D. llegó a decir que aquella mano no era suya. Por lo tanto la mano representaba una parte de su ser que había *perdido* y que *repudiaba*. Un análisis de su actitud a este respecto sería que estaba intentando transformar su experiencia de pérdida *pasiva* en una actitud *activa* de repudio». <sup>sz</sup>En lugar de desarrollar un síndrome de negligencia hacia la mano inútil y no reconocer que se encontraba ahí o que le pertenecía, lo que quería era expulsarla de su «yo», negarse a aceptar que fuera parte de él.

Varios de los demás pacientes que participaron en la investigación de Solms y Kaplan-Solms mostraban tanto una negación de la enfermedad como una *belle indifférence*, aunque la analista notó que, durante las sesiones, la indiferencia de sus pacientes comenzaba a flaquear. La señora B., que sostenía haber asimilado y aceptado sus impedimentos físicos resultantes de un derrame cerebral, se echaba a llorar desconsoladamente sin, según ella, saber por qué, pero cuando se examinaron los catalizadores de tal conducta (por ejemplo, un artículo sobre un niño con malformaciones causadas por la talidomida que nació sin brazos ni piernas) quedó claro que aquello le había recordado lo que ella había perdido. Su indiferencia ocultaba lo que otra parte de su ser comprendía y la protegía de unos sentimientos que le resultaban insoportables. Otra mujer, la señora A., con síndrome de negligencia, anosognosia y múltiples dificultades visuales y espaciales, expresaba su profunda depresión diciendo que todo el tiempo «perdía cosas», las gafas, los cigarrillos. Pero en la terapia con su analista, asociaba esas pequeñas pérdidas con otras más importantes: la pérdida del útero en una histerectomía cuando todavía era joven y la pérdida de su padre cuando era apenas una niña. Se la cita diciendo: «Nunca pude llorar la muerte de mi padre».<sup>88</sup> Una pérdida se relaciona con otra y luego con otra. Al final son demasiadas. Resulta mucho más fácil inquietarse por la pérdida de unas gafas o de unos cigarrillos. Solms y Kaplan-Solms recurren a sus casos para rebatir algunas teorías neurológicas específicas. En concreto, aquellas que explican el síndrome de negligencia y la anosognosia sosteniendo que los daños sufridos por pacientes como los suyos provocan una disminución de la emoción y una atrofia en la conciencia del propio cuerpo y, por lo tanto, una auténtica incapacidad *a todos los niveles* para reconocer la gravedad de la situación. Los casos estudiados por Solms y Kaplan-Solms indican que eso no es cierto, que ahí está sucediendo algo mucho más complejo.

El síndrome de negligencia y la negación de la enfermedad parecen replantear las fronteras del cuerpo y liberar al «yo» consciente de la responsabilidad de tener que preocuparse de las *partes defectuosas*. El señor D. intentó replantearse corporalmente obviando la mano que funcionaba mal, amenazando con cortársela y remplazarla por una prótesis mecánica. Por el contrario, los pacientes de conversión parecen crearse de forma inconsciente un defecto corporal o una discapacidad donde centrar todo lo negativo en lugar de hacerlo en el «yo», evitando así que éste se vea afectado y pueda seguir adelante como si tal cosa. ¿Qué sucede con las personas con síndrome de negligencia motora, que deberían poder usar sus extremidades pero no lo hacen? ¿Qué sucede con los pacientes de conversión de los que podría decirse que tienen la misma posibilidad funcional, puesto que no existe ningún daño fisiológico que avale sus problemas, y sin embargo no pueden usar determinada parte de su cuerpo? ¿Por qué el estudio publicado en *Brain* encuentra similitudes subcorticales entre las personas con hemiacinesia y los pacientes de conversión con extremidades débiles o paralizadas? Las tomografías SPECT mostraban anormalidades en los circuitos motores y sensoriales que se correspondían de forma directa con los síntomas histéricos. Estos circuitos

premotores (que incluyen los ganglios basales y el tálamo) se consideran cruciales para los movimientos *intencionados*. Activarlos podría formar parte también de una noción *subjetiva* del movimiento *voluntario*. Yo me estoy moviendo. Al estimularse directamente, esas mismas zonas del cerebro pueden activar movimientos que el sujeto percibe como *intencionados*. (Por supuesto que no se sabe cómo se desarrolla tal subjetividad en términos neuronales.) Una persona que sufre una lesión tras sufrir un derrame cerebral, por poner un ejemplo, puede presentar hemiacinesia y «olvidar» que es capaz de usar ambas piernas para caminar. Por lo tanto esas áreas están relacionadas con la volición motora, con la capacidad de ser dueños de nuestros movimientos. Soy yo, no tú, quien está moviendo mi mano. No es de extrañar que sean áreas implicadas tanto en la conversión como en la hemiacinesia, puesto que en ambos casos se da un trastorno en la sensación de posesión subjetiva de las partes del cuerpo.

Sigue siendo un misterio cómo funciona en realidad esta sensación de posesión de nuestro cuerpo, igual que sigue siendo un misterio lo que es en realidad la conciencia y, por supuesto, cómo funciona y para qué sirve. En la década de 1980 el neurocientífico Benjamin Libet realizó una serie de experimentos que demostraron, a pesar de las intuiciones más afianzadas de la mayoría de la gente, que hasta casi medio segundo antes de que decidamos conscientemente llevar a cabo cualquier acto (mover la muñeca o un dedo, por ejemplo) el cerebro precede a ese movimiento con un cambio eléctrico denominado «potencial de alerta» y que puede ser medido. Sus experimentos indicaban que *el cerebro inicia los actos voluntarios de forma inconsciente*.<sup>89</sup> Es comprensible que tales descubrimientos despertaran enormes controversias en las que participaron neurocientíficos, filósofos y cuanto ciudadano se interesase por el tema. ¿No somos más que autómatas? ¿Tenemos libre albedrío? El debate sobre esta cuestión es muy antiguo y es comprensible que los seres humanos nos aferremos a la idea de que nosotros elegimos lo que hacemos. En 1748 Julian de La Mettrie sostenía en *El hombre máquina* que los estados del alma dependen de los estados del cuerpo y que los procesos involuntarios e inconscientes sólo se diferencian de los procesos voluntarios conscientes en que estos últimos son más complejos.<sup>90</sup> ¿Estamos a cargo de nuestro destino o sólo creemos que decidimos nuestros propios actos? ¿Y qué mecanismo decide que decidamos? Libet quedó alarmado por su propio descubrimiento. La conclusión a la que llegó tras sus investigaciones es que, a pesar de que no deseemos realizar ciertos movimientos, podemos vetarlos o inhibirlos. En otras palabras, el libre albedrío consciente funcionaría como un gran No. No, no voy a pegarte a pesar de que siento crecer en mi interior el impulso de hacerlo. Una gran cantidad de decisiones morales pertenecen a esta categoría.

Por otro lado, quizá el libre albedrío no tenga por qué ser algo totalmente consciente. Después de todo, nuestro *esquema* corporal es, en su mayor parte, inconsciente. Cuando abro la nevera para sacar una bebida, el gesto es tan automático que casi no pienso en ello y ¿no lo estoy haciendo porque tengo sed? ¿Para ser

consciente de que estoy sediento tengo que decirme para mis adentros «Ahora soy consciente de mi sed» antes de ir a buscar una bebida? No, pero de alguna forma tengo que cobrar conciencia de que tengo sed aunque no lo enuncie con una frase completa y autorreflexiva encabezada por el pronombre *Yo*. Y tampoco tengo que verme desde fuera como el protagonista de mi propia vida para ir a servirme un poco de agua. El neurocientífico Jaak Panksepp ha identificado varios sistemas emocionales en el cerebro de todos los mamíferos, incluyendo uno al que llama «el sistema BUSCADOR». Refiriéndose a él, escribe: «Dicho sistema hace que los animales se interesen por completo en la exploración de su mundo y hace que se exciten cuando están a punto de conseguir aquello que desean».<sup>91</sup> Todos nos esforzamos por obtener lo que necesitamos y deseamos, incluyendo un poco de agua de la nevera. El hecho de que una parte de mí ser inconsciente me prepare por adelantado para realizar el gesto necesario para obtener el agua, ¿significa que no la quiero, que soy una máquina que se mueve automáticamente?

Quizá resultaría útil diferenciar distintos grados de conciencia. Después de todo, incluso mientras escribo, hay muchas cosas que se generan de forma inconsciente. Siento que debajo de mis palabras subyace un mundo preconsciente del cual las extraigo, un mundo de pensamientos aún sin articular pero potencialmente presente, y cuando encuentro las palabras deseadas, sopeso si son correctas o incorrectas. Sí, eso es lo que quería decir. Pero ¿con qué lo comparo? Es algo que no está *fuera* de mí. No tengo una noción exteriorizada de la frase perfecta que mejor expresa lo que quiero decir. El conocimiento vive dentro de mí y, sin embargo, ¿ese interior verbal no me viene de hechos exteriores, de todos los libros que he leído, de las conversaciones que he tenido y de sus huellas mnémicas? Me gustan las expresiones «tener en mente» y «tener en la punta de la lengua», pues indican que hay un mundo subterráneo que recordamos a medias. ¿Qué sucede en realidad cuando escribo los símbolos que sirven para conformar las palabras *me acuerdo*?

La subjetividad no es la historia de un «yo» absoluto y equilibrado que va por la vida tomando una decisión consciente tras otra. Tampoco es una máquina cerebral incorpórea, preprogramada genéticamente para actuar según unas pautas preestablecidas y predecibles. Con el paso del tiempo ha ido perdiendo fuerza la comparación del cerebro con el disco duro de un ordenador al que se le actualiza el software de forma continua. Con el advenimiento de la tecnología el ordenador se ha convertido en un modelo cognitivo, pero a mí me parece extraño que los científicos y una buena parte de los filósofos hayan decidido que una máquina puede ser un modelo adecuado para la mente humana. Por algo muy sencillo: las máquinas carecen de emociones y los humanos no pueden tomar decisiones sin implicar en ellas valores afectivos. Perderían capacidad de juicio, en lugar de ganarla. En su libro *El error de Descartes*, Antonio Damasio nos proporciona pruebas neurológicas de algo que la gente sólo podía llegar a intuir: que la emoción es crucial para el buen razonamiento.<sup>92</sup> Las

personas con daños en el lóbulo frontal tienen las emociones embotadas y ello afecta a su capacidad de actuar en beneficio propio. Además, nuestra subjetividad no está cerrada sino abierta al mundo exterior. Es un hecho indiscutible pero que suele olvidarse, y los científicos, obsesionados con las funciones cerebrales, a veces tratan estos procesos como si tuvieran lugar en un órgano aislado que no formase parte del cuerpo, un ramillete de neuronas metido en una cuba que sólo se ocupan de lo suyo sin interferencia alguna. William James escribió: «Toda acción es una reacción al mundo exterior; y el estadio intermedio de la consideración, la contemplación o el pensamiento no es más que un lugar de tránsito, el fondo de un circuito cuyos dos extremos están conectados con el mundo exterior [...] La corriente de la vida que nos entra por los ojos y las orejas sale por nuestras manos, pies y labios».<sup>93</sup> El modelo de experiencia subjetiva que presenta James es dinámico e incluye el mundo que percibimos, con todo lo que ello implica: imágenes, sonidos, olores, sensaciones, emociones, otras personas, pensamiento y lenguaje. Todo eso está dentro de *nosotros*. Estamos habitados, ocupados, somos seres plurales y siempre vivimos en relación con ese mundo exterior que percibimos como seres corporales y no solamente como cerebros.

Edmund Husserl, cuya fenomenología estaba influenciada por las ideas de James, establecía una distinción entre dos sentidos de lo corporal: *Körper* y *Leib*.<sup>94</sup> *Körper* es nuestro cuerpo físico, una cosa, algo que en la medicina y la ciencia puede observarse desde el punto de vista de un tercero como si fuera un objeto inerte, «eso». *Körper* es aquello que puede diseccionarse. *Leib* es el cuerpo vivo, el ser animado de la primera persona, con experiencias psicobiológicas. Podemos encontrar el *Körper* en la *Anatomía de Gray*. El *Leib* lo encontramos en nosotros mismos, en la encarnación del yo.

El mundo subjetivo también es un mundo intersubjetivo, el mundo del «yo» y del «tú», y no es fácil trazar una línea que los separe, puesto que también está *lo nuestro*. Hoy sabemos que los recién nacidos con apenas unas horas de vida imitan activamente las expresiones de los adultos que se inclinan a observarlos. Parece que es un rasgo innato. Lo cual no quiere decir que el recién nacido tenga una imagen corporal de su propio rostro mientras lo mueve imitando los gestos de los demás. El bebé no tiene conciencia de su propia identidad. Todavía no se ha convertido en el protagonista de su vida, pero es obvio que reacciona frente al estímulo de las caras ajenas. Cuando nació mi hija me pasaba horas mirándola y ella mirándome a mí. No me cansaba nunca de observar la carita de aquella niña con sus enormes ojos de mirar atento clavados en los míos. Una vez mi madre nos dijo a mis hermanas y a mí: «Cuando erais niñas me comía vuestras caritas con los ojos». Esta frase resume muy bien la emoción que envuelve a la mirada maternal porque hace hincapié en el placer de observar, en la *necesidad* de hacerlo. También un bebé con apenas unas semanas de vida responde a tus gestos. Yo

misma he experimentado esto muchas veces. Si le hablas a un bebé y esperas (hay que darle tiempo) balbuceará algunos sonidos a modo de respuesta. El principio del lenguaje radica en la imitación. Somos espejos unos de otros.

D. W. Winnicott escribe: «En el desarrollo emocional individual *el precursor del espejo es el rostro de la madre*».<sup>95</sup>Menciona la importancia del ensayo de Lacan «La fase del espejo», pero señala que Lacan no establece la misma conexión entre la madre y el espejo. «¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de su madre? Yo sugiero que por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira *y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él.*»<sup>96</sup>Yo me reflejo en tus ojos. En el mismo ensayo, Winnicott hace la siguiente formulación:

Quando miro se me ve, y por lo tanto existo.

Ahora puedo permitirme mirar y ver.

Ahora miro en forma creadora, y lo que percibo también lo percibo.

En verdad no me importa no ver lo que no está presente para ser visto (a menos que esté cansado).<sup>97</sup>

Nuestros ojos están conectados de forma directa a nuestro cerebro, lo cual explica por qué siempre miramos a los demás a los ojos para descubrir qué quieren decir en realidad. Como escribiera E. H. Hess: «El ojo es anatómicamente una extensión del cerebro, es casi una parte del cerebro que estuviera a la vista».<sup>98</sup>Los neurobiólogos saben que esos intercambios visuales entre la madre y el recién nacido facilitan el desarrollo cerebral de la criatura. Allan Schore llama a ese intercambio de miradas «la sintonización psicobiológica» y, al igual que otros, hace referencia a la madre y al bebé usando el sustantivo singular *díada*: un nudo que une a dos en uno. «La expresión cargada de afecto de la madre es la fuente más potente de información visual-afectiva —sostiene—, y en la interacción cara a cara actúa como un estímulo de fijación visual para el sistema nervioso de la criatura que se encuentra en pleno desarrollo.»<sup>99</sup>Nuestras vidas comienzan como un diálogo sin palabras y sin él no creceremos.

Es imposible separar la naturaleza de la crianza. No se puede aislar a una persona del mundo en el que vive porque es a partir de él que las nociones de lo externo y lo interno, de sujeto y objeto, comienzan a formarse y a entrelazarse. *La corriente de la vida que nos entra por los ojos y las orejas sale por nuestras manos, pies y labios*. Nos moldeamos a través de los demás, y ese gesto temprano de reconocimiento entre el hijo y la madre y, un poco más adelante, entre el hijo y el padre, es esencial para saber quiénes somos y para tener un sentido maduro de la imagen corporal, en definitiva, para lograr formarnos una identidad corporal; Shaun Gallagher escribe: «Nuestra imagen corporal (consciente) se desarrolla a través de la interacción intersubjetiva e intermodal entre la propiocepción (nuestro esquema motor corporal en su mayor parte

inconsciente) y la visión del rostro del otro».<sup>100</sup>En mis propias palabras, yo diría que los niños deben adquirir un «yo» a través de un «tú». Nacen con un temperamento genético (por ejemplo, nerviosos y sensibles o relativamente tranquilos y dóciles) que influirá en su forma de reaccionar ante los estímulos visuales y emocionales, y todos tienen las herramientas para formar parte del mundo interactivo y parlante, pero el «yo» articulado y consciente no es algo que venga dado. Su consecución forma parte de un largo proceso evolutivo corporal que incluye la observación del otro y el reconocimiento mutuo.

A estas alturas mucha gente ha oído hablar de las neuronas espejo descubiertas en 1995 en los monos macacos por Vittorio Gallese, Giacomo Rizzolatti, Leonardo Fogassi y Luciano Fadiga.<sup>101</sup>Dichas neuronas, localizadas en la corteza premotora del animal, se activan cuando el mono hace algo como, por ejemplo, agarrar un plátano, pero también se activan cuando el mono observa a otro ejecutar la misma acción y él no hace nada. No es de sorprender que los científicos hayan detectado un sistema espejo en los seres humanos. No sabemos cuál es su significado exacto, pero el descubrimiento de unas neuronas espejo ha desatado la especulación de que puedan estar implicadas en todo, desde el lenguaje hasta la empatía. Rizzolatti estaba convencido de haber encontrado el sistema de codificación que subyace al lenguaje humano. Al menos, las neuronas espejo parecen ser parte del intercambio dialéctico inherente a las relaciones humanas, una raíz biológica para la reflexión entre el «yo» y el «tú», una idea que se remonta por lo menos a Hegel y se refuerza con su interpretación de que la conciencia de nuestra propia identidad se origina en las relaciones entre el ser y el otro: «La conciencia de nuestra propia identidad existe en sí misma y, a partir de ahí, existe también para otro ser con conciencia de su propia identidad; es decir, sólo si se la percibe y es “reconocida”».<sup>102</sup>

La palabra *yo* aparece bastante tarde en el habla del niño. Como señala Merleau-Ponty: «El pronombre *yo* sólo adquiere todo su significado cuando el niño lo usa no como un símbolo individual para designarse como persona (un símbolo que se le ha dado de una vez y para siempre a él y sólo a él), sino cuando comprende que todas las personas que ve son un “yo” para sí mismas y un “tú” para los demás».<sup>103</sup>Antes de llegar al «yo», la mayoría de los niños se refiere a sí mismo usando su nombre. Recuerdo que mi hija decía «Sophie zanahoria» en lugar de «Yo quiero una zanahoria». Los gemelos de seis años de edad estudiados por Luria no tenían ninguna palabra para el «yo» en su lenguaje privado. Se referían a sí mismos en tercera persona. En algunas manifestaciones de la afasia el «yo» desaparece enseguida y en algunos casos de esquizofrenia el «yo» y el «tú» se confunden o carecen de sentido. En *Autobiography of a Schizophrenic Girl*, Renee escribe sobre su enfermedad, sobre sus delirios en torno a un Sistema controlador que le daba órdenes y la terapia que la devolvió a la «realidad»:

Lo que me hacía un bien sorprendente era que ella usara la tercera persona al hablar de sí misma, «Mamá y Renee» (Renee llamaba a su terapeuta Mamá), en lugar de «yo y tú». Cuando usaba por casualidad la primera persona, dejaba de conocerla de forma abrupta, y me enfurecía que hubiera roto con aquel error el contrato que tenía con ella. Así que cuando ella decía: «Ya verás como lucharemos juntas contra el Sistema» (¿qué quería decir con tú y yo?), para mí no existía la realidad. Sólo «Mamá» y «Renee» o, mejor aún, «el pequeño personaje», que era una expresión que contenía realidad, vida, afectividad.<sup>104</sup>

La psicosis de Renee le afectó muchas otras áreas aparte del lenguaje. Toda la organización de su yo se hizo añicos y uno de los signos de su desintegración fue esa regresión a un estadio anterior del lenguaje, con un «yo» inestable y carente de sentido. La tercera persona «Renee» y la frase descriptiva «el pequeño personaje» poseían una realidad concreta, una solidez y objetividad que la paciente no podía encontrar en la mutabilidad de los pronombres «yo» y «tú», que dependían exclusivamente de quien los usara.

Yo le di clases a una niña con trastornos emocionales que tendía a hablar en tercera persona, no siempre, pero con frecuencia. Sus padres la habían abandonado y había vivido en casas de diferentes parientes hasta acabar en una familia de acogida. También había sido víctima de abusos sexuales cuando tenía once años. Decía: «A Linnie no le gusta ir al colegio», o «Ellos odian a Linnie». Una vez pronunció una frase tan increíble como: «Si mi padre me amara, entonces sí sería la *verdadera* Linnie». Había dos Linnie, una carente de amor e irreal y la otra, amada y real. Hay muchas cosas que acaban trastornándote, pero cuando recibes golpes continuos, y sufres pérdidas y privaciones, todo ello termina por convertirse en un problema de identidad: el yo y la negación del yo, el yo y el ello, lo real y lo irreal. También hay aspectos psicológicos que responden a trastornos neurológicos, aunque no está muy claro cómo distinguirlos de una dolencia o de un daño cerebral localizado. El señor D convirtió a su mórbida mano izquierda en «eso». Las manos extrañas dejan de pertenecer al «yo» que se expresa. ¿Quién está actuando en ese caso? La mano de Neil recordaba cosas que su «yo» parlante no podía recordar. La palabra que usó Freud para referirse a la parte inconsciente del Ser regida por el instinto fue *Ello, das Es*, que en inglés se convirtió en *id*. Freud tomó el término prestado de Georg Groddeck, quien escribió: «Tengo la impresión de que al hombre le anima lo Desconocido, que dentro de él hay un “Es”; un “Ello”, una especie de fuerza maravillosa que dirige tanto lo que él hace como lo que le acontece. Afirmar “Yo vivo” es sólo condicionalmente correcto, expresa sólo una parte ínfima y superficial del principio fundamental: “Al hombre lo vive el Ello”». <sup>105</sup> Freud amplió el concepto de Groddeck para crear una parte del ser a la que mueve una fuerza ahistórica o atemporal de la que no tenemos conciencia. Es probable que Benjamin Libet, que estudió el libre albedrío, estuviera de acuerdo. El «Ello» interno tiene fuerza, pero no *habla*.

El instinto más arraigado que tenemos los animales es el de la supervivencia. Todo nuestro ser ha sido seleccionado para continuar su existencia y superarse a sí mismo. Es probable que todos los animales posean un sentido de su propia vulnerabilidad y mortalidad. No soy de esas personas que temen atribuirles emociones a los animales. Según parece, los elefantes lloran a sus muertos. El neurocientífico D. O. Hebb descubrió que los monos rechazan las *representaciones* de cabezas cortadas de sus parientes simios, unas cabezas que saben perfectamente que no son reales. La conciencia de la amenaza y el comportamiento defensivo son cruciales para la supervivencia, pero es probable que seamos los únicos animales capaces de prever nuestra propia muerte. Sin embargo, a muy pocos nos gusta pensar en el final. Lo reprimimos. Cuando nos vemos cara a cara con la muerte, como me sucedió a mí en el accidente de coche, las emociones se bloquean; en mi caso, el miedo se expresaría más adelante a través de la serie de ráfagas involuntarias de recuerdos espantosos. No se me ocurre mejor ejemplo literario a la hora de expresar nuestra represión de la mortalidad que éste, perteneciente a *La muerte de Iván Ilich*, de Tolstói:

En el fondo de su ser sabía que se estaba muriendo, pero no sólo no se habituaba a esa idea, sino que sencillamente no la comprendía ni podía comprenderla.

El silogismo aprendido en la *Lógica* de Kiesewetter: «Cayo es un ser humano, los seres humanos son mortales, por consiguiente Cayo es mortal», le había parecido legítimo únicamente con relación a Cayo, pero de ninguna manera con relación a sí mismo. Que Cayo —ser humano en abstracto— fuese mortal le parecía enteramente justo; pero él no era Cayo, ni era un hombre abstracto, sino un hombre concreto, una criatura distinta de todas las demás: él había sido el pequeño Vania para su papá y su mamá, para Mitia y Volodia, con sus juguetes, para el cochero y la niñera, y más tarde para Katenka, con todas las alegrías y tristezas y todos los entusiasmos de la infancia, la adolescencia y la juventud. ¿Acaso Cayo sabía algo del olor de aquel balón de cuero a rayas que tanto gustaba a Vania? ¿Acaso Cayo besaba de esa manera la mano de su madre? ¿Acaso el frufrú del vestido de seda de ella le sonaba a Cayo de ese modo? ¿Acaso se había rebelado éste contra los pastelillos que servían en la facultad? ¿Acaso Cayo se había enamorado así? ¿Acaso Cayo podía presidir una sesión como él la presidía?

Cayo era efectivamente mortal y era justo que muriese, pero «en mi caso —se decía—, en el caso de Vania, de Iván Ilich, con todas mis ideas y emociones, la cosa es bien distinta, y no es posible que tenga que morirme. Eso sería demasiado horrible».<sup>106</sup>

El salto que se da entre Cayo y Vania es un salto de lo abstracto a lo particular, de saber algo a nivel intelectual a no saberlo *en realidad*; de la verdad general a la verdad personal; de la realidad de la tercera persona a la realidad de la primera persona. El salto también nos hace retroceder en el tiempo hasta los recuerdos de la temprana infancia, el querido olor de un balón de cuero y la presencia sensual de una madre, un mundo que giraba alrededor del pequeño Vania. Su Majestad el bebé, el niño amado. Es muy común esa negación de lo inevitable, de lo que ha de venir, el final de mi existencia. ¡Qué difícil es comprenderlo de verdad! Tolstói usa el pronombre *aquello* para describir la presencia que acecha la vida de Iván Ilich, presencia que nuestro protagonista intenta evitar por todos los medios. Busca «consuelo ocultándose tras otras

pantallas, y, en efecto, halló nuevas pantallas que durante breve tiempo parecían salvarle, pero que muy pronto se vinieron abajo o, mejor dicho, se tornaron transparentes, como si *aquello* las penetrase y nada pudiese ponerle coto». Al igual que la señora A., que desviaba su dolor perdiendo las gafas y los cigarrillos, Iván Ilich se preocupa sobremanera por que se hubiese rayado el barniz de la mesa, por que se hubiera roto un álbum, y entonces discutía con su mujer y su hija porque no sabía dónde poner el álbum roto, y consideraba tales discusiones otra forma de máscaras salvadoras: «Pero eso estaba bien, porque mientras tanto no se acordaba de *aquello*, *aquello* era invisible».<sup>107</sup> *Aquello* denota algo ajeno, un no-yo, que bien podrían ser esas extrañas fuerzas animales de deseo y agresión que parece que todos llevamos dentro, o la terrible realidad de que esos poderes no son eternos, que acaban en un cadáver, en una cosa inanimada, en algo que una vez fui yo y ahora es un eso.

La primera vez que temblé estaba pisando un terreno conocido. No sólo porque mi padre había dado clase muchos años en aquella universidad, también porque de niña yo había vivido en el campus, ya que mi padre, además de las clases, tenía un segundo empleo como director interno de una residencia para estudiantes varones. Aquel viejo edificio ya ha sido demolido, pero aún recuerdo sus pasillos sombríos, sus olores, el ascensor con su puerta roja, la máquina expendedora de refrescos que refulgía en el piso de abajo y el botón con el que seleccionaba la Cola Royal Crown. Recuerdo a Bud, un hombre amable y gordo que limpiaba la planta enfundado en sus polvorientos pantalones grises y los pisos superiores, prohibidos para nosotras, pero a los que mi hermana Liv y yo subimos en un par de ocasiones. Recuerdo la vista desde la ventana de nuestro apartamento, frente a la cual rompí a llorar una Pascua. Ése era un día que debía ser soleado y templado y la tradición mandaba que vistiéramos nuestros vestidos ligeros con guantes y sombreros primaverales. Pero lo único que se veía por la ventana era nieve. Recuerdo cuando aprendí a montar en bicicleta una primavera en aquellos mismos terrenos y la sensación que tuve en el momento en que mi padre dejó de sujetarme el sillín y empecé a pedalear sola, un poco insegura, pero exultante por seguir erguida y sentirme libre. Recuerdo el edificio que albergaba la planta de energía, a través del cual mi padre solía llevarnos a Liv y a mí entre nubes de vapor blanco, un intenso calor y el ruido ensordecedor de las máquinas para llegar hasta un cuartito al fondo donde había un hombre que hacía helado y nos regalaba un poco. Recuerdo que me tumbaba de bruces sobre la reja de la alcantarilla que había a la entrada de la biblioteca y lo absorta que me quedaba mirando los envoltorios de caramelos, las colillas y todo tipo de basura que había caído allí. Cuando yo estudiaba tercer grado nos mudamos a las afueras de la ciudad, pero, salvo algunos recuerdos de aquel año y del siguiente, mi memoria autobiográfica es fragmentaria, y entre los cinco y los nueve años

mis recuerdos se concentran mayoritariamente alrededor del campus de la universidad. Hay lugares que tienen poder de evocación.

¿No sería que mi presencia en aquel lugar conocido desató en mí la certeza de la realidad de la muerte, la presencia de un inefable *Ello*? Después de todo, yo vivo en Nueva York y no veía a mi padre a diario. En Nueva York lo normal era que mi padre estuviese ausente de mi vida. ¿No sería que me topé de golpe con la conciencia subliminal de que su ausencia era permanente e irrevocable sin percatarme del cambio que se había operado en mí? ¿No serían los rostros de las personas a quienes conocía desde niña los que me retrotrajeron a mi ser anterior? ¿No tendrían algo que ver los temblores con el hecho de que en aquel momento yo ocupara el lugar de mi padre, estando literalmente de pie sobre el territorio que sentía que le pertenecía? ¿No sería la visión de aquella pradera verde rodeando la vieja mansión donde mi padre tuvo su despacho, cuya imagen ha quedado grabada en mi mente de tanto entrar y salir de él siendo niña, después jovencita y luego estudiante? Pero no fue la visión del lugar lo que disparó los temblores; fue el acto de hablar. Comenzaron con la primera palabra y finalizaron con la última. ¿Tendrían que ver con algún recuerdo concreto?

Los recuerdos explícitos anidan en los lugares. Las teorías clásicas defendían que los recuerdos requerían basarse en lugares: *topoi*. Cicerón atribuía a Simónides de Ceos la invención del arte de la memoria. Cuando un terremoto destruyó la sala donde se celebraba un banquete matando a los allí presentes se llamó a Simónides, que se había ausentado del festejo poco antes del seísmo, para que identificara los cadáveres porque recordaba el lugar donde estaba sentado cada uno. A raíz de ese incidente lamentable Simónides descubrió la conexión esencial que existía entre los recuerdos y los lugares. Después de leer a Aristóteles, Alberto Magno (muerto en 1280) propuso que los lugares mentales servían para facilitarnos sacar a la luz los recuerdos. No son espejos de la realidad sino más bien concepciones interiorizadas de la misma.<sup>108</sup> Cicerón desarrolló la idea del *locus* como una herramienta para verbalizar los recuerdos. Un orador podía memorizar un largo discurso imaginándose una casa por la que pasea mentalmente, asignando cada parte del discurso a un objeto concreto, fuese éste una alfombra, una puerta o una habitación. Mi padre usaba esa técnica para memorizar sus conferencias y parecía funcionarle bien. Transitar por una arquitectura imaginaria define un espacio en el que se pueden fijar pensamientos secuenciales y verbales. El comentario de Freud acerca del carácter primitivo de las imágenes mentales comparadas con las palabras se vuelve pertinente en este caso. Mi memoria visual es bastante estática mientras que recuerdo mejor lugares íntimos, casas, bosques y calles que he guardado en la memoria porque han constituido muchas veces el telón de fondo de mi vida. Son espacios en los que he vivido o convivido a lo largo del tiempo.

Por otra parte, un lugar en el que he estado una sola vez se hace difuso en mi mente. Por ejemplo, puedo tener una vaga sensación, una idea esquemática, de una calle por la que bajé andando en Hong Kong, pero lo que destaca en mi memoria es la imagen de un mendigo arrodillado en la acera que me tiró del bajo de la falda haciéndome dar un salto atrás. Repugnancia, piedad y culpa son las sensaciones que afloran en mi mente, pero no la imagen del rostro de aquel hombre que me atemorizó con su desesperación; ése no constituye ya un recuerdo vívido. Puedo reinventarlo a través de la imaginación. El hombre tiene los dientes carcomidos, los ojos enrojecidos y las mejillas sucias. Lo que sí retengo es que aquello me sucedió y que, desde entonces, lo he recordado varias veces, pero las palabras que uso para describirlo en mi recuerdo han suplantado cualquier imagen detallada del mismo. En 1975 Hong Kong estaba repleto de mendigos. Eso lo recuerdo como un hecho cierto, pero ya no logro convocar otras imágenes visuales que no sean más que una versión vaga, impresionista e imprecisa de mi experiencia. El lenguaje hace abstracción de la memoria visual y con el tiempo la reemplaza creando una narración fija que puede ser repetida una y otra vez.

Un ejemplo más llamativo del espacio como teatro de la memoria puede hallarse en el error que descubrí en mis propios recuerdos. Es uno de los primeros y data de cuando tenía cuatro años. Estábamos en la casa de mi tía en Bergen, en Noruega, durante un almuerzo familiar. El principal componente visual de la anécdota es la mesa del comedor con su ventana que daba al fiordo. Puedo ver aquella habitación con claridad en mi mente porque trece años más tarde viví en esa casa con mis tíos. También recuerdo algunos momentos precisos. Yo estaba sentada a la mesa frente a mi prima Vibeke, que tenía doce años y a quien admiraba y quería, cuando, de repente y por algo que no logré entender entonces, empezó a llorar. Recuerdo que quise bajar de la silla pero, como no llegaba con los pies al suelo, tuve que deslizarme hasta él y después ir donde estaba mi prima para darle unas palmaditas en la espalda en un intento de reconfortarla. Los mayores empezaron a reírse y me sentí tan humillada que me puse colorada. Ese recuerdo nunca me ha abandonado. Ahora entiendo que las risas de los mayores no eran maliciosas, pero aquel hecho que consideré un ataque a mi dignidad ha permanecido siempre conmigo y ha conformado la relación con mi hija. Siempre tuve presente que, parafraseando a Joe Brainard, «la vida era tan seria entonces como lo es ahora», que además de amar a los hijos hay que respetarlos. El error que después cometí no fue confundir mis emociones sino el *lugar* donde hirieron mi orgullo. Aquel pretérito golpe a mi autoestima no pudo haber sucedido en la casa que recordaba tan bien porque cuando yo tenía cuatro años *todavía no la habían construido*. Lo que hice fue localizar la vivencia en un lugar que podía recordar muy bien en vez de en otro que ya había olvidado. Como argumentaba Alberto Magno, el comedor había servido para un propósito útil. Yo necesitaba anclar la anécdota en algún lugar para luego poder retenerla en la memoria. Necesitaba visualizar una casa, si no el recuerdo flotaría a la deriva. Como hicieron los maestros antiguos y medievales, asocié la escena, ya casi totalmente verbalizada, a un *locus*.

Otro de los pacientes de A. R. Luda llamado S., a quien el neurólogo estuvo estudiando durante treinta años y cuyo caso incluye en el libro *Pequeño libro de una gran memoria: la mente de un mnemonista*, tenía la capacidad de transformar largas listas de números y palabras en imágenes y lugares mentales:

Cuando S. leía una larga serie de palabras, cada una de ellas originaba una imagen visual. Pero cuando la lista era muy larga, S. se veía obligado a «distribuir» esas imágenes en cierto orden. Casi siempre —y ese procedimiento lo utilizó durante toda su vida— «colocaba» o «distribuía» esas imágenes a lo largo de algún camino. A veces era una calle de su ciudad natal o el patio de su casa, que había quedado vivamente impreso en su memoria desde los días de su niñez. En otras ocasiones se trataba de alguna calle de Moscú que solía recorrer con frecuencia. Elegía a menudo la calle Gorki, empezando por la Plaza Maiakovski. Avanzaba despacio calle abajo y «colocaba» las imágenes junto a las casas, los portales y los escaparates de las tiendas; a veces, sin darse cuenta, él mismo se veía caminando por su entrañable Torzhok natal y finalizaba su recorrido junto a la casa donde había transcurrido su infancia... Resulta evidente que el fondo escogido por S. para sus «paseos mentales» es similar al que aparece en los «sueños»; la única diferencia es que desaparecía fácilmente al ser distraída su atención, volviendo a surgir cuando debía recordar la serie «anotada».<sup>109</sup>

Luria no menciona los sistemas mnemónicos clásicos ni tampoco S. había leído a Cicerón. Para S. la memorización era algo natural, como si fuera producto de su sinestesia, que es un cruce de los sentidos (por ejemplo, saborear los colores o visualizar los sonidos). El gran físico Richard Feynman veía las ecuaciones en colores: «Cuando veo una ecuación, veo las letras en colores, no sé por qué [...] Las J son beige claro, las U son azul violáceo y las X marrón oscuro, todas ellas flotando aquí y allá».<sup>110</sup>

Las primeras estrofas del poema de Rimbaud «Vocales» son una evocación perfecta de esta forma de sinestesia:

*A negra, E blanca, I roja, U verde, O azul: diré,*

*Vocales, algún día su virtual nacimiento.*

*Negro corsé velludo, la A, moscas brillantes,*

*Bombineando en torno a crueles hedores.*<sup>111</sup>

La prodigiosa memoria de S. se debía a su vívida percepción visual. Aquel hombre veía todo. «Incluso los números me recuerdan imágenes —decía—. Por ejemplo, el “1” es un hombre alto y esbelto; el “2” me recuerda a una mujer jovial; el “3” a un hombre hosco, no sé por qué... El “6” a un hombre a quien se le hubiera hinchado una pierna.»<sup>112</sup> El enorme espectro de la memoria de S. era, sin embargo, un lastre a la hora de comprender el mundo que le rodeaba. Le resultaba difícil seguir el hilo de una historia o un poema porque cada palabra que leía le evocaba una imagen visual compleja. Cuando llegaba al final de una frase estaba completamente confuso por la miríada de imágenes detalladas que se agolpaban y competían entre sí en su mente.

Una lista de números o palabras sin relación entre sí era más acorde a su don porque cada entidad podía existir aislada. Al convertir cada signo en una imagen visual concreta le resultaba imposible entender su significado en abstracto y por ello era incapaz de distinguir lo que era importante de lo que no lo era. En una democracia visual las jerarquías semánticas desaparecen. No hay nadie más parecido a S. que «Funes el Memorioso», el personaje creado por Jorge Luis Borges:

Éste, no lo olvidemos, era casi incapaz de ideas generales, platónicas. No sólo le costaba comprender que el símbolo genérico *perro* abarcara tantos individuos dispares de diversos tamaños y diversa forma; le molestaba que el perro de las tres y catorce (visto de perfil) tuviera el mismo nombre que el perro de las tres y cuarto (visto de frente). Su propia cara en el espejo, sus propias manos, le sorprendían cada vez más.

Casi al final de la historia, el narrador comenta sobre el protagonista: «Sospecho, sin embargo, que no era muy capaz de pensar. Pensar es olvidar diferencias, es generalizar, abstraer».<sup>113</sup> A diferencia de Funes, cuya memoria visual era perfecta, a S. le costaba trabajo recordar las caras de las personas (prosopagnosia) o distinguir las emociones que expresaban dichos rostros, algo que ahora se asocia al autismo y a lesiones que afectan al giro fusiforme, la parte específica del cerebro vital para reconocer las cosas. Las extraordinarias capacidades de S., así como sus carencias, le definirían como un «sinesteta», pero también se le diagnosticaría un síndrome de Asperger.

Quizá no resulte sorprendente que S. tuviera un doble, una tercera persona o «él» que acompañara al mnemonista durante toda su vida y sobre el que proyectara su propia imagen. Cuando era niño, S. veía a veces a su doble levantarse, vestirse y salir para el colegio mientras él permanecía en la cama. Cuando S. tenía ocho años, su familia se mudó de piso. S. lo relata en presente y lo hace como si lo estuviera volviendo a ver.

Yo no quiero ir... Mi hermano me toma de la mano y me lleva al coche... Veo al cochero que está comiendo una zanahoria... Pero yo no quiero ir y me quedo en casa... Veo cómo «él» está de pie junto a la ventana de su antigua habitación y no se va a ninguna parte.<sup>114</sup>

Luria denomina esta situación como un «desdoblamiento entre un “yo” que da las órdenes y un “él” que las obedece (ese que el “yo” de S. visualizaba)». Pero también ese «él» es quien desobedece, quien se queda en la habitación querida después de que el «yo» sea arrastrado fuera de allí. «Él» cumple los deseos del «yo». «Él» es como el personaje de un sueño que carece de las inhibiciones del «yo» despierto. Incluso siendo adulto, S. explicaba que su doble no siempre se comportaba bien:

Yo jamás habría respondido así... [un comentario poco afortunado sobre los cigarrillos de su anfitrión] pero «él» puede hacerlo. Es una falta de tacto, pero no puedo explicarle a «él» que ha cometido una pifia. Si «yo» me distraigo, «él» dice lo que no debe.<sup>115</sup>

En este caso, «él» juega un papel perverso, el de ese doble que nos resulta tan familiar en personajes de la literatura y en la neurología clásica, porque todos podríamos tener dobles latentes, imágenes reflejadas en el espejo que harían las cosas que el «yo» desea suprimir. No es inusual ver niños que tienen amigos imaginarios a quienes endosan la culpa por sus travesuras o a quienes hay que consultar antes de hacer lo que mandan los padres. Como S., todos los niños piensan de un modo más literal que un adulto normal. Recuerdo lo confusa que me sentí un Fin de Año cuando mis padres nos llevaron a mi hermana y a mí a la cama diciendo: «¡Nos veremos el año que viene!». Me resultaba imposible entender que todo un año pudiera pasar en una sola noche. Tanto Renee como mi otra alumna, Linnie, eran bastante más *concretas* en su forma de pensar que la mayoría de personas de su edad y, como S., a veces veían la realidad desde el punto de vista de una tercera persona: «Si mi padre me amara, entonces sí sería la *verdadera* Linnie». La otra paciente joven de mi curso de escritura, B., también sustituía su «yo» por el de una tercera persona en su relato sobre las dos niñas que intercambiaban cuadernos y tenían padres violentos. En cualquier narración, ¿no es el «yo» devenido en «ella» una forma de autoscopia? Al igual que los gemelos de Luria, tanto Renee como Linnie y quizá también B. parecen estar atascadas en un mundo más temprano y poco desarrollado verbalmente, aunque también más visual. ¿No sería razonable especular que nunca accedieron al mundo que algunos pacientes neurológicos perdieron?

Luria se dio cuenta de que la rica vida íntima de S. afectaba a ese umbral, por lo general reconocido como tal, entre fantasía y realidad. Su vida mental era tan plena que a menudo se perdía en ella. Pero S. no sólo recordaba sino que *imaginaba*. Veía el número 1 erguido y el número 3 lúgubre (estoy segura de que este último le parecía un hombre con la cabeza gacha) y eso me recuerda mis propias personificaciones de los objetos que estaban al alcance de mi vista cuando era niña, desde los cereales del desayuno a los zapatos, pasando por palos y piedras. Claro está que yo siempre he creído que la memoria y la imaginación eran dos aspectos de un mismo proceso. Los neurocientíficos saben ahora que cuando recuperamos un recuerdo no nos retrotraemos al suceso original sino, más bien, a la imagen que convocamos a la conciencia la última vez que recordamos el hecho. Durante este proceso los recuerdos mutan. No sólo se guardan, se *consolidan* en la memoria; lo que en realidad hacemos es guardarlos una y otra vez, *reconsolidarlos*. Vuelvo a mencionar aquí mi transferencia inconsciente de un recuerdo de una casa a otra. No fue mi sentido visoespacial el que detectó mi error, porque todavía situó el escenario de mi humillación en aquel *segundo* comedor. No tengo otro lugar mejor donde situarlo. Recurrí a la «verdad» que yacía detrás de aquel asunto de una forma racional porque reconocía la imposibilidad lógica de que la escena que siempre tuve en la mente se desarrollara donde yo la *veía*.

Un amigo me contó una anécdota que le sucedió a su mujer. Era una chica judía que estudió en un instituto católico y que se encontró con un dilema el día de la

ceremonia de su graduación. Era costumbre que después de que cada chica recibiera su diploma besara el anillo del sacerdote que se lo hubiese entregado. J. decidió que no seguiría el ritual por una cuestión de principios y luego contó a su familia y amigos, no sin cierto orgullo, por qué había realizado aquel pequeño, pero significativo, acto de inconformismo. Años después del hecho, J. vio por casualidad una filmación de aquella ceremonia y se quedó de piedra viéndose de jovencita subir al estrado, recoger su diploma e inclinar la cabeza para besar el anillo del sacerdote. J. no cometió el error a sabiendas ni pretendió engañar a nadie. Lo que hizo más bien fue una reordenación inconsciente de imágenes que le sirvió en su momento para una importante restauración de su propia estima. En algún momento del relato, su recuerdo se había reconsolidado. Está claro que su deseo de que el suceso se desarrollara de una forma totalmente distinta a como aconteció formaba parte de dicha transformación. Fue un proceso psicobiológico a través del cual lo real había sido remplazado por lo imaginario. Todo fue una mera ocultación o, mejor, una doble, una «ella» que llevó a cabo los deseos de J. Un fenómeno de división similar a éste podría ser el que los científicos denominan memoria del *observador* y que tiene lugar cuando alguien recuerda el pasado no como una encarnación en primera persona, sino como algo sucedido a un tercero, un doble imaginario que actúa en el escenario de su propia memoria. A menudo me he preguntado cuántos de mis propios recuerdos serán distorsiones o productos de una imaginación tan vívida que han acabado por parecer reales.

Cien años antes de que los neurocientíficos entendieran el fenómeno de la reconsolidación, Freud escribió que el presente colorea el pasado, que los recuerdos no son siempre lo que parecen y no deben considerarse hechos ciertos. Algunos recuerdos pueden ser pantallas que sirvan para ocultar otros. Pero lo crucial es que la gente revisa sus recuerdos con bastante posterioridad a los hechos sucedidos. Freud denominaba esto *Nachträglichkeit*, una palabra bastante difícil de traducir. James Strachey, el traductor de Freud al inglés, la denominó *deferred action* (acción diferida), pero en realidad significaría algo así como «posterioridad».<sup>116</sup> Un recuerdo temprano adopta nuevos significados y suele cambiar mientras la persona va madurando. El hipocampo es una zona vital del cerebro donde se aloja la memoria episódica y también es el lugar relacionado con la memoria espacial.<sup>117</sup> Se desarrolla después del nacimiento, lo que puede servir de explicación fisiológica a la amnesia infantil, al hecho de que nuestros primeros años de vida se pierdan en una nebulosa oscura. Tenemos recuerdos implícitos, no explícitos, de nuestros primeros años y parece más que probable que una experiencia deba haber sido primero consciente para que la memoria la recupere como un recuerdo consciente. Por lo tanto, las personas que dicen recordar el momento de su nacimiento o alguna experiencia importante sucedida durante sus primeros dos años de vida más bien se mueven en el terreno de la fantasía. Mi curiosidad por conocer el papel del lenguaje en la construcción de los recuerdos conscientes me ha llevado a preguntar a la gente sobre sus recuerdos infantiles. Los resultados de mi investigación, que poco

tiene de científica, muestran que aquellas personas que dicen haber comenzado a hablar desde su más temprana infancia son, sin excepción, las que tienen también los recuerdos explícitos más tempranos. Eso sucede con mi propia familia. Mi hermana Asti, que ya construía frases completas antes de cumplir los dos años, recuerda muchas más cosas de su tercer año de vida que el resto de nosotras.

Existe hoy un consenso generalizado de que la memoria es, a la vez, cambiante y creativa. Un estudio realizado sobre personas con lesiones bilaterales en el hipocampo concluyó que los daños afectaban a la memoria de los pacientes y también a su imaginación. Los investigadores pidieron a los afectados que imaginaran lugares y hechos ficticios. Cuando se instó a los sujetos a que imaginaran situaciones nuevas para ellos, por ejemplo, tumbarse en una playa o recorrer un museo, las descripciones de los pacientes con daño cerebral fueron más vagas y pobres comparadas con las escenas vívidas y detalladas del «grupo de control normal». <sup>118</sup> Pero incluso entre la llamada gente «normal» hay una gran variedad de expresiones imaginativas.

Cuando leo una novela la veo y después recuerdo las imágenes que inventé para representarla en mi mente. Algunas de esas imágenes las tomo prestadas de lugares ligados a mi propia vida. Otras, supongo, me vienen sugeridas por películas, ilustraciones de libros o pinturas que he visto con anterioridad. Necesito *situar* a los personajes de la novela en alguna parte. Muchas personas con las que he hablado confirman que también ellas *ven* lo que leen en los libros. Sin embargo, en una ocasión conocí a un poeta y traductor con quien coincidí en una mesa redonda que juraba que nunca imaginaba visualmente lo que leía. Estábamos hablando de Proust y le pregunté: «Si no visualiza el cuarto de Marcel ni a su madre ni al resto de los personajes, ¿qué sucede entonces?». El me respondió: «Visualizo las palabras». Me quedé de piedra. Me pareció una triste manera de leer, pero ¿quién sabe?, quizá la mente de aquel poeta no convertía los símbolos en imágenes, en cuyo caso, ¿por qué alguien que desconocía algo iba a echarlo de menos? Cuando escribo ficción veo a mis personajes moverse, hablar y actuar, y siempre los sitúo en lugares concretos, en habitaciones, casas, edificios y calles que conozco y recuerdo bien. Yo suelo ser alguno de esos personajes. No yo misma, sino encarnando a otra persona, ya sea hombre o mujer, que se proyecta en el mundo mental que habito mientras escribo. La mayoría de las veces no me paro a describir en detalle los interiores y exteriores de esos lugares que me son familiares, pero los necesito para mi labor. Mis ficciones necesitan estar enraizadas como lo están las experiencias que he vivido. Necesito unos *loci*. No pretendo creer que todos los novelistas trabajen de la misma manera. Sin embargo, y para muchas personas, leer constituye una forma habitual de sinestesia. Mediante la lectura transformamos signos abstractos en escenas visuales.

Un talentoso novelista mexicano, M., me dijo que mientras escribía su primera novela comprendió que estaba construyendo una casa, habitación por habitación, y que,

al finalizarla, también la casa estaba terminada. Para M. el acto de escribir tenía unas coordenadas visuales precisas. «Me sobrevino la idea —me decía en un correo electrónico—, de que la novela era como una casa blanca, una casa divertida que albergaba en su interior una segunda que era oscura y siniestra. En el centro de esa segunda casa había un patio y en él había varios perros feroces y un jardinero que estaba esperando la llegada del lector para contarle la historia.» A M. le gusta pedir a otros novelistas que dibujen un mapa de sus propias novelas, algo que no se diferencia mucho de los pequeños mapas narrativos que Laurence Sterne incluyó en su *Tristram Shandy*. Cuando me pidió que hiciera lo propio con una de mis novelas, dudé, pero al poco tiempo su forma visual se plasmó en mi mente y dibujé el mapa con rapidez.

La facultad de la memoria no puede separarse de la imaginación. Van de la mano. En mayor o menor medida, todos inventamos nuestro pasado. Y para la mayoría de nosotros ese pasado está construido de recuerdos coloreados emocionalmente. Los afectos dan sentido a las experiencias o, como dicen algunos filósofos, les otorgan *valor*. Lo que no nos importa, queda en el olvido. De hecho nuestra amnesia ante muchas cosas resulta al final una bendición. S. pasaba momentos horribles intentando expulsar de su atestada mente determinadas imágenes. Su problema era que almacenaba demasiadas. Mi recuerdo de acercarme a mi prima para consolarla se instaló en mi autobiografía por medio de las emociones, en este caso, por la indignidad padecida por aquel «pequeño personaje» tan importante que era *yo*. Aristóteles distinguía dos aspectos en la memoria, el *simulacrum*, la representación visual del recuerdo en la mente, y la *intentio*, su carga emocional. El antiguo filósofo se dio cuenta de que no había recuerdos sin sus correspondientes afectos. Pero cuando yo busco un recuerdo asociado a mis intervenciones ante un público, no lo encuentro. ¿Tendré temor ante algo que permanece oculto para mí?

El neurocientífico Joseph LeDoux ha realizado la mayoría de sus investigaciones en torno al miedo y a los circuitos cerebrales que se activan cuando se somete a una rata a repetidas descargas eléctricas después de activar una señal acústica. El animal asocia rápidamente el sonido con la descarga eléctrica subsiguiente y, una vez aprendida la relación existente, mostrará una reacción de temor; se quedará petrificado cada vez que oiga la señal, incluso si después de ésta no sobreviene una descarga. La rata recuerda que el sonido significa una descarga eléctrica. Sin embargo, si se deja pasar cierto tiempo entre el sonido y la descarga el comportamiento del animal puede variar. Pero la asociación entre estímulos neutros y adversos permanecerá, según LeDoux, durante toda la vida. En este sentido, los seres humanos no somos diferentes de las ratas. Nosotros también podemos aprender a través del miedo. Desde que tuve el accidente, siempre me ha rondado el temor de viajar en coche, cosa que no me sucede en los

aviones ni en los barcos. Es algo irracional. Haber sufrido un accidente de coche no predispone a otro, pero la asociación automóvil-accidente ha quedado establecida y se manifiesta en una tensión corporal, en una ansiedad que me recorre cuando me monto en un coche. Al mismo tiempo, mi temor ha ido disminuyendo poco a poco pues he conseguido inhibirlo razonándolo y porque no me he vuelto a ver involucrada en otra colisión.

Los trabajos de LeDoux recuerdan las famosas investigaciones de Pávlov sobre el condicionamiento del comportamiento de los perros. La diferencia estriba en que, a través de un proceso similar y nuevas técnicas, LeDoux ha conseguido identificar las rutas esenciales por las que transita el temor en el cerebro que incluyen, en particular, una pequeña parte del sistema límbico denominada amígdala, que tiene forma de almendra. Esta parte también tiene un papel importante en la consolidación y reconsolidación de los recuerdos emocionales. En mi opinión, sería absurdo decir que la rata no es consciente del sonido ni de la descarga subsiguiente. La rata está viva, alerta, y es capaz de recordar. Lo que no posee es el elevado grado de autoconciencia de los seres humanos. No cabe duda de que la rata tiene algún tipo de sentido de sí misma, un sentido subliminal de su propio organismo y de su instinto para luchar, jugar, huir, aparearse y comer. Seguro que también es capaz de reconocer al resto de las ratas que la rodean y de distinguirla de sus predadores, pero carece de un narrador en su interior que le relate el desarrollo de sus aventuras en el laboratorio junto a esos gigantes científicos de bata blanca que le sueltan pitidos y la fríen con desagradables descargas eléctricas.

Temblar se parece mucho a una respuesta ante el miedo, una de las «manifestaciones somáticas de la ansiedad». «Temblaba de miedo» es una frase hecha. El fragor del trueno lanzaba a la carrera a *Balder*, el collie que tuve en mi infancia, para esconderse bajo la cama, donde se convertía en un amasijo de nervios bajo su pelaje blanco y negro. Cuando cruzo la calle y un coche aparece de repente en el paso de peatones, siempre me quedo petrificada un par de segundos antes de dar un salto y quitarme de en medio. Pero incluso cuando mi respuesta es inmediata, antes de ser totalmente consciente de la razón de mi temor, siento que mi corazón se acelera y que mis pulmones estallan. El día que empezaron mis convulsiones yo no era consciente de la razón de mi miedo ni percibí ninguna señal de aviso ante lo que se me avecinaba. Empecé a temblar, pero no tenía manera de relacionarlo con *nada*. Quiero hacer hincapié en que, quizá de una forma un poco estúpida, no se me pasó por la mente en aquel momento que aquellos temblores volvieran a sucederme. Estaba convencida de que había sido un hecho aislado que no me volvería a pasar, por tanto vi todo aquello con fascinación más que con preocupación. Hablar en público representa para mí lo que el timbrazo para la rata o el fragor del trueno para *Balder*, y si me sobreviene después algún recuerdo, éste es implícito, no explícito. El temblor en sí no afecta a mi conciencia autorreflexiva superior. Pero *hablar* y *pensar* y permanecer calmada al mismo tiempo sí

la afecta. Para poder seguir hablando a pesar de los temblores, debo usar la parte de mi cerebro que, de hecho, controla el miedo (la corteza prefrontal ventral y medial). LeDoux dice que: «El miedo patológico puede aparecer cuando la amígdala escapa al control de la corteza prefrontal y el tratamiento del miedo patológico puede requerir que el paciente aprenda a incrementar la actividad de la región prefrontal para que la amígdala tenga menos libertad para mostrar miedo».<sup>119</sup> Además, añade que la relación entre la amígdala y la región prefrontal es recíproca, esto es, si una se activa, la otra se inhibe. Pero eso no fue lo que me sucedió a mí. Yo hablaba y temblaba a pesar de que, al final, alguna parte de mí aparentase ser capaz de ahogar el sonido de la alarma que ululaba desde lo más profundo de mi ser. Pero quizá mi sensación de control no fuera más que una ilusión.

En mi caso existen dos sistemas que parecen estar completamente desvinculados desde un principio hasta que el regulador se hace cargo. De todas formas, y como les gusta decir a los científicos, una correlación no constituye una causa. Quizá las dos cosas no tengan nada que ver entre sí. Por eso la razón de mi *primer* temblor sigue siendo un misterio. Esa primera ocasión es significativa porque las redes neuronales son sensibles y, una vez formadas, tienen tendencia a la repetición. Una de las primeras cosas que aprendí de la neurociencia fue la ley de Hebb y puede que la recuerde por su sencilla rima: «Las neuronas que se activan juntas actúan juntas». Cuanto más tiemblo, más probabilidades existen de que vuelva a temblar en el futuro. ¿Podría yo entonces decir que la mujer temblorosa constituye un patrón repetitivo de neuronas que se activan y de hormonas del estrés que se liberan en una respuesta involuntaria que se atenúa poco a poco conforme me tranquilizo y continúo hablando convencida de que no estoy realmente en peligro? ¿Es eso todo lo que hay que decir de esta historia?

En su libro *La búsqueda científica del alma: una revolucionaria hipótesis*, Francis Crick, quien junto a James Watson descubrió el ADN, explicaba por qué había elegido ese título: «Tú, tus alegrías y tristezas, tus recuerdos y tus ambiciones, tu sentido de identidad personal y tu libre albedrío no sois, de hecho, nada más que el comportamiento de un vasto conjunto de células nerviosas y de sus moléculas asociadas».<sup>120</sup> Puede que lo que dice Crick sea verdad, pero en su formulación hay algo que no me cuadra. ¿Habrá alguien que niegue que *La muerte de Iván Ilich* de Tolstói es papel y tinta y que *La tempestad* de Giorgione es lienzo y pintura? Sin embargo, ¿hasta dónde nos llevan esas definiciones a la hora de expresar lo que dichas obras son en realidad? ¿Estoy equivocada al pensar que «un vasto conjunto de células nerviosas» es una descripción inadecuada de *mí* o que dichas palabras son incapaces de responder al problema planteado? ¿Qué me sucedió? ¿Estaré buscando una narración, una fabulación para interpretar una debilidad que no es ni más ni menos que unos impulsos y redes sinópticas? Joseph LeDoux es menos reduccionista que Crick. Reconoce que existen distintos niveles de realidad en los seres humanos. De forma reveladora se pregunta sobre la cuestión que Freud planteó en 1895 mientras trabajaba en su *Proyecto*.

La misma cuestión que se plantearon quienes investigaban la conversión, los dos científicos que tuvieron que traducir al lenguaje moderno la obra de J. Russell Reynolds un siglo después de su famosa conferencia. LeDoux escribe: «El problema es que no está claro cómo los cambios a nivel neuronal se relacionan con los cambios a nivel psicológico».<sup>121</sup> Ése es el problema.

El paciente S. de Luria parecía traducir todas sus experiencias a un formato visual. Yo parezco traducirlo todo a sentimientos y sensaciones corporales. Hace muchos años recibí una carta de una persona que pertenece a una asociación internacional de sinestesia. Había leído mis libros y estaba convencida de que yo la *tenía*. En aquel momento yo sabía muy poco del fenómeno y le escribí respondiendo que no veía los números ni las letras en colores, y ahí quedó todo. Lo que esa persona no me dijo era que había una sinestesia llamada de «tacto-espejo», que se produce cuando alguien experimenta en su propio cuerpo sensaciones táctiles o de dolor sólo con observar a otra persona.<sup>122</sup> Pero esa forma de sinestesia no fue descrita ni identificada hasta el año 2005. Mi madre solía decirme de niña que yo era «demasiado sensible para este mundo». No lo decía como algo negativo, pero durante años atribuí mi hipersensibilidad a un defecto de carácter. Es verdad que desde que tengo memoria he sentido las cosas que les sucedían a las demás personas, desde un mal gesto a una crítica, un golpe o simples cambios de humor, *casi* como si me ocurrieran a mí. Puedo diferenciar entre lo que siento cuando me tocan y lo que siento cuando miro que tocan a otro, pero eso no quita que la sensación exista. Si veo que alguien se tuerce un tobillo, siento ese dolor en el mío propio. Observar a una madre acariciando a su hijo me produce el mismo placer físico que me daría hacer o recibir esa caricia. Si hieren a alguien en una película tengo que cerrar los ojos o salir de la sala. Cuando era niña me pasé la mitad de la serie *Lassie* en el cuarto de baño. Las películas de terror o violentas me resultan intolerables porque *siento* la tortura que sufre la víctima. Mirar o incluso pensar en un cubo de hielo me produce escalofríos. Mi empatía es extrema y, para ser franca, hay veces que mis sentimientos alcanzan tal intensidad que necesito protegerme de una exposición excesiva a ciertos estímulos, si no acabo completamente tensa y con dolores en todo el cuerpo. Parece ser que esto es típico de la gente que tiene sinestesia de tacto-espejo.

También manifiesto una fuerte respuesta frente a los colores y la luz. Por ejemplo, durante un viaje a Islandia iba en un autobús mirando por la ventana el extraordinario paisaje desprovisto de árboles y entonces pasamos junto a un lago que tenía un color inusual. El agua era verde azulada pero de una palidez glacial. El color me provocó una violenta impresión, como si me golpearan. El escalofrío me recorrió el cuerpo entero y de pronto me vi resistiéndome a aquel color, cerrando los ojos y

agitando las manos en un intento de quitarme de encima aquella tonalidad intolerable. Una señora que iba sentada a mi lado me preguntó qué me pasaba. «No puedo soportar ese color —le contesté—, me hace daño.» Como era de esperar, se quedó perpleja. La mayoría de la gente no se siente atacada por los colores. Hay muchas luces que provocan en mí emociones distintas: el bálsamo del sol vespertino entrando por la ventana, la irritante luz tenue de las farolas, la crueldad de la fluorescencia. Luria recoge una frase de S. que decía: «Si voy en tranvía, siento en los dientes cómo rechina...».<sup>123</sup> Yo también suelo sentir los ruidos en mis dientes. Un sonido puede hacer que me duelan, me rechinen o me zumben hasta la encía misma. Quizá es algo normal. No lo sé. Si miro demasiados cuadros (y me encanta la pintura) acabo mareada y con náuseas. Esta dolencia también tiene un nombre: síndrome de Stendhal. Pero en mí, al menos, está relacionado con la migraña y puede acabar en un auténtico dolor de cabeza.

Alguien podría preguntarse por qué se ha identificado hace tan poco tiempo esta afección o, mejor dicho, esta condición del ser. La respuesta se halla en las neuronas espejo. Una de las teorías apunta a que dichas neuronas muestran una hiperactividad en personas, por ejemplo, como yo. Sin el descubrimiento de Gallese, Rizzolatti y sus colegas y de las investigaciones subsiguientes, mi tipo de sinestesia hubiera permanecido desconocida para el mundo de la ciencia, como si fuera un estado *psicológico* sin ningún concomitante orgánico. Los neurobiólogos la mirarían con escepticismo (como hicieron con todas las formas de sinestesia hasta que quedó claro que podía considerarse una función de los procesos neuronales y genéticos) o simplemente la habrían ignorado por ser algo incomprensible. Es imposible hacer un estudio si no existe una hipótesis verosímil desde el punto de vista biológico. Sin duda, también influyó la decadencia del conductismo en psicología. De repente los estados subjetivos se han convertido en un tema de estudio, al menos en algunos círculos. Los filósofos analíticos angloamericanos que publican en *Journal of Consciousness Studies* debaten hasta la saciedad el problema de los *qualia*: la experiencia personal y extraordinaria que cada sujeto tiene del mundo, que (según algunas opiniones) no puede reducirse a una descripción generada por los circuitos neuronales activados ni a un mero «procesamiento de información». Hay muchos científicos que desde diferentes campos están en desacuerdo con la formulación reduccionista de que «somos un conjunto de células nerviosas».

Mucha gente siente un gran alivio al descubrir que una característica que les había acompañado toda la vida tiene un nombre, pertenece a una legítima categoría científica y es parte de una taxonomía importante de enfermedades y síndromes. En *Blue Cats and Chartreuse Kittens*, Patricia Lynne Duffy describe la felicidad que experimentó en 1975 cuando encontró un artículo en la revista *Psychology Today* en el que se describía la sinestesia cromática que ella sufría. «Lo leí con los ojos como platos, sorprendida al descubrir que mis extrañas “visiones” formaban parte de un esquema documentado de percepción, con un largo historial detrás e incluso un lugar dentro de

la literatura científica.»<sup>124</sup>La sinestesia de tacto-espejo es un fenómeno descrito y acuñado recientemente y, se supone, raro de encontrar. Yo tengo la impresión de que, ahora que ha sido diagnosticado de forma oficial, empezaremos a aparecer montones de personas que presentamos esos mismos síntomas y que superaremos con creces los casos que habían presupuesto los investigadores. Después de todo, el meollo de esta afección radica en la empatía, y la empatía es variable en los seres humanos: va desde la participación activa de los sentimientos de los demás hasta la completa indiferencia. Las personas con autismo tienen grandes dificultades para imaginar cómo funciona la mente de los demás. Sin embargo, los psicópatas pueden llegar a interpretar con increíble brillantez lo que otros piensan con el fin de manipularlos, pero es obvio que carecen de toda empatía con sus congéneres. De igual modo, las personas que han sufrido un daño en el lóbulo frontal del cerebro se vuelven frías y cambian radicalmente de forma de ser, como quedó demostrado con el famoso caso neurológico de Phineas Gage, capitán de una cuadrilla de trabajadores del ferrocarril que sobrevivió a un accidente atroz. Una barra de acero le atravesó el lóbulo frontal y no sólo tuvo la fortuna de salvar la vida sino que pareció recuperarse de forma milagrosa. Sin embargo, sufrió un cambio en su personalidad. Antaño una persona responsable y afable, Gage ya no era capaz de planear nada de antemano. Se tomó voluble, raro y manifestaba una total indiferencia hacia los demás. Su sentido de la culpa y su empatía desaparecieron por completo junto con la parte del cerebro perdida en el accidente.

A pesar de la novedad de la sinestesia de tacto-espejo, la neurología y la psicología ya habían empezado a estudiar un fenómeno llamado *transitivismo*, término acuñado por Carl Wernicke en 1900. El psiquiatra lo definió como una proyección de nuestros propios síntomas a un doble con el fin de salvaguardarnos de ellos.<sup>125</sup>El *doppelgänger* se hace cargo del sufrimiento por nosotros o actúa según nuestra voluntad, como sucedía con el «otro» del paciente llamado S. En psiquiatría todavía se sigue utilizando el término para describir un estado en el que los pacientes (por lo general, psicóticos) se confunden a sí mismos con otra persona. El umbral entre el «yo» y el «tú» se desdibuja o desaparece por completo. Charlotte Buhler, una psicóloga infantil nacida en Viena en 1893, observó que el transitivismo es muy común entre los niños pequeños. Lacan cita a Buhler en su famosa conferencia sobre la fase del espejo de 1949, pero el fenómeno es algo que resulta familiar para cualquier padre que haya presenciado la siguiente escena en un parque infantil: un niño de menos de dos años de edad se cae y rompe a llorar. Otro niño de edad similar que está jugando en las inmediaciones lo ve y también se echa a llorar. Uno de ellos se ha lastimado al caer, el otro no, pero ambos berrean desconsoladamente. Ésa es la confusión de fronteras propia del transitivismo.

K. Hitomi, un neuropsiquiatra de Osaka, Japón, escribe sobre dos pacientes esquizofrénicos en su artículo «El sujeto de transición en dos casos de psicoterapia de la esquizofrenia».<sup>126</sup> Su primera paciente era una mujer de treinta y pocos años que cayó enferma durante la adolescencia y no respondía a los medicamentos. El médico llevó a la consulta una muñeca a la que la paciente llamó T. Pronto quedó claro que T. servía como un objeto externo o un doble para la mujer. En una ocasión en que la paciente lloraba sin poder parar, el doctor le preguntó: «¿Quién está llorando?». La paciente contestó: «Yo». «¿Y T. qué hace?», preguntó Hitomi. «Ah, puede que T. también lllore de vez en cuando», respondió ella. A continuación Hitomi señala: «La paciente parpadeó un par de veces, confundida, y después gritó “Uy, T. ha empezado a llorar”. A partir de ahí la paciente ya no lloró más». Con el transcurso del tiempo T. fue adquiriendo más funciones. La *doppelgänger* se quedaba despierta de guardia toda la noche para proteger a la paciente de agresores imaginarios y así pudiera dormir tranquila. Si la muñeca se caía al suelo, su álter ego gritaba «¡Ay!». Más adelante T. participaría de la regresión de la paciente a un estadio infantil del que luego se recuperó bastante mejorada.

El segundo paciente se convirtió en el reflejo de su terapeuta. Después de observar cómo el médico se acomodaba la corbata, el paciente anunció: «Soy un espejo». A partir de ahí dedicó todas las sesiones a dibujar a su psicoterapeuta, prestando especial atención a las corbatas del médico. Con el paso de los meses los bocetos empezaron a cambiar y a parecerse cada vez más al paciente, hasta acabar siendo un autorretrato en lugar de la imagen del otro.<sup>127</sup> Ninguna de estas historias sorprenden a los psicoterapeutas ni a nadie que haya pasado una temporada en una clínica psiquiátrica. Son historias de un mundo *Intermedio*.

El término «sujeto de transición» usado por Hitomi hace referencia al «objeto de transición» de Winnicott. Según éste, los fenómenos de transición designan «la zona intermedia» de la experiencia humana.<sup>128</sup> Fue Winnicott quien interpretó y puso nombre a la necesidad, tan común en los niños, de aferrarse a una mantita, un osito de peluche, un chupete, a chuparse el pulgar o a oír la misma canción todas las noches antes de dormir. También se dio cuenta de que para un niño el objeto de transición simboliza algo más (la presencia, el cuerpo o el pecho de la madre) y que es muy importante que ese objeto sea una cosa *real* que exista *entre* ellos. La muñeca de la primera paciente no era tanto un objeto como un sujeto alternativo en el cual ella podía proyectar su fragilidad y sentirse protegida al mismo tiempo. A medida que la terapia progresaba, el papel de la muñeca fue perdiendo importancia y la paciente comenzó a interactuar directamente con el doctor, que se metamorfoseó en su madre. Por otro lado, el segundo paciente se transformó en el reflejo de su terapeuta con el fin de encontrar su propia imagen en el espejo. Se apropió durante un tiempo de la estabilidad de su médico.

Me interesa que hubiera centrado su atención en la corbata puesto que por encima de ésta se encuentra la cara, el *locus* de las interacciones íntimas y la parte del

cuerpo más importante para el reconocimiento o la identificación (dos procesos bien diferenciados). *Yo te conozco. Tú eres Fred.* (Muchas veces me pregunto si podría identificar las manos y los pies de la gente que conozco. Tendría que conocerlos muy bien.) A menos que seamos muy tímidos, solemos mirar a las personas a la cara cuando hablamos, en especial a los ojos, porque es allí donde sentimos que conectamos con el otro. No es fácil medir o cuantificar lo que sucede entre dos personas durante una conversación, por más normal que ésta sea. Entre los dos interlocutores pasan muchas cosas que no se expresan con palabras. Estamos siempre leyendo los rostros y hay muchas reflexiones, proyecciones, transferencias e identificaciones que se dan a diferentes niveles de nuestra conciencia.

En el primero de los ejemplos de Hitomi, la paciente y el terapeuta usan una muñeca como objeto de transición entre ellos para jugar con aspectos de la identidad rota de la paciente. En el segundo ejemplo, el paciente usaba al terapeuta como un espejo que acabaría devolviéndole su propia imagen. En ambos casos la duplicidad sirvió de camino hacia la curación. La alienación en otro objeto representativo (la muñeca) u otra persona (el terapeuta) ayudó a que recuperaran el «yo».

La última semana que pasé con mi padre antes de que muriera, mi madre y yo seguíamos una rutina. Solíamos ir a visitarle por la tarde porque era la hora del día en la que tenía más fuerzas para hablar. Nos íbamos al anochecer, después de que mi madre le ayudara con los preparativos para acostarse (lavarse los dientes, hidratar su piel reseca y acomodarle las almohadas, sábanas y mantas a su gusto). Después mi madre y yo le deseábamos buenas noches, volvíamos a casa y nos íbamos a dormir temprano. Creo que estábamos emocionalmente exhaustas, aunque casi nunca hablamos de ello. En una de esas últimas noches, me acurruqué en la camita corta y estrecha en la que había dormido cuando era niña y me tapé con las mantas. Estando allí tumbada, pensé en mi padre y sentí los tubos de su respirador en mi nariz, la incomodidad que le causaban, la pesadez de su pierna coja, de la que le habían extraído un tumor años atrás, la presión en los pulmones, y, de repente, sentí el pánico y la impotencia de no poder moverme de aquella cama por mí misma y de tener que llamar a alguien para que me ayudara. No sé cuánto tiempo duró aquello, quizá sólo unos minutos, pero todo ese rato *yo fui mi padre*. La sensación fue horrible y abrumadora. Sentí la proximidad de la muerte, su tirón inexorable, y tuve que hacer un gran esfuerzo para regresar a mi propio cuerpo y encontrarme otra vez conmigo misma.

Le conté mi metamorfosis nocturna a mi madre y me dijo: «Eso nunca me ha sucedido a mí». Por supuesto que ella llevaba años cuidando a mi padre desde que empeoró su enfisema, y si hubiera sido alguien proclive a tales transformaciones, no le

hubiéramos permitido continuar con esa tarea. Por aquel entonces mi padre me había dado permiso para usar extractos de sus memorias en la novela que yo estaba escribiendo. Cuando murió, yo seguía trabajando en el libro que era, en parte, una versión imaginaria de su vida. Yo había repasado sus memorias una y otra vez. Había leído las cartas que les había escrito a sus padres cuando sirvió como soldado en el Pacífico durante la Segunda Guerra Mundial y, a manera de ejercicio, yo misma había copiado aquellas cartas a máquina para sentir las como propias. Escribirlas una vez más hacía que sus palabras adquirieran una realidad física más allá de la simple experiencia de leerlas. Mis dedos también pueden oír. Me llevó cuatro años y medio escribir el libro. Para redactar el discurso que pronunciaría en el homenaje a mi padre tuve que hacer un alto en mi novela, que ya estaba casi terminada. En ese momento tuve la misma poderosa sensación que acabo de contar: mientras planificaba la charla y hacía apuntes en mis fichas, sentía la voz de mi padre. No puedo saberlo en realidad, pero sospecho que cuando abrí la boca para hablar aquel día en mi pueblo natal de Northfield, la fuerte identificación que siempre he tenido con mi padre se hizo aún más intensa. Las palabras del texto que había escrito no parecían pertenecer ni a mi padre ni a mí, procedían de una tierra de nadie situada entre ambos. Uno de los temas dominantes de la novela que estaba escribiendo era el de la memoria traumática. En muchos pasajes del libro tomé prestadas las palabras de mi padre, por ejemplo, cuando relata el asesinato de un oficial japonés y otros momentos en los que registra sus recuerdos recurrentes del mismo hecho, en particular la ocasión en la que mi padre acabó temblando de pies a cabeza mientras escuchaba un himno religioso en la capilla de la Universidad St. Olaf, no lejos de donde me encontraba la tarde en que me invadieron los temblores y creí que acabaría por desplomarme al suelo.

Aquí tenemos una historia. ¿Es una historia real? Tengo la sensación de estar dando vueltas alrededor de una verdad emocional. *Todavía me resulta curioso que los casos clínicos que describo puedan leerse como relatos cortos.* Freud escuchaba relatos. Existen unos hechos dados y nosotros los presentamos dentro de un tejido narrativo que les da cierto sentido. En su famoso ensayo «Duelo y melancolía», Freud distingue dos formas de dolor tras una muerte. Sostiene que la persona que está de duelo ha sufrido una pérdida consciente y el mundo exterior es el que se torna gris y carente de sentido durante el periodo en que se llora la pérdida del ser querido. Sin embargo, en el caso de la melancolía, la persona afligida lo que manifiesta es un gran conflicto debido a una identificación con la persona fallecida a distintos niveles, algunos de los cuales son inconscientes, y la pérdida deviene en algo interno, no externo, en una herida psíquica.<sup>129</sup> Al volver a leer el ensayo me dije para mis adentros: «Sí, aquí hay algo cierto». Sin embargo, yo no padezco esa sensación de insignificancia que Freud atribuye a los melancólicos ni me hago continuos e hirientes reproches a mí misma ni me siento profundamente desgraciada. No estoy deprimida. Sin embargo, en mi duelo tengo la vaga sensación de estar nadando entre dos aguas, de que una parte de mí está poseída

por un ser amado, una compleja ambivalencia que posee una gran carga emocional que soy incapaz de expresar con palabras.

Mi día: El párrafo anterior fue lo último que escribí un martes por la mañana tras unas pocas horas de trabajo y después salí a toda prisa pues había quedado para almorzar con un querido amigo que es psiquiatra y psicoanalista. Entre otras cosas hablamos de la necesidad de encontrar un analista para que yo acudiera a terapia. Por fin había decidido dar el salto y G. dijo que conocía a alguien para recomendarme. Me sentí muy aliviada. Después de almorzar, impartí mis dos clases de escritura creativa en el hospital, como de costumbre. En la primera, dirigida a pacientes adolescentes, tuve una sola alumna, una chica de dieciséis años muy sensible, seria y entusiasta escritora. La llamaré D. Como punto de partida trabajamos sobre una palabra. En la clase que doy a los alumnos adultos les planteo una tarea diferente: suelo pedirles que escriban sobre un texto que les proporcione con anterioridad, por lo general un poema. Pero me he dado cuenta de que los adolescentes responden mejor si se les propone trabajar a partir de una sola palabra, una palabra emotiva. Elegí la palabra *miedo*. D. escribió sobre su miedo a las escaleras mecánicas, que ya había logrado superar. Yo escribí sobre mi miedo a ir en coche, que estoy empezando a superar poco a poco. Después le pregunté si quería escribir sobre algún otro sentimiento y respondió «la tristeza». En su texto escribió que se hacía cortes en la piel. Cuando D. está triste, se siente sola, le exigen mucho en el colegio o suspende los exámenes, se hace cortes en el cuerpo. La tristeza va acompañada de autolesiones. En la clase para adultos leímos y después escribimos sobre unos poemas de Theodore Roethke. Luego paseé un poco por la ciudad antes de participar en un acto que organizó el Pen Club en la Cooper Union para apoyar la causa de los monjes de Birmania a favor de la democracia. Me tomé mi propranolol y leí un texto corto escrito por Zargana, un famoso cómico birmano, en el que describía el brutal interrogatorio al que fue sometido por las autoridades de su país la primera vez que lo arrestaron en 1988. Ahora está en la cárcel por increpar al gobierno militar tras el devastador ciclón *Nargis*. (No temblé.)

Mi sueño de esa noche: deambulo por pasillos y habitaciones y voy a dar a una especie de laboratorio, un cuarto pequeño y aséptico. Hay un médico con bata blanca. Me dice que tengo cáncer. El número 3 aparece como parte de su diagnóstico. Tengo un cáncer que no se puede operar. Me voy a morir. Me dice que no puede hacer nada para evitarlo. Me alejo muy despacio del médico y en ese momento noto con toda claridad los tumores que tengo bajo la piel, en cuello y garganta, unas protuberancias que se mueven cuando las presiono con los dedos y que me confirman mi estado terminal. De

repente me encuentro en el asiento de un coche en marcha, sentada detrás de un monje budista vestido con una túnica color azafrán. «Bueno —pienso—, siempre supe que el libro que estaba escribiendo no sería muy largo, pero ahora voy a tener que acortarlo aún más. Tendré que terminarlo antes de lo previsto. Me estoy muriendo. Será el *último* libro que escriba.» Siento una enorme tristeza (aunque no la desesperación que sentiría si estuviera despierta), una tristeza profunda e indescriptible. En ese momento me despierto.

Como suele suceder con muchos sueños, aquél me trastocó el día, convirtiéndolo en una curiosa parábola, breve pero densa. Incluso antes de levantarme de la cama, ya me había dado cuenta de que los tumores de mi sueño estaban relacionados con el tumor maligno que los médicos le extirparon a mi padre del muslo y que le dejaría la pierna inutilizada (la misma pierna que había sentido con tanta intensidad los minutos que estuve tumbada en mi cama de la infancia y experimenté una total identificación con mi padre). El hecho de que los tumores cancerígenos formaran bultos en mi cuello me recordó al paciente esquizofrénico de Hitomi que al principio dibujaba las corbatas de su analista, luego pasó a dibujar la cara del médico y acabó haciendo sólo autorretratos. El sueño me acompañó durante toda la jornada en el hospital, ese día a la semana que suelo dedicar a ver psiquiatras con bata blanca ir de acá para allá por las salas. Aquel martes en particular, G. me había sugerido durante el almuerzo el nombre de una psicoterapeuta para mí y apenas unas horas antes yo había escrito sobre la importancia del rostro a la hora de reconocer e identificar a los demás. Pero también es a partir del cuello donde empieza la mujer temblorosa. Un cuello enfermo es la imagen onírica perfecta para mis síntomas: *Podía reconocerme de cuello para arriba, pero de cuello para abajo mi cuerpo era un ser convulso e ignoto.*

¿No es el cuello el lugar donde termina la cabeza y empieza el cuerpo? ¿Y no es el enigma cuerpo/mente, ambiguo donde los haya, el tema de este libro, el mismo libro que escribo ahora, el mismo que estaba escribiendo en el sueño y que tenía que apresurarme a terminar? Las memorias de mi padre fueron *su último libro*. El número 3 se cierne sobre el diagnóstico como un número lúgubre y recuerda al paciente S. de Luria, que también es un personaje de este libro, el señor Sinestesia, el hombre de la memoria visual por excelencia, la persona cuya última inicial es igual a la primera mía. El coche es un vehículo que me atemoriza. Había escrito sobre los coches ese mismo día en la clase del hospital. También esa tarde estuve sentada detrás de un monje budista que había sido uno de los líderes de las manifestaciones de mayo de 2008 contra el gobierno birmano y por eso en mi sueño aparecía un personaje como él sentado delante de mí en el coche. En la Cooper Union nos habían proyectado un documental en el que se veía a unos manifestantes huyendo de los disparos que la policía efectuaba contra

ellos e imágenes de gente ensangrentada por las calles de Rangún. Yo leí el texto que me habían asignado. Casi al final del mismo, Zargana dice: «Pero nosotros no podíamos hacer nada...». En mi sueño el médico dice: «No se puede hacer nada para evitarlo». La tristeza que siento en mi sueño se conecta con la tristeza de D., con los cortes que ella se hacía en el cuerpo y con los que yo tendría que hacerle a mi libro para *acortado*. Quizá todo ello sea un símbolo lingüístico para acortar las distancias entre mi padre y yo y entre los últimos libros de ambos. También pudiera ser el símbolo de la unión en una sola voz, mi voz dentro de una garganta enferma y tumorosa, y la voz de mi padre, ahora callada para siempre. El símbolo de mis discursos y mis esfuerzos para hablar mientras temblaba y el síntoma (mi cojera o mi renquera) que en el sueño se torna una enfermedad terminal, igual que la enfermedad terminal de mi padre, que no estaba localizada en su pierna sino en sus pulmones, y que le desgarró la voz hasta sumirla en un silencio terrible y tembloroso: había enmudecido.<sup>130</sup> La última vez que hablé con mi padre por teléfono, él ya era incapaz de articular palabra. La identificación puede convertirse en una herida psíquica. Y, para terminar, el sueño también alude a uno de los poemas de Theodore Roethke que yo les había leído durante mi clase a los pacientes adultos del Hospital Payne Whitney. Titulado «Silencio», el poema acaba diciendo:

*Si alguna vez procurara un alivio*

*a este monótono dolor*

*los tensos nervios que me llegan a la garganta*

*no tolerarían ni un solo quiebro en mi voz:*

*eso que hace temblar mi cráneo sin remedio*

*no habrá de llegar jamás a oído alguno.<sup>131</sup>*

En *La interpretación de los sueños*, Freud escribe: «Ya he tenido ocasión de señalar que, de hecho, resulta imposible estar seguro de haber realizado una interpretación exhaustiva de un sueño. Incluso si se llega a una solución que parece satisfactoria y sin fisuras, sigue abierta la posibilidad de que el sueño pueda tener otro significado».<sup>132</sup> El significado es algo que descubrimos y elaboramos. Nunca es algo definitivo, pues siempre existen lagunas. No hay un consenso entre los científicos acerca de por qué dormimos y soñamos. Nadie lo sabe con certeza. Los investigadores del sueño están de acuerdo en lo que Freud llamaba *Tagereste*, que podría traducirse como «los residuos del día» y que aflora en nuestros sueños. Muchos, no todos, están de acuerdo en que los sueños son a menudo más emocionales que lo que nos sucede despiertos. Se sabe que las zonas ejecutivas de nuestro cerebro, las que inhiben nuestras acciones cuando estamos despiertos (la corteza dorsolateral prefrontal), están mayoritariamente en

descanso mientras dormimos y soñamos. Desde hace tiempo algunos científicos barajan la posibilidad de que dormir ayuda a solidificar los recuerdos, pero hay otros que discrepan. No existe un consenso sobre si los sueños *significan* algo. Los científicos se hallan divididos ante cuáles son, con exactitud, las zonas del cerebro que permanecen activas y cuáles inactivas durante el sueño y a la hora de interpretar dicha actividad a menudo lo hacen de diferentes maneras. En contra de la ortodoxia del pasado, hoy se sabe que hay sueños REM y sueños no-REM. Ya no se sostiene que exista una asociación directa entre el movimiento rápido de nuestros ojos mientras dormimos y los sueños. Bastantes investigadores afirman que los sueños son una especie de descarga caótica, un basurero nocturno que no precisa de las funciones superiores del cerebro, y que, por su propia naturaleza, no pueden contener ni visualizar ideas complejas. Entre los más prominentes investigadores de los sueños se encuentra Allan Hobson, un furibundo antifreudiano que propuso la teoría de la activación-síntesis. Esta teoría sostiene que el tegmento pontino, que forma parte del cerebro primitivo según la teoría de la evolución, es fundamental a la hora de soñar. Hobson y su colega Robert McCarley dicen que los sueños «no tienen un contenido primario ideacional ni volitivo ni emocional».<sup>133</sup> Hobson ha insistido en que el argumento de los sueños no tiene coherencia ni implica una conciencia de autorreflexión. En uno de sus experimentos, tomó un documento que recogía los relatos de diversos sueños y desordenó sus páginas para después pedir a distintas personas que volvieran a ordenarlas, labor que se mostró bastante ardua.<sup>134</sup>

Si uso mi propio sueño como ejemplo tendría que preguntarme si el diagnóstico de mi cáncer que realizó el médico debía anteceder o no a mis cavilaciones dentro del coche después de dicho diagnóstico. ¿No es ésa una manera lógica de contar una historia? ¿No creó mi mente onírica un orden narrativo de cómo me llegó la noticia de mi cáncer seguida de mi desolación al recibirla? Aunque yo no sabía que estaba soñando, ¿no presenta mi ser onírico una forma de conciencia autorreflexiva? ¿No meditó ese ser onírico sobre aquellos últimos libros y el final de la vida? ¿No presenta el sueño unas ideas condensadas y un contenido emocional primario? ¿Seré yo una soñadora única y sin precedente en la historia de la humanidad? Lo dudo. Éste es uno de esos casos en los que la teoría deja de lado las experiencias que la contradicen.

Antti Revonsuo trata este asunto en su artículo «La reinterpretación de los sueños: una hipótesis evolucionista de la función de los sueños» y hace con su título un guiño a Freud. A diferencia de otros investigadores, Revonsuo cita «las abrumadoras evidencias» de que el contenido de los sueños refleja «los problemas emocionales del soñador».<sup>135</sup> Mi sueño parece ser una poderosa demostración de esa verdad. Para poder desarrollar el argumento evolucionista de que soñar es una de las funciones primitivas del cerebro, es decir, que nuestros sueños contradictorios son una especie de campo de entrenamiento de la mente con el fin de prepararnos para encarar peligros y amenazas, el autor sostiene: «Por tanto, la razón principal por la que no soñamos que escribimos,

leemos o hacemos cálculos matemáticos probablemente radique en que éstos son referentes culturales recién llegados que todavía necesitan ser incrustados en nuestra arquitectura cognitiva». <sup>136</sup> Siguiendo la hipótesis de Revonsuo, yo soy una criatura más evolucionada que la mayoría de los seres humanos porque *sueño sin cesar que leo y escribo*. Por mucho que me halague la idea de verme en la cúspide de la escala evolutiva, me parece que resulta, cuando menos, dudosa. En mis sueños han jugado un papel importante escribir en el ordenador, leer libros, encontrar cartas u otros documentos, además de escuchar palabras significativas y en apariencia reveladoras. Dejando de lado lo que pueda pensarse sobre mis facultades a la hora de interpretar los sueños, el referido a mi cáncer me sirvió de respuesta a la lectura que ese mismo día acababa de hacer de «Silencio» de Roethke. Hasta que no volví a leer el poema *después* del sueño no me di cuenta de la sorprendente relevancia que tenían para mí sus palabras. No sólo *alivio, dolor* o *garganta*, también *temblar*. Sin el menor conocimiento de la profesora totalmente despabilada que estaba dando clase, otra parte de mí se apoderó del lenguaje del poeta y lo hizo reaparecer en mi sueño.

Lo que escribo y leo a diario se trasmuta a menudo en un lenguaje o en una lógica onírica mientras duermo. Un amigo mío llamado R., un físico que investiga la percepción en el área de la neurociencia, me contó un sueño mientras almorzábamos. Le pedí que volviera a contármelo por escrito y me lo enviara por correo electrónico. Éste es su relato:

Durante varios días estuve trabajando en unos complicados cálculos algebraicos que me llevaron muchas páginas de operaciones complejas para solucionar una ecuación en la que las dos incógnitas principales jugaban un papel simétrico. Yo las denominé  $x$  y  $x$  prima. El problema se me resistía y cada vez que creía estar cerca de la solución, los cálculos se me venían abajo. Una noche soñé que *veía* a dos hermanos gemelos. Ambos eran groseros, desagradables y agresivos y procedían de un país lejano. Me di cuenta de que, además de ser los sujetos del sueño, personificaban a  $x$  y a  $x$  prima. Recuerdo con claridad la impresión que tuve durante el sueño de que ellos eran las incógnitas de mi ecuación y de que mostraban un antagonismo manifiesto a mi voluntad. Al principio se comportaron de un modo contenido que pronto se volvió errático. A lo largo del sueño, según recuerdo, ambos se fueron desdibujando como personificaciones de  $x$  y  $x$  prima para hacerse más humanos.

Como puedes ver, no es que en el sueño me viera calculando concretamente la ecuación, pero sus incógnitas habían adquirido forma humana y aunque no pudiera manipularlas con ayuda del álgebra, mantenían su personalidad esquivada como les sucedía en mis cálculos.

En varias ocasiones me he despertado (por la mañana o en mitad de la noche) y me he levantado para resolver un problema matemático como si antes hubiera estado haciendo los cálculos durante el sueño. Una vez levantado, resolvía los cálculos de un tirón, todos ellos frescos en mi mente.

El sueño de R., con sus gemelos protagonistas, se parece mucho al mundo despierto de S., con sus números que tienen los pies hinchados o distintos temperamentos, desde animosos a lúgubres. S. vivía un sueño permanente de imágenes y personificaciones concretas. Como si la maquinaria de sus ensoñaciones no se

detuviera nunca. Después de dormir por la noche, R. se levantaba a veces para resolver un problema matemático al igual que yo me he levantado a menudo para salir de un *impasse* en la escritura de un libro cuya resolución parecía haberme venido dada durante el sueño. No cabe duda de que tanto R. como yo estamos profundamente ligados a nuestros trabajos y eso los hace claros protagonistas de nuestros sueños. Por lo menos he conseguido desenterrar dos ejemplos de personas cuyos sueños recogen la elaboración de textos y fórmulas matemáticas. Podría decirse que R. y yo seguimos trabajando mientras dormimos.

Pero ¿quién es el soñador en el sueño? ¿El yo que habla, camina y recorre la ciudad por la noche en automóvil? ¿Es el yo que se mueve a la luz del día? ¿Es otro yo? ¿Tiene algo útil que decirme ese alucinante ser nocturno? Los sueños forman parte de nuestra conciencia, pero no de nuestra conciencia lúcida. Los estímulos continuos que nos bombardean durante el día ya no operan durante la noche y la mente elabora su propio material alucinatorio, en parte como compensación de lo que ha desaparecido a lo largo del día. En los sueños las transiciones suelen ser violentas; desconozco, por ejemplo, cómo me subí al coche con aquel monje. Las leyes físicas no son de aplicación en ese mundo paralelo y los sueños son menos abstractos que los pensamientos que tenemos estando despiertos: el trabajo de la jornada, las incógnitas  $x$  y  $x$  prima, se transforman en hermanos agresivos durante la noche. Los tumores en el cuello son la condensación sucinta de mis preocupaciones en una sola imagen nocturna. Sin embargo, ¿estaré equivocada? ¿Habrá de verdad algo revelador en los sueños? ¿No será mi interpretación de un sueño producto del capricho de mi cerebro izquierdo, que construye un relato a partir de simples fragmentos? No, yo no lo creo. Para mí soñar es *otra forma de pensar*, más concreta, más económica, más visual y, a veces, más emocional que los pensamientos del día y, sin embargo, no deja de ser también un *repensar* el día. Incluso si en mis sueños he cambiado de sexo, me ha crecido pelo por todo el cuerpo o estoy volando por los aires, el pronombre en primera persona me pertenece. Pertenece a mi yo que sueña.

Mi intuición de que los sueños no son un montón de tonterías (basada en mis propias experiencias nocturnas) cuenta, además, con el apoyo de diversos científicos. Tras estudiar el caso de personas con lesiones neurológicas que les alteran las estructuras de los sueños, Mark Solms discute la idea de que los sueños son meros residuos mentales. Dice lo siguiente: «Parece ser que *los mecanismos específicos de la parte frontal del cerebro intervienen en la creación de las imágenes oníricas y que esas imágenes se construyen activamente mediante complejos procesos cognitivos*».<sup>137</sup> En otras palabras, algunas funciones superiores del cerebro se activan durante el sueño. Las disputas intelectuales sobre este asunto siguen vigentes con importantes partidarios en ambos bandos. En el año 2006 Hobson y Solms organizaron un debate público en Tucson patrocinado por el Centro de Estudios de la Conciencia. El tema a debate fue la teoría de los sueños de Freud. Solms intervino a favor y Hobson en contra. Aunque Hobson ha modificado su

anterior postura defendiendo que los sueños carecen de significado y que no contienen símbolos, en esa ocasión perdió el debate ante Solms (se realizó una votación en la que el público asistente votó a este último por un amplio margen).<sup>138</sup> Yo sigo fascinada ante el hecho de que Freud continúe siendo tan controvertido y que la discusión de sus ideas acarree todavía tanta carga emocional. Desde mi punto de vista doy por sentado que Freud tenía razón en algunos aspectos de la mente, pero también estaba equivocado en otros. ¿Por qué nos empeñamos en abrazar o rechazar una teoría en su totalidad?

Hasta donde sé, la idea de que los sueños tienen tanto estructura como contenido ha ido tomando cuerpo entre los investigadores. De cualquier forma, mi propia vida interior se vio afectada por aquel sueño que tuve, con sus componentes extraños pero concisos. Sobre todo es probable que el sueño me dejara un rastro emocional que refleja de veras mis preocupaciones. Si mañana descubriera que tengo un cáncer inoperable no sólo estaría triste, estaría aterrada, devastada y me rebelaría contra la idea. En el sueño sólo me sentía triste, extrañamente serena, resignada y capaz de meditar con sosiego sobre mi penuria. En otras palabras, aquel sueño no giraba en torno a mi muerte sino alrededor de mi relación con otra muerte, una muerte que parezco llevar sobre mis espaldas, día tras día, como una enfermedad. Puede que esté equivocada, pero tengo la sensación de que nunca he estado más cerca de la mujer temblorosa que en aquel sueño.

Estas cuestiones nos vuelven a llevar al problema de la experiencia subjetiva. Los sueños usan el lenguaje y las imágenes de nuestra vida durante la vigilia, pero sus significados tienen un tinte personal. Como la mayoría de los psicoanalistas actuales, yo no creo que exista una simbología universal para interpretar los sueños, que una escalera signifique una cosa y las cometas o los árboles, otra. Los sueños son relatos creados por y para el que los sueña y cada soñador tiene sus propios nudos que desatar y puertas que abrir. Si yo no llego a descifrar mi sueño a través de los acontecimientos de aquel día y de las emociones que albergo en el presente, su contenido no hubiera parecido más que una sarta de tonterías. Excluir la compleja realidad subjetiva del análisis de los sueños me sorprende y me parece una actitud miope. Prestar atención sólo a lo que le aconteció al sujeto soñador durante el día no hace que la transcripción de un sueño sea menos incoherente y extraña. Lo que hace es dar sentido a esas cualidades situándolas en un contexto más amplio. Sin embargo, no existe una lectura objetiva de los sueños. ¿Será ése el tenor de la interpretación en general? No es ningún secreto que nuestra experiencia personal contamina nuestras ideas sobre cómo funciona el mundo. Si Antti Revonsuo escribiera o hiciera cálculos con frecuencia en sus sueños, dudo que hubiera adelantado la idea de que esas actividades están ausentes de las alucinaciones nocturnas de la gente. Es posible que la mayoría de las personas ni escriba a máquina ni haga sumas durante el sueño. Los cálculos que hizo mi amigo R. no fueron algebraicos

sino que los realizó mediante la personificación de unos símbolos matemáticos. A menudo me veo tecleando un texto en mis sueños, pero casi nunca recuerdo lo que escribo. No obstante, parece que R. y yo somos excepciones de la hipótesis de Revonsuo y las excepciones también deben recogerse en la historia de las teorías sobre el sueño en los seres humanos. Lo cierto es que nuestra personalidad tiñe inevitablemente cualquier manifestación de nuestra vida intelectual. Todos hacemos extrapolaciones de nuestra existencia para poder entender el mundo. En el arte esto se considera una ventaja, pero en la ciencia se considera una contaminación.

Un ejemplo muy significativo del solapamiento de lo personal y lo intelectual ocurrió durante una conferencia a la que asistí. Entre otros temas, la conferenciante habló de la neurociencia y sus aplicaciones en la psicoterapia. También dedicó algún tiempo a hablar de la empatía y del cerebro. Llegado el momento de las preguntas y respuestas, un hombre que estaba al fondo de la sala se levantó y dijo que era ingeniero, pero que también se dedicaba a estudiar el cerebro. A continuación demostró que sabía de lo que hablaba, no recuerdo ya lo que dijo, pero estaba claro que no era ningún estúpido. Entonces declaró en voz alta y enfática que la empatía no existía. Le parecía absurda la idea en sí y por tanto no creía en ella. La sala, en la que había unas doscientas personas, en su mayoría psiquiatras y psicoterapeutas, se quedó muda. Me pareció sentir que fluía una especie de corriente subterránea, como un murmullo inaudible, si es que eso es posible. De manera educada y silenciosa, el público asistente estaba elaborando un diagnóstico que empezaba a flotar en el ambiente y que, debo confesar, también cruzó mi mente: síndrome de Asperger.

Cierto es que resulta difícil creer en un estado emocional determinado si no se ha experimentado nunca. No es lo mismo que creer que la Antártida, las neuronas y los quarks existen. Incluso si uno no tiene un conocimiento directo de esas entidades y no las ha *visto* nunca, pueden tomarse como artículos de fe porque forman parte de nuestro patrimonio cultural intersubjetivo. Por el contrario, el mundo de los sentimientos es tan propio, tan inseparable de uno mismo, que la noción que cada uno tiene de lo que es normal se convierte en algo altamente subjetivo. Decir que aquel hombre situado al final de la sala tenía un «trastorno» que le hacía *anormal*, un diagnóstico que estaría muy a la moda, no resta fuerza a mi argumento: a menudo es difícil separar nuestra personalidad y nuestros estados de ánimo de las creencias, las ideas y las teorías.

William James, en su obra *Pragmatismo*, distinguía entre filósofos «duros» y «blandos» y argumentaba por qué se hallaban enfrentados. «El duro piensa que el blando es un sentimental al que le patinan las neuronas. El blando piensa que el duro carece de refinamiento, es insensible y brutal.»<sup>139</sup> James era un pluralista que situaba al pragmatismo entre ambas posturas. A pesar de lo endeble de la distinción, ésta nos recuerda que todavía subsiste una división entre dos formas de pensar. (James usa un

tono conciliador pero, no obstante, creía que el pensamiento que carecía de sentimiento era perverso.)

Durante mucho tiempo estuve leyendo sólo a los filósofos europeos modernos y dejé de lado a los norteamericanos e ingleses. Cuando tuve oportunidad de leer filosofía analítica angloamericana descubrí un nuevo mundo. A los analíticos, como yo los llamo, les gusta introducir normas de verificación y fórmulas lógico-matemáticas para explicar el porqué de las cosas, como si la naturaleza cambiante de la vida fuera un juego de verdadero o falso y la experiencia humana no perteneciera a nadie en particular. Les gusta hacer experimentos con el pensamiento en los que introducen al zombie (alguien similar a nosotros, que actúa como nosotros, pero que no tiene conciencia). También relatan, una y otra vez, la historia de Mary, la brillante neurocientífica que vive en una caja blanca y negra y que sabe todo lo que hay que saber de los colores y del cerebro. Un día sale de la caja y ve una flor roja. ¿Está viendo algo nuevo? Este tipo de juegos no pretenden reflejar el mundo real ni cómo vivimos los seres humanos en él. Su objetivo es hacernos pensar en abstracto sobre un problema filosófico. Sé que hago trampas si digo que yo *siento* que alguien no es un zombie con sólo sentarme delante y mirarlo a los ojos. Es probable que también esté haciendo trampas si me pregunto cómo la privación de los colores durante tantos años habría afectado el cerebro y la personalidad de Mary hasta el punto de que, cuando salió de su encierro, le resultaría difícil saber *qué* estaba viendo en términos de color y, más aún, si Mary tenía un cerebro como el mío, ¿sabría, entonces, que debía rehuir una determinada tonalidad de turquesa? ¿Y qué significa *saber todo lo que hay que saber*? ¿Significa el saber que se obtiene de los libros? ¿Incluye el hecho de que los colores actúan sobre nosotros de forma preconsciente, aun antes de que podamos nombrarlos al verlos?<sup>140</sup>

Los filósofos a los que me refiero son los hombres y mujeres (más hombres que mujeres) que siguen la *lógica de Kieseewetter*, el manual al que Iván Ilich regresa mentalmente los últimos días de su vida. No todas las opiniones coinciden acerca de la experiencia de Mary con el color rojo ni acerca de la naturaleza de la conciencia. Sostienen agrias disputas entre ellos y yo me decanto más a favor de las ideas de unos que de otros. El filósofo Ned Block, por ejemplo, está cada vez más interesado en los misterios de las enfermedades neurológicas mientras trabaja en la elaboración de una teoría biológica de la conciencia. A diferencia de Daniel Dennett, que no cree en los qualia,<sup>141</sup> Block sí se toma en serio la experiencia fenomenológica y no está de acuerdo en rechazarla. En una entrevista decía que los filósofos que no «aprecian» la fenomenología puede que carezcan, como el poeta y traductor que conocí, de la habilidad para visualizar imágenes, una idea parecida a la que me pasó por la mente cuando escuchaba a aquel ingeniero que se negaba a aceptar la existencia de la empatía.<sup>142</sup> No obstante, William James sin duda hubiera clasificado a todos los analíticos en el campo del pensamiento «duro». Yo no me opongo a la razón ni a la lógica porque

constituyen las herramientas para llegar al consenso en la mayoría de las disciplinas y son esenciales para el diálogo colectivo. Lo que me sucede es que esos autores no sólo no me impresionan sino que, a menudo, siento un escalofrío al leerlos.

De vez en cuando esa frialdad se convierte en hielo. Peter Carruthers, un filósofo formado en Oxford, define la conciencia como la capacidad de tener creencias de segundo orden, esto es, de ser capaz no sólo de vivir una experiencia A sino de saber, además, que estás viviendo esa experiencia A. La consecuencia de esta idea es que si los animales son incapaces de hacerlo significa que son inconscientes.

Sucede algo similar con las bestias. Ya que si no son conscientes de sus experiencias, incluido el dolor, ese dolor no representa una preocupación moral inmediata. Dado que todos los estados mentales de las bestias son inconscientes, ni siquiera sus heridas les producen una preocupación moral indirecta.<sup>143</sup>

El pensamiento de Carruthers es cuando menos lógico. Una vez aceptada la premisa mayor, la menor le sigue. Mientras que alguno de nosotros puede preguntarse por qué los animales que aprenden a evitar los estímulos dolorosos en el laboratorio pueden ser considerados *inconscientes* o por qué el dolor sólo sería significativo si pudiera reflexionarse sobre él o ser representado (*¡Caray, eso duele! ¡Me está doliendo!*), eso es algo que queda fuera de los argumentos de Carruthers. Para él la «conciencia» ocupa el mismo lugar que el «espíritu» para Malebranche, el filósofo ocasionalista del siglo XVII. Este pensador cartesiano creía que, como los animales carecían de alma y dado que los seres humanos sólo somos capaces de experimentar los diversos estados mentales a través de nuestra alma y de Dios, lo lógico era que nuestros primos los animales no pudieran sentir el dolor. Me parece que Carruthers ha confundido la conciencia con la conciencia de uno mismo. De cualquier forma, su impecable razonamiento demuestra cómo un solo paso lógico puede dar como resultado lo que para mí resulta una idea equivocada y repugnante.

Quizá mi pensamiento sea irremediablemente blando, pero ¿pueden las formulaciones lógicas abarcarlo *todo*? Como dice Ludwig Wittgenstein en los famosos fragmentos que escribió al final de su obra de consumada lógica, *Tractatus logico-philosophicus*:

6.521 La solución del problema de la vida se nota en la desaparición de ese problema. (¿No es ésta la razón por la que personas que tras largas dudas llegaron a ver claro el sentido de la vida no pudieran decir, entonces, en qué consistía tal sentido?)

6.522 Hay ciertamente, lo inexpresable, lo que se muestra a sí mismo; esto es lo místico...

De lo que no se puede hablar, mejor es callarse.<sup>144</sup>

Wittgenstein escribió el *Tractatus* cuando estaba en el frente durante la Primera Guerra Mundial. No me extraña que tuviera la necesidad de admitir todo aquello que es inefable, que no puede ser simbolizado, sistematizado ni contenido, en definitiva, todo lo que se nos escapa. Nunca he podido creer que cualquier sistema, al margen de lo seductor que sea, pueda contener las ambigüedades inherentes al hecho de ser personas y vivir en este mundo. Wittgenstein pensó que con su *Tractatus* había resuelto los problemas planteados por la filosofía (aunque hubiera «cosas» que siempre permanecerían fuera del alcance de la disciplina). Más adelante cambió de parecer. El hombre que escribió el *Tractatus* no era el mismo que el de las posteriores *Investigaciones filosóficas*. Desde un punto de vista lógico, ¿qué tiene que ver Cayo con el pequeño Vania? Es una pregunta con una respuesta obvia: Cayo y Vania son ambos seres humanos. Los humanos son mortales, así que Cayo y Vania tendrán que morir. Sin embargo, esto no es así desde otro punto de vista, porque una respuesta irracional dará con la clave de lo que significa ser humano. *La realidad del pequeño Vania no admite la muerte* no es una proposición estúpida. Lo que separa a ambas proposiciones, ¿representa un abismo entre la perspectiva objetiva y la subjetiva, entre la ciencia y su lógica y el arte con su irracionalidad privada? ¿Entre el *Körper* y el *Leib* de Husserl?

En su comentario a la obra de Merleau-Ponty *Fenomenología de la percepción*, Simone de Beauvoir protesta ya en 1945 con elocuencia ante los dictados de una ciencia que domina la educación de los niños y les pide que «renuncien a su subjetividad».

La ciencia les impone huir de su propia conciencia, que den la espalda al mundo vivo y lleno de sentido que esa conciencia les descubrió y, a cambio, les ofrece un universo de objetos congelados, ajenos a cualquier mirada o pensamiento.<sup>145</sup>

Beauvoir tiene razón al decir que gran parte de la ciencia (como gran parte de la filosofía analítica) parte del punto de vista de una tercera persona anónima que ve el mundo como algo estático, lo que le permite fragmentarlo en certezas inteligibles. Para Francis Crick y una filósofa como Patricia Churchland la mente son las neuronas.<sup>146</sup> Ni más ni menos. Cuando consigamos desentrañar la totalidad de la anatomía y de las funciones del cerebro, el cuento se habrá acabado definitivamente. Además de ésta, hay más posiciones encontradas. Es posible que la mente *emerja* del cerebro como sostienen algunos, haciéndose eco de La Mettrie en su obra *El hombre máquina*. ¿No será este problema una simple cuestión de puntos de vista? Dentro de mi cabeza siento el mundo de forma inmediata. Veo a las personas y las cosas en toda su variedad. Pienso, río y lloro pero, si me abrieran el cráneo y echaran un vistazo dentro, sólo verían una masa cerebral, una parte de materia gris y otra blanca, interconectadas. Y si estoy dormida no verían mis sueños. Hay quien especula que algún tipo de conciencia atraviesa todos los niveles del universo y que, por tanto, no está limitada a los seres humanos y a los animales. Algunos científicos cognitivos, como Francisco Varela y otros teóricos, han obtenido conocimientos a partir de sus experiencias budistas y místicas que les han

ayudado a entender realidades que se encuentran fuera del ser.<sup>147</sup>Otros creen que existe una unidad pan-psíquica colectiva.<sup>148</sup>Algunos científicos (los físicos en particular) han dejado atrás la idea de sustancia y se han adentrado en la curiosa región de la física cuántica. No se les puede acusar de congelar los objetos en el tiempo ni de dejar a un lado el papel que tiene el observador sobre el objeto observado. Según parece, la física cuántica afirma que existen estados que son vistos como un vacío por algunas personas y como una mezcla de partículas por otras. Yo no tengo un conocimiento preciso de cómo funciona todo esto, pero les doy a los físicos un voto de confianza. Lo que se ve depende de la perspectiva del observador.

Jan-Markus Schwindt, un físico teórico e idealista de última hora, le da la vuelta a la teoría de Crick: «No creo que la mente exista en el mundo físico. Creo, más bien, que el mundo físico existe dentro de la mente».<sup>149</sup>Esta idea es idéntica a la del filósofo del siglo XVIII George Berkeley, que decía: «Todos los coros celestiales y todo lo que se mueve en la tierra, en una palabra, todos los cuerpos que componen la gigantesca estructura del mundo, no tienen ninguna posibilidad de subsistir sin una mente».<sup>150</sup>¿Qué es la *mente* para Schwindt? «La mente consiste en una unidad que observa conscientemente y otra que procesa inconscientemente, como en un sueño.» Su propuesta de un nuevo modelo científico se hace eco del pasaje de Beauvoir y añade: «Se debería tomar mucho más en serio el papel del sujeto de lo que la ciencia actual hace, pues ésta se circunscribe a los objetos».<sup>151</sup>Schwindt no sólo piensa a través de la física, lo hace, además, a través de la filosofía. Aunque en su trabajo no menciona a Berkeley, sí cita a Schopenhauer y Husserl. La fenomenología de este último fue esencial para Merleau-Ponty, cuyo libro comentó Beauvoir (quien, a su vez, estuvo influida tanto por éste como por Husserl).

Las ideas son infecciosas y conforman nuestro ser. Pero ¿cómo acabamos eligiendo entre ellas? ¿Es probable que nuestro ingeniero poco empático encuentre que los modelos mecanicistas a los que está acostumbrado por su profesión sean más acordes con su estricta manera de pensar? Si así fuera, eso no invalidaría su modelo ni podríamos decir que estaba equivocado; pero podría hacer que otras perspectivas pareciesen menos atractivas, incluso menos comprensibles. Alguien como Schwindt está acostumbrado a pensar que todo es grande o pequeño en función de cómo lo miremos. La noción de que todo sea mente no le inquieta. La encuentra coherente con sus teorías. Quizá esto sea algo que pueda esperarse de alguien acostumbrado a observar las funciones de las ondas en los «espacios de Hilbert» o en el todavía más asombroso «espacio de Minkowski». Schwindt no está solo. Bastantes físicos creen que la conciencia es la que crea la realidad física y no a la inversa. Con esta clase de pensadores, no parecen ser aplicables las categorías del pensamiento duro o blando.

Imants Baruss, un profesor de psicología de la Universidad de Western Ontario, realizó en 2006 un estudio sobre la personalidad y las creencias. Junto a sus

colaboradores preparó un test de personalidad complejo que también les permitiría obtener un perfil de las ideas de cada sujeto y de cómo caracterizaban la realidad para luego correlacionar ambos parámetros. Esperaban obtener la clásica división entre quienes creían en un mundo exclusivamente material, anclado en los principios de las ciencias físicas, y aquellos que, teniendo creencias religiosas, abrazarían el dualismo que concibe el universo como compuesto de materia y espíritu. Lo que no esperaban encontrar era una tercera categoría que denominaron «trascendencia extraordinaria». Las personas que formaban este grupo habían tenido algún tipo de experiencia mística o la sensación de haber trascendido su propio cuerpo, y también se incluía a personas que rechazaban la religión convencional y que, como Schwindt, estaban de acuerdo con la suposición de que todo en el mundo es producto de la mente. Este grupo puntuó mejor en cuanto a inteligencia y apertura mental. En qué medida el estudio refleja a la sociedad en su conjunto es algo que queda abierto a la discusión. Pero hubo un detalle que me llamó la atención: como parte de la evaluación de su coeficiente mental se le pidió a cada sujeto que identificara distintos objetos a partir de una imagen fragmentada. Baruss comentó: «Aquellos que mejor pudieron sintetizar mentalmente los fragmentos en una imagen completa eran los más propensos a creer que existen otras realidades que el ojo no puede captar».<sup>152</sup> Yo seguiría razonando que puede que las personas capaces de integrar los fragmentos para formar una sola imagen sean las que entiendan la realidad no como un océano de *objetos materiales congelados* que nos vienen dados de antemano sino como un rompecabezas de percepciones que dependen de cada observador.

Muchos de nosotros hemos fantaseado, quizá más cuando éramos niños, con la idea de ser otra persona y nos hemos preguntado qué sentiríamos si pudiéramos entrar en la mente de otros. Por supuesto que para poder comparar una mente con otra tendríamos que retener cierta conciencia de lo que sentíamos siendo nosotros mismos y así poder compararlo con lo que experimentaríamos siendo otro. ¿Sentiría un shock si pudiera ser tú y yo al mismo tiempo? ¿Sentiría que las cosas son muy diferentes? ¿Qué pasaría si pudiera experimentar la vida interna del ingeniero? ¿Y si pudiera introducirme en la mente del doctor Schwindt y entender la teoría cuántica en un abrir y cerrar de ojos? ¿Y si me metiera en la mente del poeta traductor que conocí hace años en aquella mesa redonda, el que recordaba las palabras de las novelas y no a los personajes, y pudiera leer igual que lo hace él? ¿Qué me parecerían, entonces, mis novelas preferidas?

La forma de acercarnos más a la mente de otro individuo es a través de la lectura. La lectura es el escenario mental donde se ven con mayor claridad los diferentes estilos de pensamiento, el duro y el blando, así como las ideas generadas a partir de ellos. Tenemos acceso al narrador interno de un desconocido. Después de todo, leer es una forma de vivir dentro de las palabras de otra persona. Su voz se vuelve mi narrador mientras dure la novela. Por supuesto que yo sigo conservando mis facultades críticas y

puedo detenerme y decirme: «Sí, tiene razón en eso», o «No, se ha olvidado de aquello otro» o «Ese personaje es un completo cliché», pero cuanto más convincente es la voz del narrador, más pierdo la mía propia. Me siento seducida y me rindo a las palabras de la otra persona. Incluso me suelen atraer puntos de vista muy diferentes a los míos. Cuanto más ajena es la voz, cuanto más inhóspita y difícil, más me encuentro dividida y ocupando dos cabezas al mismo tiempo. Uno de los placeres de la lectura es el de superar toda resistencia. Algunos textos son de una dificultad que los hace imposibles de leer y cuando, de repente, brilla una luz en mitad de un párrafo oscuro, poder comprenderlo (o creer que lo has comprendido) produce una gran felicidad.

Pero los prejuicios también influyen a la hora de leer. Una idea preconcebida sobre un libro puede cegar al lector. No es extraño que se añadan unas fajas a los libros calificándolos de «Obra clásica», «Ganador del Premio Nobel» o «Libro más vendido» para influir en los compradores. Los especialistas en una disciplina suelen evitar leer el trabajo de quienes se dedican a otra. Un neurocientífico me contó que, en una ocasión, mencionó a Freud durante una de sus conferencias y «recibió fuego graneado». Del mismo modo, algunos psicoanalistas se niegan a admitir que la neurobiología es importante para su disciplina y, sin embargo, cuando hablan del ego y del ello lo hacen como si fueran órganos del cuerpo en lugar de conceptos que nos permiten imaginar cómo funciona la mente. Los filósofos europeos suelen mantener cierta distancia frente a los filósofos analíticos del otro lado del océano y viceversa. Nosotros mismos alimentamos nuestras creencias y preferencias. En los viajes que hago para promocionar mis libros he oído una y otra vez la siguiente frase: «Yo no leo novelas, pero mi mujer sí. ¿Podría usted dedicarle este libro?». El mensaje evidente que contiene una frase así es que lo masculino se asocia a las obras que no son de ficción, mientras que lo femenino se asocia con frívolas historias «inventadas». A los hombres de verdad les gustan los textos *objetivos* y no las divagaciones *subjetivas* de los escritores de ficción, sobre todo si son escritoras, cuya prosa, sea del tipo que sea, ya está marcada por el hecho de ser mujeres antes de que se lea una sola palabra. No puede decirse que esta absurda noción sea universal, pero sí que ninguno de nosotros está libre de influencias, predilecciones y gustos, así como de preferir una metáfora a otra o de dejarnos llevar por asociaciones tan antiguas y arraigadas que se han convertido en totalmente inconscientes o apenas conscientes. Durante gran parte del siglo XX multitud de científicos se alarmaron tanto ante nociones como «método subjetivo» e «introspección» que la sola idea de la visualización mental, y no digamos la sinestesia, se consideraba casi pura ficción.

Quizá el ejemplo más famoso sea el del conductista J. B. Watson, que rechazaba de plano las imágenes mentales y afirmaba que no existían. Watson defendió su postura en un debate público que tuvo lugar en el Club de Psicología de Washington D.C., donde declaró que «la psicología subjetiva nunca ha producido descubrimiento alguno, tan sólo especulación medieval».<sup>153</sup> El año anterior a ese debate público, Freud publicó *El yo y el ello*, donde modificaba su anterior modelo de la mente. En él abandonaba sus

primeras tres categorías (consciente, inconsciente y preconscious) desarrolladas en *La interpretación de los sueños*, a favor de un nuevo enfoque basado en el funcionamiento de sus nuevas divisiones de la mente. El concepto freudiano del ego, o del yo (*Ich*) no era el del narrador interior o el de una conciencia perceptiva abarrotada de imágenes. Además incluía el desarrollo de una noción corporal del ser muy similar a un esquema corporal (que determina nuestra sensación de ser alguien separado de los demás) así como de otros procesos inconscientes. El ello (*das Es*) era el lugar, siempre inconsciente y atemporal, donde radicaban las necesidades o los impulsos primarios. El superego o superyó (*über-Ich*) era similar a una conciencia personal que surgía a través de las identificaciones primarias y más importantes de una persona, aquellas que establece con sus padres. Así que en la época en que Freud estaba replanteándose su modelo mental, incluyendo en él grandes zonas inconscientes, Watson se dedicaba a negar que existieran siquiera las imágenes visuales que son una experiencia consciente y cotidiana para la mayoría de la gente.

Las ideas crecen, pero a menudo lo hacen en zanjas estrechas y profundas. Watson era un defensor radical y polémico del conductismo, pero sus ideas han tenido efectos trascendentales en la ciencia y en la filosofía de la ciencia. Hay personas en el mundo que carecen de la capacidad de crear imágenes mentales (mi poeta traductor y quizá algunos filósofos), pero son una minoría y algunos son pacientes neurológicos. Mi pregunta es, si Watson y los colegas que le secundaban veían novelas o recordaban casas y paisajes, o incluso las palabras de un texto que habían leído en tal página, con sólo repasarlo todo mentalmente, ¿cómo podían cuestionar la existencia de las imágenes mentales? Además, ¿no sueña todo el mundo? ¿Los sueños no son imágenes mentales visuales? Los dogmas pueden cegar a las personas.

Informe: 23 de junio de 2008. Estoy de viaje con mi marido y un amigo. Hemos ido a los Pirineos para quedarnos tres días y decidimos hacer senderismo por las montañas. J. ha encontrado una caminata calificada de «moderada» en una guía en la que se sugieren diversas actividades para turistas según sus distintos niveles de resistencia. Vamos en coche hasta el punto de partida del paseo y comienzo a ascender por un sendero de montaña saltando de piedra en piedra. Estoy orgullosa de mi estado físico (presumiendo, he de decir, ante los dos hombres que vienen detrás de mí), pero segundos después me siento agotada. Me apoyo sobre una roca, sin aliento. Noto cómo me invaden las convulsiones y luego desaparecen. «Esto no es algo emocional —me digo—. Esto no tiene nada que ver con la muerte de mi padre. Esto no es un trastorno de conversión». No les comento nada a mi marido ni a mi amigo, que estaban demasiado lejos y no llegaron a presenciar mi ataque. Cuando inicio el descenso lo hago muy despacio. Me siento débil e insegura tras lo sucedido. Tiempo después, repaso lo

que escribí ese día en mi diario y leo: «Sé que no es psicogénico. Fue el esfuerzo. Eso hace que me replantee toda mi teoría; a mí me está pasando algo más. ¿Podría estar relacionado con mi neuropatía periférica? ¿Y podría eso provocar las convulsiones?».

Cuando tenía treinta y pocos años me sobrevino un flujo de «electricidad en el cuerpo», como diría Whitman. Sentía cosquilleos en brazos y piernas y descargas de diferente intensidad que me recorrían todo el cuerpo hasta la cara. Hice caso omiso del asunto durante unos meses, pero después empecé a temer que aquello fuera producto de una enfermedad neurológica que estuviera debilitándome físicamente, de una especie de esclerosis múltiple. Fui a ver a mi médico, que enseguida me tranquilizó asegurándome que la esclerosis múltiple no se manifestaba de esa forma. Dijo que lo que yo tenía era una neuropatía periférica. Yo sospechaba que todo aquello podía deberse a un medicamento profiláctico que había estado tomando para tratar una infección urinaria. Mi médico no estaba tan seguro, pero cuando consultó la *Guía de referencia médica (PDR)*, encontró que la neuropatía se contaba entre los efectos secundarios de dicho medicamento. Lo cierto es que el síntoma está relacionado con muchos medicamentos, con lo cual la macrodantina podía ser la responsable de la electricidad que me recorría el cuerpo o no serlo. Le pregunté a mi médico si no seríamos más vulnerables a esas sensaciones corporales quienes sufríamos migrañas, pero el doctor K. dijo que no. Más adelante habría de descubrir que mi médico estaba equivocado. El hormigueo y la sensación de recibir descargas eléctricas, así como otras sensaciones extrañas (*parestias*), son comunes entre los pacientes con migraña crónica. Tras someterme a una prueba encefalográfica me dijeron que mi sistema nervioso era el de una mujer de sesenta años, y cuando le pedí al neurólogo que me hiciera un pronóstico, me dijo muy serio: «Puede mejorar, puede empeorar, puede permanecer igual». Solté una carcajada. Él no le vio la gracia. Al final, resultó que tenía razón en todo. Mi situación mejora durante un tiempo; luego empeora, y a veces permanece igual semanas y semanas.

La fantasía médica que elaboré a partir de mis temblores va dando un vuelco a medida que, uno a uno, los médicos imaginarios van siendo remplazados por médicos de carne y hueso. Siguiendo el consejo de G., de repente me veo sentada frente a la doctora C., una psiquiatra y psicoanalista que tiene su consulta en Park Avenue. A diferencia de mi analista imaginario, la doctora C. es una mujer. Pero igual que en mi fantasía, tiene un rostro amable e inteligente. Me escucha con paciencia mientras le cuento la historia de mis temblores. Cuando sugiero que lo mío puede ser un trastorno de conversión, la doctora niega levemente con la cabeza mientras esboza una sonrisa bastante triste. No cree que yo esté histérica. Cuando le menciono en determinado momento que de niña tuve convulsiones febriles, me escucha con atención. El día de mi

bautizo tuve 41 grados de fiebre y empecé a sufrir unas convulsiones que aterrorizaron a mi madre. No recuerdo cuándo oí a mi madre contar esa historia por primera vez. ¿Por qué se la mencioné a la doctora C.? Porque estaba contándole la versión rápida de mi vida. ¿Por qué no he escrito sobre ello hasta llegar aquí? Lo olvidé. Lo reprimí. La doctora me da el número de teléfono de la doctora L., una neuróloga que conoce y que me recomienda, alguien que tiene una buena reputación por el trato humano que dispensa a sus pacientes. Acepto pedir una cita para que estudien mis nervios como es debido.

La doctora L. me envía por fax un cuestionario de diez páginas sobre mi historial médico. Añade una página en blanco por si quiero incluir algún comentario. Escribo dos páginas a un espacio en las que documento mis temblores, mis migrañas, mis auras, el hormigueo en brazos y piernas, en resumen, todo lo que se me ocurre que pueda estar relacionado con mi sistema nervioso. Después de acabar, me viene a la memoria mi habitación en el pabellón de neurología del Hospital Mount Sinai. Recuerdo los sucios tejados de los edificios adyacentes que veía a través de la ventana, la mesa beige que servía de bandeja y el pequeño televisor, que en mi evocación es en blanco y negro, aunque probablemente sea un detalle más relacionado con mi estado emocional en aquel momento que con la realidad. En la televisión están poniendo *Nicholas Nickleby*, pero las personas en la pantalla parecen pequeñas y lejanas. No puedo fijar mi atención en ellas porque me siento como si estuviera envuelta en capas y capas de gasas. El embotamiento del Thorazine. El mundo se ha vuelto algo distante y siento como si tuviera que recorrer un largo camino para recuperar su inmediatez, su vitalidad, su color. De repente me pregunto si, cuando me levantaba de la cama con gran esfuerzo para dirigirme al cuarto de baño en aquella habitación de hospital en la que estuve hace ya tantos años, tendría yo el mismo aspecto que los pacientes altamente medicados del psiquiátrico donde trabajo todas las semanas, esas personas que se dirigen a sus habitaciones arrastrando los pies y con los brazos y las piernas tiesos como marionetas de madera. Es probable que sí. Aquellos ocho interminables días. Las enfermeras indiferentes y bruscas. Los médicos internos con sus pinchazos y sus preguntas. ¿Fue el recuerdo del hospital lo que me hizo cancelar mi cita con el especialista en epilepsia?

La doctora es alta, franca, simpática y se expresa muy bien. Me gustan sus movimientos amplios y relajados y siento que estoy delante de una persona segura, que se siente bien consigo misma. Parece dispuesta a dedicarme todo el tiempo que sea necesario. Creo notarle una actitud un tanto divertida ante la confesión que le he

mandado por escrito y que descansa en el escritorio junto a ella; gran parte del texto está subrayado con un rotulador transparente azul. Deduzco que debe de subrayar el texto a medida que lo lee, que el movimiento de su mano forma parte de su modo de absorber la información. Me siento estúpidamente satisfecha por que no se muestre aburrida ante mi caso. Parece que no soy una más entre miles. Después de un rato es evidente que, al igual que la doctora C., la doctora L. descarta la posibilidad del trastorno de conversión. Está claro que lo considera absurdo. Me explica que soy *demasiado mayor*. Si tuviera catorce años podría considerar la posibilidad, pero a los cincuenta y tres años es imposible. No estoy tan segura de que sea así cuando repaso mentalmente los casos sobre los que he leído, aunque también es cierto que mi costumbre de autodiagnosticarme ya había sufrido un duro golpe durante aquella caminata por los Pirineos. Habría que tener en cuenta que había empezado a sentir, muy a menudo, un hormigueo que me recorría brazos y piernas, como si los grandes espasmos fueran una versión exagerada del ronroneo que vibraba en mi interior. La doctora también se muestra interesada en mis convulsiones febriles y dice que mucha gente propensa a los ataques, de un tipo u otro, las ha padecido durante los primeros seis meses de vida.

Me pide que me desvista y me ponga una bata de hospital. Luego me hace caminar de un lado a otro de la habitación. Realizamos algunos juegos de coordinación de movimientos. Me toca la nariz con el dedo índice. La doctora me examina el fondo de ojo. No hay señales de presión alta ni de tumor cerebral. Me golpea la mano y las plantas de los pies con un instrumento frío. Soy sensible a todo. Buena señal. Usa un diapasón. Me dice que tengo unas arterias «buenas y gruesas» y me alegro por ello. Me pregunta si alguna vez he tomado Depakote para las migrañas, un antiespasmódico. Le digo que no. Me manda a hacerme dos resonancias magnéticas.

Leo la receta donde ha garabateado con letra grande y clara:

1. Por favor, realizar una resonancia magnética del cerebro: Epilepsia del lóbulo temporal – contraste sin Gadolinio. Protocolo 354.4

2. Resonancia magnética de la espina cervical – Sin Gadolinio/columna posterior, C-2 – C-5. Dx323.9/721.1

Gracias. Dra. L. L.

Mientras vuelvo a casa en metro siento un cambio radical en el ánimo optimista que me había acompañado durante la consulta. La doctora C. y la doctora L. habían sido más que competentes y de una amabilidad extrema, pero me doy cuenta de que, al descartar la histeria, han despertado el fantasma de otras dolencias neuronales, la posibilidad de que tenga algo más que una simple migraña. Aunque no es nada agradable que te diagnostiquen un trastorno de conversión o una migraña, al menos

ninguno de los dos es mortal. Desde que sufrí el ataque en París en 1982, he temido que mis dolores de cabeza derivaran en síntomas cercanos a la epilepsia. Según los autores de *Behavioral Aspects of Epilepsy*, «la migraña y la epilepsia son, en muchos aspectos, trastornos mentales similares. Ambos son bastante corrientes. La epilepsia puede ser (y la migraña lo es, por definición) una enfermedad primaria supuestamente genética».<sup>154</sup>Más adelante, en el mismo capítulo, dicen: «Existe más del doble de posibilidades de que las dos enfermedades se den en la misma persona».<sup>155</sup>En su libro *Migraña*, Oliver Sacks recoge las diferencias históricas entre las dos dolencias y las compara. Escribe que, aunque pueda haber una relación teórica entre ellas, «en la práctica es fácil diferenciar las migrañas de las epilepsias en la inmensa mayoría de los casos». Después de enumerar las características que hacen bastante simple emitir un diagnóstico categórico, reconoce que hay una «zona nebulosa» que despista a las «nosologías estrictas». A continuación cita a un autor que acuñó el término «migrালেপ্সিয়া» para un paciente que mostraba síntomas de ambas dolencias.<sup>156</sup>Sin dudar yo alinearía al doctor Sacks en el campo del «pensamiento blando» de James. A diferencia de muchos de sus colegas, él reconoce no sólo los conflictos en la historia de la medicina sino también las notables ambigüedades que surgen cuando se intenta dar nombre a un fenómeno que se resiste a una definición clara. «Al final puede que deje de ser un problema de diferenciación fisiológica o clínica para convertirse en un problema semántico: no podemos nombrar aquello que no podemos individualizar.»<sup>157</sup>Los límites imprecisos crean interrogantes pertinaces.

Desde la infancia he experimentado sensaciones de elevación y euforia. De repente me invade un sentimiento profundo que comienza como un leve mareo y luego parece tirar de mi cuerpo hacia arriba. Mis más brutales y prolongados dolores de cabeza han estado precedidos de una claridad de mente sobrenatural y de una sensación de felicidad intensa y perfecta. Una vez, siendo ya adulta, vi a mi hombrecillo color rosa y a su buey, también rosa, sobre el suelo de mi dormitorio. Más adelante me enteré de que las apariciones de esas figuritas diminutas tienen un nombre: alucinaciones liliputienses. Ahora ya identifico todos esos fenómenos como productos del aura, como parte de la vida de quienes sufrimos migrañas. Lo que ha cambiado desde mi niñez no son las auras sino el significado que les otorgo. Ya no pienso que haya en ello algo sobrenatural. Atribuyo a mis nervios la responsabilidad de esas elevaciones y caídas, lo cual no quiere decir que tales experiencias no signifiquen nada para mí o no hayan sido importantes en la formación de mi personalidad. Lo que yo piense del hecho afecta al hecho en sí mismo. Los epilépticos también tienen auras: olores, sensaciones o sentimientos de melancolía, miedos o éxtasis que preceden al ataque. A lo largo de toda la historia de la medicina los médicos han asociado la dolencia con el temperamento. Los investigadores han especulado acerca de la

personalidad de aquellos que sufren de migrañas en un esfuerzo por encontrar rasgos comunes entre ellos, pero hay tanta gente que sufre esos dolores de cabeza y que además presentan diferentes tipos de auras que prácticamente se ha abandonado la esperanza de encontrar un prototipo de enfermo de migraña. Sin embargo, sí parece haber algunas características comunes entre las personas que sufren epilepsia del lóbulo temporal. Una de esas características es la tendencia a la religiosidad. Hipócrates fue el primero en relacionar la epilepsia con la religiosidad, alrededor del 400 a. C., observación que se ha ido reiterando a lo largo del tiempo hasta la era moderna.<sup>158</sup> Emil Kraepelin, el famoso psiquiatra de finales de siglo XIX y principios del XX, cuya rigurosa clasificación de los trastornos psiquiátricos ejerció una gran influencia en la medicina, también señaló que los epilépticos evidenciaban una fuerte inclinación hacia lo espiritual.<sup>159</sup>

Esa asociación de patología y personalidad nos lleva a plantearnos una pregunta aún más amplia: ¿qué somos? ¿Hasta qué punto pueden relacionarse las creencias, incluyendo las religiosas, con la neurobiología de una persona? Mucha gente acepta la idea de que una enfermedad como la epilepsia, un ataque de apoplejía o una herida en la cabeza pueden alterar el carácter de una persona, pero es probable que estén menos dispuestos a aceptar la idea de que a través de nuestro sistema nervioso descubrimos «verdades». A pesar de que mis padres mostraban sólo una adhesión formal al luteranismo, yo no sólo era una niña piadosa sino también una ferviente creyente. Más adelante, cuando mi creencia en Dios se esfumó, perdí la devoción pero no el fervor. La devoción dio paso en mí a un profundo sentido de la vida, una razón de ser despojada de dogma alguno.

En los últimos años, varios artículos de divulgación han proclamado el descubrimiento de un «módulo de Dios» localizado en el lóbulo temporal del cerebro. El periódico *Los Angeles Times* publicó en 1997: «Los investigadores nos han informado de que “es posible que exista una maquinaria neuronal en el lóbulo temporal relacionada específicamente con la religión”». <sup>160</sup>Notemos la curiosa confusión semántica con los términos anatómicos: *¿una maquinaria neuronal especial en el lóbulo temporal relacionada específicamente con la religión?* Lo que «los investigadores» no dicen es que hay algunas sensaciones y sentimientos que los seres humanos hemos experimentado durante el curso de nuestra historia que, a veces, se han atribuido a lo sobrenatural. Dicen que la religión está integrada en nuestro cerebro y, por lo tanto, se parecen mucho a los frenólogos decimonónicos que dividían el cerebro en diferentes módulos aislados entre sí, cada uno especializado en una función. Estimula este módulo y creerás en Dios. No es difícil darse cuenta de que la burda reducción de una enorme realidad histórica y sociológica a un trocito del cerebro constituye una de las peores muestras de ingenuidad filosófica. Otro estudio rechazó dicho descubrimiento, sosteniendo que la «religión» se hallaba en todas las regiones del cerebro, incluyendo aquellas asociadas con el apego emocional, los cuidados maternos y los tempranos lazos que unen al niño

con su madre. El sentimiento religioso no puede ser una entidad única. Seguro que si se reúne a un grupo de epilépticos religiosos o de monjas carmelitas y se les pide que piensen en la religión, para después hacerles pruebas de resistencia galvánica en la piel o someterlos a unas resonancias magnéticas funcionales, se obtendrían resultados muy variados.

Sin embargo, parece evidente que hay personas más vulnerables que otras a lo que Freud llamó «el sentimiento oceánico». Freud declaró que él no lo poseía pero que podía detectar su presencia en otros. Tras una conversación con el novelista Romain Rolland, escribió sobre este fenómeno en *El malestar en la cultura*:

Es un sentimiento que él [Rolland] calificaba de sensación de «eternidad»; un sentimiento de algo sin límites ni barreras, en cierto modo «oceánico». Se trataría de una experiencia esencialmente subjetiva, no de un artículo de fe; tampoco implicaría certeza alguna de inmortalidad personal; pero, no obstante, ésta sería la fuente de la energía religiosa, que, captada por las diversas Iglesias y sistemas religiosos, es encauzada y, sin duda, explotada por ellos. Sólo gracias a este sentimiento oceánico podría alguien considerarse religioso, aunque se rechazara toda fe y toda ilusión.<sup>161</sup>

Freud especula con que esa cualidad oceánica es un recuerdo implícito del periodo más temprano de nuestra vida, cuando nuestro ego no estaba separado por completo del mundo que nos rodeaba. Su idea recuerda a las de los investigadores que encontraban cierta conexión entre el sentimiento religioso y la relación madre-hijo. Ese periodo olvidado persiste entonces, según Freud, en esa impresión de sentirse en comunión con el mundo. La infancia es irrecuperable. Su recuerdo pervive enterrado. Hasta qué punto retorna de un modo furtivo o se desencadena a través de distintos catalizadores sigue siendo un interrogante, pero lo que Freud entendió gracias a su conversación con Rolland fue que ese sentimiento «oceánico» no implica necesariamente un sistema de creencias religiosas.

El cometido de un diagnóstico es abstraer la «dolencia» de la «persona». El sarampión es una cosa. Viene y se va. Las manchas pasan de una persona a otra. Está causado por un único patógeno. Entonces, ¿en qué momento una dolencia se confunde con la persona? En 1975 Norman Geschwind y otro colega médico, Stephen Waxman, publicaron una investigación sobre las características comunes que habían detectado en sus pacientes con epilepsia del lóbulo temporal cuando se encontraban en el periodo entre un ataque y otro (llamado periodo *interictal*): una creciente religiosidad o preocupación por problemas éticos y una intensificación de las emociones, que podían oscilar según sus estados de irritabilidad. También parecían presentar una disminución del impulso sexual, así como hipergrafía (algunos de ellos mostraban una necesidad compulsiva de escribir).<sup>162</sup>

La religiosidad a la que se refiere Geschwind es un sentimiento más cercano al oceánico de Freud y a la trascendencia extraordinaria de Baruss que a un sentimiento teológico formal. A personalidades religiosas y artísticas tan dispares como san Pablo, Mahoma, Juana de Arco, santa Teresa de Ávila, Fiódor Dostoievski, Gustave Flaubert, Søren Kierkegaard, Vincent Van Gogh, Guy de Maupassant, Marcel Proust, Lewis Carroll y Alfred Lord Tennyson han sido diagnosticados, durante sus vidas o una vez muertos, de epilepsia del lóbulo temporal.<sup>163</sup> Los diagnósticos post mórtem de personajes relevantes han aparecido publicados en libros y ensayos desde los comienzos de la medicina moderna. Hoy parece evidente que Flaubert era epiléptico, aunque se le diagnosticó neurosis e histeria; Dostoievski también era, sin duda, epiléptico (aunque es notorio que Freud lo diagnosticó de histérico-epiléptico); parece ser que la conversión de san Pablo camino a Damasco fue consecuencia de un ataque epiléptico; a santa Teresa le diagnosticaron epilepsia, histeria y migrañas; a Van Gogh, epilepsia, intoxicación por plomo, enfermedad de Ménière, esquizofrenia, trastorno bipolar y otras dolencias; los neurólogos afirman que Lewis Carroll sufría epilepsia del lóbulo temporal y migrañas. Los síntomas nos pueden conducir por diferentes caminos, especialmente cuando se está diagnosticando a un paciente que lleva muerto muchos años. Investigar los diarios, las cartas, los textos y las obras de arte en busca de claves neurológicas tiene sus limitaciones.

De niña yo dibujaba sin parar, una necesidad que más adelante cambiaría por la escritura, y a menudo tenía la sensación de que había una presencia inefable por encima de mí. Mi impulso sexual es normal (o lo que entendemos por eso), pero siempre me ha dado la impresión de que me comporto de forma demasiado apasionada en algunas situaciones sociales y de que soy intolerante con las conversaciones triviales, a pesar de que hago grandes esfuerzos para reducir la intensidad de mi presencia en dichos momentos. Le confesé a la doctora L. que más de una vez me he preguntado si yo no tendría una personalidad de lóbulo temporal. Pero, claro, no debo olvidar que mis síntomas son cambiantes porque me identifico con muchísimas enfermedades. Al igual que infinidad de estudiantes de primero de Medicina que se ven inmersos en los síntomas de una enfermedad tras otra, yo estoy siempre alerta y pendiente de mi cuerpo mortal, de sus hormigueos y punzadas, de sus dolores y temblores, pues cada uno de ellos representa un potencial aviso del *fin*.

No cabe duda de que, debido a mis peculiares visiones y estados de euforia, toda la vida me ha fascinado la mística en cualquiera de sus manifestaciones y he leído bastante al respecto. Al margen de cómo se interpreten esos estados trascendentes, las experiencias místicas son siempre genuinas, se presentan bajo muchas formas y pueden ser espontáneas o inducidas por las drogas, la meditación o incluso por la percusión o la música repetitiva. En su libro *Las grandes tendencias de la mística judía*, Gershom Scholem cita a un discípulo de Abraham Abulafia que empezó a temblar tras dos semanas de meditación: «Se apoderaron de mí fuertes temblores y no podía recobrar la fuerza, tenía

los pelos de punta y parecía como si yo no perteneciera a este mundo».<sup>164</sup> La primera referencia que leí sobre los «módulos de Dios» fue en el instituto cuando tuve que hacer un trabajo sobre las místicas cristianas y encontré unos estudios médicos pretéritos que intentaban explicar por qué algunas personas oyen voces, tienen visiones y experimentan sensaciones de euforia. Desde la antigüedad los estados mentales alterados se han considerado como algo patológico y se los ha descrito siempre como tales. En *Las variedades de la experiencia religiosa*, William James llama «materialismo médico» a dicho método de eliminación:

El materialismo médico acaba con san Pablo al afirmar que la visión que tuvo en el camino a Damasco fue resultado de una lesión en la corteza occipital, puesto que era epiléptico. Remata a santa Teresa diciendo que era una histérica y a san Francisco de Asís afirmando que sufría una degeneración hereditaria... El materialismo médico cree haber logrado así socavar de forma irremediable la autoridad espiritual de tales personajes.

James continúa diciendo que la psicología moderna acepta las «conexiones psicofísicas» y la total «dependencia de los estados mentales de las condiciones fisiológicas». De lo que se deduce que todos los estados mentales son orgánicos en el siguiente sentido:

Las teorías científicas están condicionadas orgánicamente del mismo modo que lo están las emociones religiosas; y si conociéramos los hechos en detalle, podríamos comprender, sin lugar a dudas, que el hígado determina los dictados del ateo inquebrantable con la misma contundencia que determina los del metodista convencido y preocupado por su alma. Si, al filtrar la sangre, el hígado la altera de una manera, se obtiene como resultado la forma de pensar de un metodista, si la altera de otra, se obtiene la de un ateo. Y así con todos nuestros éxtasis y depresiones, nuestras nostalgias y gemidos, nuestras dudas y creencias. Todos están fundados orgánicamente por igual, tengan o no contenido religioso.<sup>165</sup>

James no creía que la cuestión acabara ahí, como lo demuestran las numerosas páginas que siguen a continuación del fragmento citado. A pesar de su importancia, ni el hígado ni las neuronas constituyen suficiente explicación para las experiencias y creencias espirituales ni intelectuales. El ingeniero que dejó de sentir empatía no está menos sujeto a su realidad fisiológica que san Pablo. Las ideas de James recuerdan la reflexión que Dostoievski hace sobre la enfermedad y los sentimientos en *El idiota*. «¿Y qué más da que sea una enfermedad? —se pregunta el príncipe Mishkin, el protagonista, que sufre de epilepsia—. ¿Qué importa que sea una tensión anormal si el resultado, si el momento mientras se experimenta, al recordarse y analizarse desde la salud recuperada, demuestra ser la armonía y la belleza en su máxima perfección, y proporciona un sentimiento imposible de imaginar ni de soñar hasta entonces, de plenitud, equilibrio, reconciliación y de una fusión extasiada y sagrada en la más elevada síntesis de vida?»<sup>166</sup> Aunque la morbidez es también a veces la trascendencia, la trascendencia no puede reducirse sólo a la morbidez.

Dostoievski explotó en sus novelas sus auras epilépticas, auras que, sin duda, tuvieron gran influencia en sus creencias religiosas. Flaubert nunca deslizó su dolencia

en su obra literaria de una manera explícita. Las efusiones románticas de Emma Bovary son totalmente diferentes a la euforia del príncipe Mishkin, sobre todo porque Flaubert mantuvo una distancia irónica, aunque comprensiva, respecto a su histriónica heroína. Puede que Dostoievski y Flaubert tuvieran la misma enfermedad, pero sus personalidades y su arte transitaron por sendas muy diferentes.

Lo cierto es que las experiencias místicas, se definan o no como algo enfermizo, parecen disolver los límites del ser. Si algo queda claro en las historias que trascienden los pabellones de neurología es que las fronteras del ser que imaginamos son mutables. Las auras de las migrañas a veces me han provocado una sensación de feliz inmersión en el mundo, pero la mujer temblorosa me parte en dos. El primer caso me produce una sensación de unidad y armonía; el segundo, de trastorno y división. Cuando me invade el temblor, mi sujeto narrador en primera persona parece ir en una dirección y mi recalcitrante cuerpo en otra, lo que demuestra que me encuentro a mí misma a través de mi voz interior. El lenguaje está íntimamente ligado con mi sentido del ser, ese interior verbal siempre rumiante que me acompaña mientras realizo mis tareas cotidianas. Yo me siento dueña del relato, lo modelo para que refleje lo que pienso, experimento o veo, y cuando hablo en voz alta me expreso con el mayor de los cuidados para que se me entienda, del mismo modo que escucho con suma atención cuando quiero comprender lo que está diciendo otra persona. Pero a veces las palabras se desquician y distancian de lo que uno siente y se alejan volando hacia territorios extraños, desde donde las oímos como si provinieran de seres invisibles. Hay personas que oyen voces.

En sus *Confesiones*, san Agustín escribe sobre su profunda crisis espiritual, cuando oye la voz de un niño repitiéndole una y otra vez: «Tolle, lege» (toma, lee).<sup>167</sup> Juana de Arco oía voces, hizo lo que le ordenaban y ellas la condujeron a la corte francesa y al campo de batalla. William Blake no sólo veía ángeles sino que también oía sus voces. La lista es larga e incluye a Mahoma, al poeta sufí Rumi, a Yeats y a Rilke. Todos oían voces en periodos de gran tensión y exceso de emociones. En una de mis clases en el hospital tuve a una alumna que hablaba con Dios y Él le contestaba. La mujer tenía línea directa con el cielo porque, según ella, Dios era su *marido*. Por supuesto que no todas las voces imaginarias constituyen revelaciones de carácter religioso. Un amigo me contó la historia de un conocido suyo que vivía atormentado por unas voces muy desagradables que le gritaban cada vez que abría los grifos para darse un baño: «¡Tú, cerdo sucio e inmundol!». Las historias de personas que oyen voces son tan viejas como la historia de las enfermedades convulsivas. Sócrates oía voces y en la *Ilíada*, así como en la *Odisea*, las voces de los dioses guiaban a los héroes. Sea cual sea el mensaje transmitido, quien oye voces nunca las experimenta como procedentes de su propio ser, y eso las diferencia cualitativamente de nuestro monólogo interior o

narración interna, aunque algunos investigadores sostienen que esas experiencias no son más que una desviación de nuestro monólogo interior. De todos modos, la persona que oye voces *no* las siente como algo *perteneciente a ella*, al igual que sucede con el síndrome de la mano ajena en pacientes con cerebro dividido o los casos de miembros paralizados en pacientes con síndrome de negligencia motora o el ejemplo de la mano de Neil, que recordaba al escribir lo que su cerebro había olvidado, o los textos automáticos que fluyeron de las plumas de innumerables poetas.

Julian Jaynes sostiene en su libro *El origen de la conciencia en la ruptura de la mente bicameral* (1976) que antes del final del segundo milenio a. C. los seres humanos tenían una mente bicameral en lugar de una conciencia unitaria (que los dos hemisferios del cerebro funcionaban por separado) y que, sometidos a situaciones extremas, esos hombres del pasado oían voces, por lo general órdenes, que se originaban en el hemisferio derecho y eran interpretadas como procedentes de poderes superiores. Todo cambió cuando la tradición oral se convirtió en tradición literaria, en una cultura basada en la lectura y en la escritura. Según la teoría bicameral, nuestro cerebro cambió con el advenimiento de la alfabetización.<sup>168</sup> Jaynes cuenta con admiradores y detractores y su genial idea continúa siendo muy polémica, pero hay investigadores que han vuelto a examinarla hace poco y algunos estudios han concluido que hay un aumento en la actividad del hemisferio derecho de las personas mientras tienen alucinaciones auditivas.<sup>169</sup> Sin embargo, sigue sin haber consenso sobre lo que sucede realmente en el cerebro de aquellos que oyen voces.

Lo que sí se sabe es que, aunque sigue considerándose que la función del lenguaje está dominada por el hemisferio izquierdo, eso no significa que el hemisferio derecho sea mudo sino todo lo contrario. El hemisferio derecho juega un papel importante en algunos aspectos del lenguaje, como es la comprensión del contenido emocional de una frase. Parece ser que las primeras experiencias del ser humano con el lenguaje (la repetición del nombre del amado retoño por sus progenitores, las cadencias de las canciones infantiles, los versos de las nanas y el sonido arrullador de la voz maternal) forman parte de la cognición del hemisferio derecho y no del izquierdo.<sup>170</sup> También pertenecen a esta categoría las primeras prohibiciones dadas por los padres, por ejemplo, «No» o «Deja eso», al igual que los términos tabúes y los improprios vetados. El neurólogo decimonónico John Hughlings especuló sobre las diferencias en la función lingüística de ambos hemisferios. Tras una meticulosa observación de sus pacientes y del estudio de las investigaciones realizadas por otros médicos (en particular por Paul Broca), llegó a la conclusión de que el hemisferio derecho era responsable de las expresiones automáticas, es decir, de las exclamaciones explosivas e involuntarias, imposibles de repetir intencionadamente. El veloz torrente verbal del síndrome de Tourette es una buena demostración de esto. Jackson sostenía que, cuando los hemisferios derecho e izquierdo funcionan juntos, el uso automático de las palabras se combina con el *voluntario* y ello se traduce en el habla normal.<sup>171</sup> Yo

subrayaría el hecho de que esa unión a la que se refiere Jackson significa que, cuando se juntan los hemisferios, *el habla obtiene un dueño*: el sujeto en primera persona. También resulta interesante algo que notaron los neurólogos a principios de los años sesenta: las personas analfabetas que sufren una lesión en las áreas del lenguaje del hemisferio izquierdo no presentan los mismos problemas afásicos que la gente culta,<sup>172</sup> una observación que no prueba, aunque tampoco desmiente, la radical teoría histórica de Jaynes. Parece que leer y escribir fortalecen el dominio del hemisferio izquierdo.

También existe la hipótesis de que las personas en estado hipomaniaco y maniaco pueden convertirse temporalmente en bilaterales desde el punto de vista del lenguaje y usan ambos hemisferios de forma más igualada. Un gran número de poetas han sufrido trastornos bipolares, con sus drásticos altibajos, lo que ha llevado a algunos investigadores a señalar que la poesía (a diferencia de la prosa o el habla cotidiana) se nutre del potencial lingüístico del hemisferio derecho y ello podría explicar algunas historias sobre la escritura automática, las inspiraciones súbitas y esa sensación que experimentan algunos escritores de que su obra no es totalmente voluntaria sino que parece haberles sido «dictada». Entre los muchos poetas y novelistas que han sufrido lo que hoy se llama trastorno bipolar se incluyen Paul Celan, Anne Sexton, Robert Lowell, Theodore Roethke, John Berryman, James Schuyler y Virginia Woolf. Mi sensación respecto a la escritura de los pacientes maniacos (o, de hecho, de cualquier paciente psicótico) es que tanto su prosa como su poesía son mucho más vívidas, musicales, ingeniosas y originales que las de las llamadas personas normales. Es muy común encontrar en ellos temas religiosos y cosmológicos aunque, por lo general, sus textos carecen de lógica y secuencia narrativa. Gran parte de los pacientes que asisten a mi taller de escritura creativa han oído voces y muchos de ellos son hipergráficos hasta grados extraordinarios. Una de mis alumnas, P., una mujer inteligente, con amplio dominio del lenguaje y una educación académica excelente, es maniaco-depresiva y en una ocasión me contó que, durante uno de sus prolongados episodios de euforia, había redactado un manuscrito de siete mil páginas en cuestión de pocos meses.

Oír voces suele estar más asociado a la esquizofrenia. Algunos esquizofrénicos viven atormentados por oleadas constantes de voces (a veces malignas y otras no) cuyos incesantes comentarios, órdenes o reprimendas interfieren en todos los aspectos de su cotidianidad, desde levantarse, trabajar, comer hasta la relación con su familia. De todas formas, desde que Jaynes publicara su libro en 1976, varios estudios han demostrado que las alucinaciones auditivas son bastante comunes en personas a quienes no se les ha diagnosticado un trastorno mental. Daniel Smith, autor de *Muses, Madmen and Prophets: Rethinking the History, Science, and Meaning of Auditory Hallucinations*, se interesó por el tema porque su padre y su abuelo oían voces constantemente. Ninguno de los dos era esquizofrénico ni maniaco-depresivo. Me parece conmovedor que Smith haya realizado un gran esfuerzo para experimentar él mismo esas alucinaciones. Incluso llegó a

encerrarse en una cámara de privación sensorial para poder lograrlo, pero todo fue en vano.<sup>173</sup>

La interpretación que cada ser humano da al hecho de oír voces es diferente. Algunos, sobre todo los esquizofrénicos, dicen que el parloteo que oyen dentro o fuera de sus cabezas proviene de invasores del espacio exterior, de ángeles, o de artilugios implantados, como radios o, en los últimos tiempos, microchips; mientras que otras personas aquejadas de la misma afección son conscientes de que las voces se producen en el interior de su cabeza. Los esquizofrénicos tienen una mayor tendencia a buscar una respuesta delirante, a moverse en un mundo irreal. Después de todo, una alucinación no es más que una experiencia que no forma parte de la realidad intersubjetiva. Si yo oigo campanas y te pregunto si tú también las oyes, pero lo único que llega a tus oídos es el ruido blanco de mi salón, entonces tendrás buenas razones para pensar que me pasa algo raro.

Después de la ceremonia de plantar el árbol en honor a mi padre, nos fuimos juntas mi madre, mis tres hermanas y yo y acabamos charlando en la cocina de Liv. Durante un rato comentamos mis extrañas convulsiones y a continuación hablamos de otros misterios neurológicos, así que les conté mis alucinaciones auditivas. Cuando tenía once y doce años oía voces, no siempre, pero sí de vez en cuando. Me sucedía cuando estaba sola. Las voces que oía componían una suerte de coro que repetía frases una y otra vez, de forma mecánica, y eso me hacía pensar que lo que querían era envolverme con su ritmo amenazador e insistente para apoderarse de mí. Liv comentó que ella también oía voces que la regañaban, más o menos a esa misma edad, y que solía hacerles frente con sus propias palabras en un intento de acallarlas. Entonces mi hermana Ingrid confesó que, cuando tenía seis o siete años, había oído una voz y creyó que era su conciencia que le hablaba en voz alta. Una noche, consternada por el murmullo que llenaba su cabeza, fue hasta nuestros padres y les preguntó qué tenía que hacer con «Pepito Grillo». Pinocho era la única referencia que tenía mi hermana de aquel fenómeno, una referencia perfectamente lógica, aunque mis padres, como es comprensible, no entendieran lo que les preguntaba su hija. Sin embargo, mi madre y mi hermana Asti jamás oyeron voces. Asti confesó sentirse un poco frustrada por ser la única de las cuatro hermanas que no había tenido alucinaciones auditivas. Más adelante mi hija Sophie, que ahora tiene veintiún años, me dijo que también ella había oído voces cuando era niña. Una vez, después de morir mi abuelo, mi padre me dijo: «A veces oigo a padre que me llama». Lo dijo con toda naturalidad, emocionado, como si fuera algo normal. No me dio la impresión de que lo considerase un problema. Él amaba a su padre y a veces oía su voz. Quizá esa voz era la reaparición de un viejo recuerdo auditivo procedente del hemisferio derecho del cerebro: la voz de su padre llamándolo

para que volviese a casa. En diferentes coyunturas de mi vida he tenido alucinaciones auditivas y he oído a mis padres llamándome. Parece que el fenómeno perdura en la familia. Mi padre, tres de cuatro hermanas y mi hija, todos oímos o hemos oído voces.

Hay otra anécdota que sirve para ilustrar el carácter emocional, conciso pero contundente, de la experiencia de oír una voz que surge de algún lugar de nuestro ser aunque se oiga con toda claridad como si procediera de otra persona. Durante el sitio de Sarajevo, mi marido y yo tuvimos alojado en casa a un director de teatro de aquella ciudad que había puesto en escena uno de los libros de mi esposo. Los pocos días que estuvo con nosotros nos contó historias sobre amistades traicionadas, crueldades atroces y las penurias típicas de la guerra que estaba teniendo lugar. Un día se marchó de mi casa en Brooklyn a media mañana para asistir a una reunión en Manhattan. Le dije adiós y regresé a mi estudio para continuar trabajando. Me senté y, apenas unos minutos después, oí gritar a mi amigo pidiendo ayuda: «¡Socorro!». Bajé los dos pisos corriendo por la escalera y me dirigí hacia la puerta, con el temor de encontrarlo caído a la entrada de casa. Pero no había ni rastro de él. Había sido una alucinación. Yo nunca había oído a mi amigo decir «Socorro». La voz, *su voz*, no era un recuerdo acústico de una palabra pronunciada por él sino que, como sucede en los sueños, fue una versión condensada del recuerdo de las conversaciones de todos esos días en un único e intenso grito de auxilio, que brotó repentina e involuntariamente de algún rincón emocional y profundo de mi mente.

Desde aquella extraña y memorable llamada de auxilio, sólo he vuelto a oír voces por la noche. Cuando estoy a punto de dormirme, en ese umbral entre la vigilia y el sueño, suelo oír voces tanto masculinas como femeninas que pronuncian frases cortas y enfáticas y, de vez en cuando, mi nombre. A veces me repito que tengo que intentar recordar lo que dicen, pero rara vez lo hago. Son pequeñeces auditivas que uno colecciona y que surgen en ese momento cuando la plena conciencia se desvanece y parece bifurcarse en dos vías del todo independientes: lo oído y lo visto. Seres invisibles y extraños hablan a trompicones mientras yo contemplo las fabulosas alucinaciones hipnagógicas, por lo general de colores brillantes, tanto figurativas como abstractas, que pasan por delante de mis párpados cerrados. Son fenómenos que se producen en el limen que separa el dormir de los sueños y, al igual que éstos, no son voluntarios. Sin embargo, a diferencia de los sueños, oigo las voces pero nunca contesto y contemplo las visiones como un simple observador, jamás como un protagonista en primera persona. Una vez me vi a mí misma en una de esas películas previas al sueño. Al principio no me reconocí, pero después me di cuenta de que era una imagen de mí cuando era joven. Sostenía en brazos a mi hija, que todavía era un bebé. Sophie recostaba su cabecita sobre mi hombro y después, al igual que todo lo demás que aparecía sobre aquella pantalla en continua metamorfosis, nos esfumábamos.

Si hay alguna conclusión que podamos sacar tras este pequeño recorrido por sensaciones trascendentes y voces extrañas es lo difícil que resulta clasificar estos fenómenos. A veces son experiencias asociadas a una enfermedad, como la epilepsia o la psicosis, y a veces, no. Si acaban resultando insoportables a quienes las padecen o a sus allegados, entonces esa persona irá a parar a un hospital y será sometida a tratamiento. Si no, los éxtasis más elevados y apasionados, así como la presencia intermitente de voces, pueden integrarse sin mayores problemas en la vida cotidiana de un ser humano e incluso terminar convertidos en creación poética. De hecho, es posible que otorguen más sentido a la vida, en lugar de quitárselo, y que cada uno acabe, inevitablemente, interpretándolos según la perspectiva de su propia historia narrativa. Es posible que los éxtasis clarividentes de Rumi y de Rilke presentaran características y aspectos fisiológicos similares, pero cada uno contextualizó la experiencia de forma diferente, porque cada uno vivía dentro de un lenguaje propio y de una cultura propia. Lo cierto es que resulta difícil dejar la *personalidad* a un lado de las experiencias vividas, por más curiosas que éstas sean, sobre todo si son experiencias recurrentes, y, a la hora de poder vivir con ellas, es crucial el sentido que les demos.

Recibo una carta de tres páginas escritas a un espacio de la doctora L. Es un resumen de nuestro encuentro y de los pasos que debo seguir. Es una mujer muy concienzuda. Hay una frase que me llama la atención: «En concreto, el historial y el examen físico indican que la paciente padece una migraña clásica, que en ocasiones puede devenir en estado migrañoso, y le preocupa la posibilidad de sufrir una epilepsia del lóbulo temporal, basándose en el historial y las características de los episodios». Ay, mi vida se desarrolla en la zona fronteriza de la Cefalea. Casi todos los días me despierto con jaqueca, que amaina después de tomarme un café, pero también, casi a diario, va acompañada de algún dolor, de una especie de nube que se instala en mi cabeza y de una extrema sensibilidad a la luz, a los sonidos y a la humedad ambiental. Casi todas las tardes me tumbo y hago mis ejercicios de biorretroalimentación para calmar mi sistema nervioso. El dolor de cabeza soy yo y comprenderlo ha sido mi salvación. Quizá ahora el truco consista en integrar del mismo modo a la mujer temblorosa, en reconocer que ella también forma parte mí.

Me siento en la pequeña sala de espera de la clínica donde me harán la resonancia magnética. Tengo un formulario del seguro médico en la mano. La compañía aseguradora sólo ha aprobado la resonancia magnética del cerebro, pero no la de la espina cervical. Cuando relleno el formulario con mi nombre y dirección estoy a punto de cometer un error. Donde pone «Población», en lugar de escribir Brooklyn casi

escribo Northfield, el pueblo donde crecí. Me quedo atónita. Llevo viviendo en Brooklyn veintisiete años y, en total, treinta en Nueva York. ¿Qué me está pasando? Sin ser consciente de ello debo de haber viajado en el tiempo hasta una casa que no recuerdo. Lo único que conservo en la memoria de aquella época es mi primera dirección: 910 West Second Street, Northfield, Minnesota. El interior de esa casa es todo imaginario y sus ocupantes son personajes que he creado a partir de las historias que me contaron otras personas. Mi joven madre vigila a un bebé con fiebre que se retuerce y sacude. Ahora vivo en otra Second Street, pero ésta queda en Brooklyn, en Nueva York. El error tomó cuerpo en un nivel mental oculto donde una ciudad suplantó a la otra, dos calles se convirtieron en una y pasado y presente se fundieron en una sola imagen paroxismal. Lo que aflora a la superficie es una palabra: *Northfield*. Mientras mi mano movía la pluma sobre el papel relleno de información requerida, esa acción habitual que he realizado miles de veces desde que aprendí a escribir me trasladó a otra época, y de pronto era como si yo siguiera siendo una colegiala y estuviera sentada en mi pupitre relleno de formulario con mi nombre y dirección para entregárselo a la profesora.

Me colocan unas tiritas en la cabeza, me introducen dentro de un tubo largo y me invade la ansiedad. El especialista me explica que la prueba durará una media hora. Me da una pelota para apretar en caso de que «no me agrade estar ahí dentro», en otras palabras, si me entra el pánico. No me agrada estar ahí dentro, pero no me entra pánico. Me digo a mí misma que debo hacer biorretroalimentación y abro mi mente a la experiencia como haría cualquier buen fenomenólogo. Aunque me han puesto tapones en los oídos, el ruido de la máquina es ensordecedor. Siento como si me hubieran inmovilizado en medio de un concierto de rock extraterrestre cuyos ritmos son golpes que repercuten sin cesar en mi cabeza. Intento contar los golpes. Tres explosiones sonoras largas seguidas de seis golpes cortos. No me cuesta asimilar ese ritmo, pero a continuación se oye un veloz martilleo. El concierto da paso a un robot que se ha tomado unas anfetaminas y me está usando de tambor. Me cuesta mucho permanecer quieta. Los sonidos me retumban en la cabeza, pero también me repercuten en el torso, los brazos y las piernas. El rostro se me crispa sin quererlo. A la media hora me sacan de aquella cápsula totalmente aturdida.

Cuando salgo del edificio percibo una niebla que empieza a descender dentro de mi cabeza. Mi visión ha cambiado, la luz del sol me hace daño. Siento que me mareo, tengo náuseas. Después me invade un dolor agudo y un increíble cansancio que me hace disminuir el paso. La resonancia magnética me ha provocado una migraña. La prueba para buscar cicatrices en mi cerebro que respalden un diagnóstico de epilepsia ha arrastrado al pobre órgano hasta una zona conocida: el territorio de la Cefalea. La

ironía del asunto me hace sonreír. Ya no lucho contra la migraña. Me entrego a ella y, al hacerlo, logro, aunque parezca extraño, sentir menos dolor.

Simone Weil escribe en *La gravedad y la gracia*:

Dolores de cabeza. En determinado momento se alivia el dolor proyectándolo hacia el universo, pero eso altera el universo; el dolor es más intenso cuando regresa a su seno, pero hay algo en mí que no sufre y permanece en contacto con un universo que no ha sido alterado.<sup>174</sup>

Weil, filósofa, mística y activista política, sufría unos dolores de cabeza atroces. Padecía migrañas crónicas y los rasgos de su personalidad se asemejan mucho a aquellos que Norman Geschwind asociaba a la epilepsia de lóbulo temporal. Habría que describirla como una hiposexual. Nunca tuvo un amante y era profundamente religiosa e incansable a la hora de escribir. Si alguna vez sufrió un ataque convulsivo nunca llegaron a diagnosticárselo. Geschwind no creía que su lista de síntomas se limitara sólo a los epilépticos, lo que amplía las fronteras del síndrome y, al mismo tiempo, le resta solidez como herramienta de diagnóstico. Weil era una persona de portentosas dotes intelectuales cuyas experiencias la alejaron del materialismo y la introdujeron en el terreno de la trascendencia extraordinaria. (Sospecho que habría sido capaz de descifrar cualquier imagen que el profesor Baruss le pusiera delante.) La vida de Weil es otro ejemplo más de cómo lo neurológico y lo psicológico pueden llegar a solaparse y moldear creencias, sean o no de naturaleza espiritual, tal y como sostenía James. Aislar la personalidad y las ideas de Simone Weil de sus migrañas supondría crear falsas categorías, lo que no significa que ella fuera *producto* de sus migrañas. Al igual que todos nosotros, la escritora fue formando su yo por acumulación a lo largo del tiempo. La tendencia genética a sufrir migrañas y la experiencia de los dolores de cabeza continuos, así como la inestabilidad neurológica que conllevan, fueron piezas esenciales en la historia de su vida, como también lo fueron los ataques de epilepsia en el caso de Dostoievski. Por supuesto que la epilepsia y las migrañas no son privativas de las personas con talento. La verborrea hipergráfica de alguien puede ser brillante mientras que la de otro puede ser sólo una sarta de tonterías. La enfermedad no produce necesariamente clarividencia.

El pasaje que Weil escribió sobre el dolor de cabeza sí que es perspicaz. Disuelve las fronteras entre lo exterior y lo interior. Su herida es interna y externa, su dolor es intenso, sin embargo una parte de ella lo posterga y se aferra a lo que no está dañado, a lo que permanece inalterado. Sé por experiencia que es posible trabajar con un dolor de cabeza muy intenso; que es posible estar sufriendo y aprender a no prestar atención al sufrimiento, pues eso sólo sirve para exacerbar el suplicio. La obsesión y la preocupación no hacen más que empeorar los dolores de cabeza. La distracción y la meditación los alivian.

En su libro *Pain: The Science of Suffering*, el neurocientífico Patrick Wall sostiene que el dolor no puede medirse a través de los métodos corrientes de la ciencia. Escribe que, estudio tras estudio, los investigadores reúnen grupos de «sujetos» para administrarles un estímulo doloroso a cada uno de ellos y, a continuación, observar las respuestas fisiológicas de los voluntarios. Así es como procede la ciencia, pero Wall sostiene que el contexto artificial de tales experimentos distorsiona la realidad del dolor. Los sujetos saben que los científicos no van a someterlos a un estado de prolongada agonía y que si el dolor se hace insoportable siempre pueden gritar ¡Basta! Wall denomina a ese ambiente de laboratorio *dolor sin sufrimiento*: «La medición del dolor en tales circunstancias se ha realizado mediante miles de pruebas. El concepto de una sensación pura de dolor liberada de toda percepción y significado es inherente a dichas pruebas. Hay muchos que creen que tal sensación existe. Yo no».<sup>123</sup> Wall señala que, a pesar de que los experimentos se lleven a cabo de una forma exacta y con instrucciones verbales idénticas, el umbral más alto de tolerancia al dolor cambia de cultura en cultura. Los resultados también dependen de quién dé las instrucciones: un hombre o una mujer, un profesor, un técnico o un estudiante.

Nada de eso me sorprende. Es más soportable un dolor que sabemos que será transitorio (ésta es una gripe estomacal que pasará en veinticuatro horas y pronto estaré mejor) que otro, aunque sea más leve, que sabemos que acabará matándonos. Yo tengo raíces escandinavas, una cultura donde se valora mucho el estoicismo. Allí se considera admirable nadar en agua gélida, pero puede que en otras culturas eso mismo sea visto como una insensatez o una absoluta locura. Así que la respuesta de una persona ante ese chapuzón en las profundidades glaciales no sólo *parecerá* diferente según lo que signifique para ella sino que *será*, de verdad, diferente desde un punto de vista psicológico y neurológico. No puede entenderse el uno sin el otro. La mayoría de las personas se siente más impresionada ante un profesor que ante un alumno y estará más predispuesta a mostrar una mayor tolerancia al dolor si se encuentra delante del mismísimo *Herr Doktor* que si está delante de un subordinado que sólo se limita a leer unas instrucciones. Supongo que si los que están frente a frente son dos hombres la testosterona producirá una competitividad natural, algo menos frecuente de encontrar en las mujeres. Y el dolor es siempre emocional. El miedo y la depresión son compañeros constantes del dolor crónico. *Este dolor no pasará nunca; voy a estar siempre dolorida; me siento tan triste*, son los mantras que repiten los que se levantan, pasan el día a duras penas y se van a dormir soportando un dolor continuo, sea del origen que sea. Cuando tuve mis dos episodios de estado migrañoso, cada uno de los cuales duró casi un año, comprobaba continuamente mi dolor: *¿Ha disminuido? Un poquito*. En mi interior la esperanza agitaba una bandera victoriosa. *¡Pronto pasará y acabará desapareciendo para siempre! ¿Estaba peor? Sí, no había duda de que estaba peor*. Bajaba la bandera y volvía a la batalla. Hora tras hora, día tras día mes tras mes, controlaba los

altibajos de mi desdichada cabeza. Después de acudir a la consulta del doctor E. y de aprender a meditar con su máquina (en esencia no existen diferencias entre la biorretroalimentación y las distintas formas de meditación oriental), abandoné la brigada de vigilancia de jaquecas. Dejé de prestarle tanta atención al dolor. Suele estar ahí y de vez en cuando se intensifica y tengo que parar de trabajar y tumbarme, pero ya no me desespero ni pienso que un día desaparecerá para siempre. Mi dolor es cualitativamente distinto al que sufría cuando era más joven. Sufro menos porque ha cambiado mi percepción del dolor que siento y el significado que le atribuyo.

Patrick Wall murió de cáncer en 2001. En su libro, publicado un año antes de su muerte, no ampliaba las fronteras de su estudio para incluir la investigación científica sobre otros aspectos de la vida humana, pero podría haberlo hecho sin ningún problema. Lo fundamental que Wall viene a decir es: no puede separarse el dolor de nuestra percepción del dolor y tal percepción posee significado. Esas percepciones responden al sistema nervioso de un individuo, un sistema que se encuentra dentro de un cuerpo en particular, relacionado con un ambiente en particular (una cultura, un lenguaje y otras personas, presentes y ausentes). El dolor se da en el interior del organismo vivo de un sujeto y no dentro del cuerpo inerte, objetivo e hipotético de *La Anatomía de Gray*. ¿Existe alguna «sensación pura» que pueda atribuirse a una red neuronal en lugar de a un ser humano sensible, pensante, corpóreo que habita dentro del mundo? Y ese problema ni siquiera toca de cerca el inquietante dilema de la palabra *dolor* en sí misma, usada aquí por los investigadores para referirse a lo que sucede después de que un «sujeto» recibe una descarga eléctrica, un pinchazo o una bofetada. ¿Cómo puedo saber qué significa el dolor si no es a través de lo que significa para mí? Durante años he estado dándole vueltas a las reflexiones de Wittgenstein sobre el lenguaje y el dolor en sus *Investigaciones filosóficas*. Wittgenstein escribe: «[El dolor] no es un *algo*, ¡pero tampoco es una *nada*! La conclusión sólo puede ser que una nada sirve del mismo modo que un algo sobre el cual nada se puede decir». A continuación el filósofo recomienda «una ruptura radical con la idea de que el lenguaje siempre funciona de un modo determinado y siempre sirve al mismo propósito: expresar los pensamientos, ya se refieran a una casa, al dolor, al bien y el mal o a lo que uno quiera».<sup>126</sup> El carácter escurridizo del lenguaje radica en su uso, que varía según el hablante. Los científicos olvidan esto con sorprendente frecuencia.

Siempre me ha parecido cómico que un doctor me pida que califique mi dolor en una escala del 1 al 10. En este caso los números suplantán a las palabras. ¿Calificar mi dolor en relación con qué? ¿Al peor de los dolores que he sentido en mi vida? ¿Recuerdo cuál fue el peor de los dolores? En tal caso, no podría evocarlo exactamente como un dolor sino más bien como la expresión de un recuerdo o una relación empática con mi ser pretérito: nacer es doloroso, las migrañas son dolorosas, la fractura que sufrí en el codo fue dolorosa. ¿Cuál era un 6 y cuál un 7? ¿Equivale tu 4 a mi 5? ¿El 9 de Charlie es el 2 de Daya? ¿Existe de verdad un dolor 10 o es una especie de

representación utópica de un sufrimiento imposible de soportar? ¿Te mueres después de un 10? La noción de que los niveles de dolor puedan medirse por números es absurda pero es algo que suele hacerse.

El cambio operado en mi dolor es psicobiológico. Mi forma de pensar ha sido crucial a la hora de reducir mi sufrimiento. Como señalaban los autores del estudio sobre el efecto placebo que he citado con anterioridad, los «factores cognitivos» afectan a nuestra neuroquímica. Lo que siempre hemos considerado como algo mental puede influir en aquello que siempre hemos considerado como físico. Nadie puede explicar el funcionamiento de esos complejos mecanismos, pero la actividad en la zona ejecutiva prefrontal del cerebro parece regular e inhibir muchas funciones cerebrales. Las personas que sufren un trastorno obsesivo-compulsivo pueden reducir su intensa necesidad de lavarse, de verificarlo todo, de contar o de tocar los objetos recurriendo a sencillas técnicas cognitivo-conductivas, aprendiendo a resistir los impulsos durante periodos de tiempo cada vez mayores. La cura por la palabra ha demostrado ser igual de efectiva que los medicamentos para los pacientes con una depresión suave o moderada, aunque por lo general el tratamiento incluye ambas cosas.<sup>177</sup>

Los seres humanos son seres repetitivos. La repetición es lo que genera los significados. Cuando me topo con una palabra que no conozco, tengo que buscarla en el diccionario y luego esperar que la próxima vez que vuelva a presentarse me acuerde de lo que significaba, por ejemplo, el término *pruriginoso*. En cuanto se repite, la novedad deja de ser novedad. Temblar una sola vez es diferente a temblar dos veces. En las enfermedades psiquiátricas y neurológicas, la repetición parece ser compulsiva, una urgencia incontenible de retornar a lo mismo, algo que Freud notó en sus propios pacientes y sobre lo que escribió. Es evidente que muchos de los que asisten a mis talleres de escritura en el hospital se han estancado en una rutina neuropsicológica y son incapaces de salir de un cuadro patológico de repetición incesante. Por ejemplo, las personas con depresión generan un pensamiento pesimista tras otro. Pero en algunas ocasiones, si se les presiona para que centren sus energías en una tarea escrita, son capaces de abandonar en un abrir y cerrar de ojos sus trincheras de sufrimiento, aunque sea por un momento. «Recuerdo la salsa que hacía mi madre para el pollo y lo rica que era.»

La historia de la mujer temblorosa es la narración de un hecho repetido que, con el paso del tiempo, fue ganando múltiples significados al considerarlo desde diferentes perspectivas. Lo que al principio pareció una anomalía, adquirió una carga emocional y alarmante tras su reaparición. ¿Puede decirse que, con el paso del tiempo, mis respuestas eran psicológicas más que neurológicas? ¿Dónde se fijan los límites? Los

científicos suelen hablar de *niveles*: el nivel neural y el nivel psicológico. Usan una metáfora espacial. Debajo están las neuronas. Un escalón más arriba, la psique. Subimos por una escalera, no muy diferente a la gran cadena del ser medieval. Lo visible existe en el primer peldaño y lo invisible, todo lo psíquico, en el segundo. Una neurona puede verse. Los pensamientos, no. ¿Son las neuronas más reales que los pensamientos? Los científicos hablan a menudo de las representaciones neurales. ¿Cómo *representan* las neuronas una cosa? Una representación es una imagen o un símbolo de otra cosa. ¿Cómo funciona eso? ¿Existe un estrato llamado *cerebro* y por encima otro llamado *mente* que están interconectados de alguna manera? Otros científicos y filósofos añaden un tercer nivel que comprende nuestra vida cultural, social y global (aquello que está fuera de nosotros). ¿No cabe la posibilidad de que esta metáfora visual sea problemática, que la idea misma de establecer *niveles* jerárquicos sea una noción fallida? ¿De verdad pueden distinguirse tan claramente el cerebro, la psique y lo cultural? ¿No nacemos en un mundo lleno de otras cosas y otros seres significativos? No tengo una respuesta para estas preguntas pero me planteo, al igual que Wall, si es posible aislar de su contexto una experiencia como el dolor.

Por otro lado, no creo que deba ignorarse la biología. Lo que me atrae del pensamiento de Merleau-Ponty es que él, al igual que James, hace hincapié en la realidad corporal de la existencia humana: «Visible y móvil, mi cuerpo es una cosa en medio de otras cosas; forma parte de la estructura del mundo y su cohesión es la misma que la de un objeto. Pero debido a que se mueve por sí solo y ve, sitúa las cosas en un círculo alrededor suyo».<sup>178</sup> La reciente moda de la construcción social (el estudio de cómo las ideas se forman en una cultura y conforman nuestros pensamientos) ha generado innumerables libros con títulos como *La construcción social de X* o *La invención de Y*. A menudo estos libros tienen un trasfondo político. Por ejemplo, si se revela cómo la idea de ser mujer se ha «construido» y «reconstruido» con el correr de los años quizá podría liberársela de su carga de sexismo, demostrando que la feminidad no es una entidad estática sino una idea fluctuante sujeta a la influencia de la historia y de la sociedad. Sería difícil rebatir algo así, pero a veces la enorme atención que se presta al entorno social convierte a los seres humanos en estatuas de piedra. Aunque existen los hermafroditas, la mayoría de nosotros nacemos hombres o mujeres y hay diferencias biológicas entre los dos sexos, lo que no implica la necesidad de oprimir ni al uno ni al otro. Cuando di a luz a mi hija, sentí que mi cuerpo se hacía cargo de lo que sucedía. Por supuesto que tanto el embarazo como dar a luz están también construidos socialmente. Mary Douglas señala en *Pureza y peligro* que en la cultura del pueblo lele un niño nonato es percibido por los demás integrantes de la comunidad como un peligro y que una mujer embarazada debe tener cuidado de no acercarse a los enfermos porque temen que éstos empeoren.<sup>179</sup> Sophie nació en 1987 y, al menos en mi círculo más cercano, se consideró digno de admiración que yo pariera «de forma natural», sin calmantes. Ahora lo normal es que te pongan la epidural. El dolor ya no se lleva. Ahora se llevan los calmantes. Las «construcciones» varían de cultura en cultura y cambian

dentro de éstas. Pero, desde otra perspectiva, dar a luz es un hecho físico que, en sus aspectos fundamentales, es siempre el mismo. El sexo y dar a luz son ideas generadas culturalmente y, al mismo tiempo, hechos de la naturaleza.

En su libro *¿La construcción social de qué?*, Ian Hacking trata el tema de la enfermedad psiquiátrica y propone que hay espacio para ambos factores, la construcción social y la biología. El autor señala que las clasificaciones afectan a las personas, pues interactúan con ellas y son lo que Hacking denomina *tipos interactivos*. Que te etiqueten de esquizofrénico te afectará y, debido a ello, puedes verte inmerso en la subcultura de la psiquiatría, un territorio aparte, con médicos con bata blanca, tratamientos farmacológicos, salas bajo llave, terapia de baile e incluso talleres de escritura creativa que influirán en la forma de verte a ti mismo. Eso no quiere decir que no exista una biología inherente que funcione ajena por completo a lo que se piense de ella; una predisposición genética a la esquizofrenia podría ser considerada de *tipo indiferente*, que se correspondería, según Hacking, al término filosófico *tipo natural*.<sup>180</sup> Sin embargo, hay veces en las que tu forma de pensar sí afecta a tu biología, como bien sabe Hacking. Cuando yo hago biorretroalimentación estoy alterando mi sistema nervioso. Con todo esto quiero decir que la ciencia pura es vital. Observar un organismo unicelular puede arrojar resultados extraordinarios. El estudio de las estructuras vivas más elementales puede aportarnos algo sobre nosotros mismos. No es accidental que la ciencia haya llegado a ocupar un lugar tan importante dentro de nuestra cultura. Como señalaba Jürgen Habermas, la ciencia ha logrado ascender en el mundo moderno porque ha demostrado tener un gran dominio sobre el mundo natural.<sup>181</sup> Basta pensar en la bomba atómica o, para poner un ejemplo más positivo, en los antibióticos.

Sin embargo, el lenguaje que usamos es crucial para poder entendernos y muchos de los modelos intelectuales que explicaban *cómo somos* los seres humanos son limitados, inadecuados o rematadamente obtusos. Las categorías, las fronteras, las distinciones y las metáforas como escaleras, raíces, teatros, computadoras, proyectos, maquinarias o habitaciones estancas son tan necesarias como útiles, pero tienen que ser reconocidas como lo que son: imágenes prácticas que ayudan a la comprensión, y eso descarta, malinterpreta o distorsiona cualquier realidad ambigua y cambiante. Es humano querer definir las cosas y darles nombre. En realidad nadie desea vivir como el personaje de Borges, un ser tan atento a la cambiante plétora de acontecimientos de este mundo extraordinario que considera que el perro que veía a las tres y catorce minutos merecía un nombre distinto al perro que veía pasar a las tres y cuarto. Sin embargo, el relato nos recuerda que toda abstracción tiene su precio. Los médicos necesitan diagnósticos y nombres para agrupar síntomas y lo mismo les sucede a los pacientes. Al menos, yo tengo un cartel que colgarle a mis diferentes achaques, dolores, temblores y convulsiones. ¿O no es así?

Mi resonancia magnética ha dado un resultado normal. Mi cerebro no presenta bultos, tumores ni adelgazamiento de la corteza. Tendré que enfrentarme a la compañía aseguradora para conseguir que me autoricen la segunda resonancia, la de la espina cervical. Hay un importante porcentaje de personas que sufren convulsiones cuyas neuroimágenes también arrojan unos resultados normales. En *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* encuentro un estudio titulado «¿Vale la pena someter a una intervención quirúrgica a pacientes epilépticos cuyas pruebas de neuroimagen muestran resultados normales?»<sup>182</sup> Los autores creen que sí, pero, por supuesto, quieren sacar trocitos de cerebro pertenecientes a personas atormentadas por ataques convulsivos, a pesar de que sus médicos no logren encontrar pruebas de una lesión en los resultados de la resonancia. ¿Otra vez vuelvo a encontrarme en el punto de partida? Ahora me están atendiendo una psicoanalista-psiquiatra y una neuróloga, pero ninguna de ellas puede decirme quién es la mujer temblorosa.

Separar el interior de una persona (la parte neurológica y la psicológica) de su exterior (las demás personas, el lenguaje, el mundo) puede ser útil, pero no deja de ser artificial. Las diferencias que resulten de tales incisiones dependerán del enfoque, es decir: de cómo se vea e interprete una enfermedad o unos síntomas. Incluso si mi temblor fuera histérico, una forma de disociación o una metáfora personal de lo inefable, del duelo o de un conflicto emocional con mi padre que yo hubiera reprimido y luego se hubiese manifestado como un ataque psicogénico, dudo que hubiera tomado esa forma en particular si yo no hubiese tenido una predisposición neurológica. Propensión debida, quizá, a mis temblores afiebrados cuando era un bebé, al ataque que me dio en París antes de aquella prolongada migraña o a alguna otra razón todavía sin identificar. Muchas personas (actores, músicos, cirujanos o abogados ante un tribunal) sufren temblores en las manos momentos antes de su actuación y muchos los calman con medicamentos. Mis ataques también podrían ser sólo una versión extrema de esa misma manifestación física de ansiedad, o sea; algo más prosaico de lo que me había imaginado. Por otro lado, digamos que en algún rincón de mi cerebro pudiera haber una *lesión* que no ha sido detectada por la resonancia magnética (o podría estar en mi espina cervical, que nunca pude someter a chequeo alguno) y que fuera la *causa* de mis convulsiones. Aun así seguiría sin creer que yo no me hubiera echado a temblar si no hubiera estado hablando sobre mi padre o no me hubiera encontrado en aquel territorio plagado de antiguos recuerdos o si no hubiera estado delante de amigos de mi familia a los que conocía desde la infancia. Aquel día no habría temblado si no hubiera existido algún poderoso catalizador emocional oculto. Los ataques epilépticos suelen estar provocados por emociones fuertes. ¿Y qué decir de las convulsiones que sufrí en los

Pirineos? Ascendí con demasiada rapidez y me quedé sin aliento, lo cual hizo que mi sistema nervioso, de por sí vulnerable, desatara los temblores. La hiperventilación puede causar espasmos. Cada persona tiene un umbral para las convulsiones. El mío debe de ser más bajo de lo normal. Claro que puedo estar equivocada respecto a todo esto.

Sea cual sea la verdad, los altibajos de mi sistema nervioso y mis encuentros con los médicos ilustran las ambigüedades de la enfermedad y su diagnóstico. Las ideas filosóficas que subyacen al hecho de llamar una cosa por un nombre y otra por otro no suelen discutirse y puede que su razón esté determinada más por modas intelectuales que por un pensamiento riguroso. El titular del *New York Times* «La histeria es real?» se basa en la siguiente creencia convencional: si puedes verla es real y física; si no puedes es irreal y mental. O, mejor dicho, la mayoría de los científicos coinciden en que aquello que es mental es, en realidad, físico, lo que sucede es que no logran describir cómo funciona. También podríamos añadir que hay otros científicos que sostienen que no existe ninguna realidad física que podamos comprender con una objetividad total, como si fuéramos capaces de salir de nuestra cabeza y considerar algo de forma neutral. Todo lo que vivimos nos llega a través de la mente. La palabra clave está ahí, en la mente. Sea cual sea el caso, no existe a un «nivel» más vulgar ninguna causa-efecto sencilla ni fácil de identificar que explique con exactitud cuál es mi mal, no hay una evolución lineal sino varios factores que pueden jugar o no un papel importante en los caprichos del devenir de la mujer temblorosa.

Una amiga mía tiene una hermana que ha sufrido ataques epilépticos desde que era niña. L. estaba acostumbrada a despertarse en mitad de la noche y ver a su hermana agitándose y sacudiéndose en la cama de al lado. L. me ha contado que su hermana no se siente alienada de sus auras y ataques. De hecho, los tiene tan asimilados como algo que forma parte de ella que es reacia a tomar ninguna medicación para suprimirlos. En su ensayo «Ray, el *ticqueur* ingenioso», Oliver Sacks describe a un paciente con síndrome de Tourette que, después de que sus tics desaparecieran gracias a un medicamento, los echaba tanto de menos que empezó a dejar de tomar el fármaco algunos fines de semana para entregarse otra vez, con feliz abandono, a la sensación que le provocaban los tics.<sup>183</sup> La paciente bipolar P., después de haber escrito el manuscrito de siete mil páginas, me reveló que echaba muchísimo de menos su manía. Yo estaba segura de que tan pronto como le dieran el alta del hospital y pudiera volver a casa, P. suspendería sus dosis de litio. Cuando dejó de oír voces, un paciente esquizofrénico se sintió solo por primera vez en muchos años y no estaba seguro de que eso le gustase. En su libro *The Midnight Disease*, la neuróloga Alice Flaherty describe y analiza la hipergrafía posparto que la aquejó poco después de dar a luz a sus mellizos,

que fallecieron al nacer. También experimentó gran cantidad de imágenes metafóricas que dotaron de una intensidad extraordinaria al mundo que la rodeaba, pero que, a la vez, le resultaban molestas y le impedían concentrarse. La neuróloga cuenta que logró hacerlas desaparecer mediante fármacos, pero después «el mundo se tornó tan insoportablemente tedioso que, con la ayuda de mi psiquiatra, fui reduciendo las dosis hasta poder volver a experimentar algunas de mis tiránicas metáforas».<sup>184</sup> Y qué más da que sea una enfermedad?, se preguntaba el príncipe Mishkin. Yo también he empezado a sentir un curioso apego a mis migrañas y a las diferentes sensaciones que las acompañan. Ya no soy capaz de distinguir dónde acaba la enfermedad y dónde empiezo yo; o mejor dicho, yo soy mis dolores de cabeza y rechazarlos significaría expulsarme yo misma de mi propio ser.

Nadie elige tener una enfermedad crónica. Es ella quien nos elige a nosotros. Con el correr del tiempo, la hermana de L. no acomodó su vida al hecho de *tener* convulsiones tónico-clónicas sino que sus convulsiones han acabado entretejiéndose a la trama de su identidad consciente, de su ser narrativo, igual que me ha sucedido a mí con mis migrañas, igual que le sucedió a P. con su manía y a la doctora Flaherty con sus metáforas y su hipergrafía, para bien o para mal. Debido a que la mujer temblorosa ha llegado tarde a mi vida, quizá he tenido una mayor dificultad para integrarla a mi historia pero, a medida que la voy conociendo, está pasando de tercera persona a primera. Es cada vez menos la doble detestada y cada vez más una parte discapacitada de mi yo que he acabado por asumir.

La definición exacta del yo sigue siendo controvertida. El neurocientífico Jaak Panksepp sostiene que los seres humanos poseen un yo primario que está localizado en el cerebro, el yo de los mamíferos, ajeno al lenguaje, pero crucial para tener la conciencia despierta. La zona gris periacueductal del cerebro es un área muy pequeña, pero si sufre algún daño la conciencia despierta desaparece.<sup>185</sup> También Antonio Damasio apoya la existencia de un yo primario aunque difiere de Panksepp en cuanto a su localización tan precisa.<sup>186</sup> Ambos coinciden en que ese yo básico no es el yo autobiográfico, no es la persona que dice o escribe «me acuerdo».

Michael Gazzaniga, el científico que trabajó con pacientes con cerebro dividido y acuñó el brillante término del «intérprete localizado en el hemisferio izquierdo», reúne pruebas que presentan al yo en el marco de una teoría selectiva: «lo único que hacemos en nuestra vida es descubrir lo que ya está construido en nuestro cerebro».<sup>187</sup> Según Gazzaniga, las influencias ambientales sobre una persona *seleccionan* las opciones que ya estaban allí. Esta idea, aparentemente inocua, de la existencia de una capacidad innata (las personas no vuelan, a no ser en sueños o en aviones, porque no tenemos una capacidad congénita para ello) empieza a producir escalofríos cuando se extiende al ámbito de lo social. Conduce a otras afirmaciones, como que los padres tienen poca influencia sobre los hijos (son inmunes a la enseñanza) y que los programas sociales,

diseñados para apoyar a la gente con problemas, son contraproducentes porque lo que en realidad necesitan los individuos es que se les fuerce a una especie de concurso de supervivencia. Debería alentarse a los pacientes de cáncer a que «luchen» contra su enfermedad, puesto que el combate les ayudará a vivir más. Gazzaniga es uno de los muchos científicos a los que, cuando publican un libro de divulgación, les da por arremeter contra la concepción del ser humano como «tabula rasa».

Steven Pinker, un respetado psicólogo cognitivo, ha escrito varios libros sobre su especialidad que han alcanzado gran éxito. Él también la emprende contra los partidarios de la *tabula rasa*.<sup>188</sup> Se atribuye a Locke la invención de dicha metáfora para equiparar la mente del ser humano al nacer a una pizarra en blanco sobre la que nuestra experiencia va escribiendo los conocimientos adquiridos. Pero Locke no niega las capacidades humanas innatas. Él estaba rebatiendo la teoría de las ideas innatas de Descartes, quien sostenía que hay verdades universales con las que todos nacemos y que son comunes a la totalidad de los hombres. Dejando de lado sus errores filosóficos, en su *Ensayo sobre el entendimiento humano* Locke traza una visión de la vida interactiva y desarrollista: es necesario haber tenido la experiencia del color rojo antes de saber lo que es el rojo. La verdad es que resulta difícil encontrar un defensor serio de la teoría radical de la *tabula rasa*, del mismo modo que es imposible encontrar un seguidor cuerdo del determinismo biológico absoluto. Hasta el constructorista más extremo no discute la genética. Incluso aquellos que sostienen que el ser (o, mejor dicho, el «sujeto») es una ficción fundada en el lenguaje, una invención que se renueva sin cesar según la ideología imperante de cada época histórica, no discuten que los seres humanos posean la capacidad inherente del habla. En resumen, de lo que aquí se trata es del orden de prioridades: Los genes sobre la experiencia o la experiencia sobre los genes.

Gazzaniga, Pinker y muchos otros piensan, no sin razón, que dentro de las instituciones académicas algunos expertos han puesto un énfasis infundado en la maleabilidad humana. Sin embargo, es sorprendente la seguridad con que defienden que las investigaciones han probado, por ejemplo, que los padres no tienen ninguna influencia sobre los hijos. Yo les diría que estudiaran las numerosas investigaciones realizadas en laboratorios sobre mamíferos que indican que su estructura genética se ve modificada por los factores medioambientales y el entorno, incluyendo los cuidados maternos.<sup>189</sup> Las ideas se transforman rápidamente en creencias y las creencias en munición para las guerras ideológicas. Seguro que saber lo que somos y saber de qué estamos *hechos* conforman uno de los campos de batalla de esas guerras. Los duros y los blandos se están disparando andanadas sin tregua. Al final de una conferencia sobre el cerebro, presentada con PowerPoint, a la que asistí en febrero de 2009, el neurocientífico de Harvard Hans Breiter se volvió hacia la imagen proyectada en la pantalla, un enorme rectángulo azul dentro del que había un diminuto cuadradito rojo, y dijo: «Esto es un ejemplo de lo que sabemos acerca del cerebro». No se refería al gran espacio azul sino al cuadradito rojo. Por lo general, aquello que sabemos nos sirve de excusa para

extrapolar certezas hasta la saciedad, pero estoy convencida de que, casi siempre, se llega *más* lejos con la humildad intelectual que con la arrogancia.

Para el budismo el yo es una ilusión. No existe. Algunos científicos cognitivos están de acuerdo con esa aseveración. Otros, no. El modelo del yo, según Freud, era dinámico, complejo, dividido en tres y provisional. Freud estaba convencido de que la ciencia explicaría más adelante sus ideas con mayor detalle, y lo ha hecho, aunque en muchas direcciones contradictorias. En la teoría psicoanalítica de las relaciones entre objetos, tal y como está desarrollada, el yo también es plural. Las imágenes de otros objetos importantes nos habitan para siempre. D. W. Winnicott permitió que entrara más aire en el espacio de lo psíquico que Freud, cuyo modelo de estructuras mentales era más cerrado, más propenso a lidiar con fantasías e identificaciones que con personas reales y experiencias auténticas. Winnicott sostenía que todos tenemos un yo verdadero y también varios falsos. Nuestros yos sociales tienen, por fuerza, aspectos falsos (la sonrisa educada, la respuesta «Muy bien, gracias» que damos cuando se nos pregunta qué tal estamos).<sup>190</sup> Yo no sé qué es un yo. Sea lo que sea, definirlo plantea, a las claras, un problema semántico, una cuestión de límites y percepciones, así como lo hará cualquier otra de las verdades psicológicas que podamos descubrir.

Yo siento que tengo un yo, pero ¿por qué? ¿Se restringe a lo que está dentro de los límites de mi cuerpo? En realidad, no. Cuando temblaba, no me daba la sensación de ser *yo*. Ése era el problema. ¿Cuándo me llegó esa conciencia del yo? No lo recuerdo, pero sé que el misterio forma parte de él. En una época yo creía que mi madre podía mirarme a los ojos y darse cuenta de si había hecho algo malo. En *Lo que Maisie sabía*, Henry James identifica una nueva sensación que había comenzado a despertar en su protagonista infantil:

Las hieráticas muñecas empezaron a mover los brazos y las piernas desde los sombríos estantes, y formas y frases antiguas adquirieron un sentido que la aterrorizaba. Descubrió una sensación nueva: la del peligro; y al mismo tiempo un nuevo remedio para enfrentarlo: la conciencia de una vida interior o, en otras palabras, la posibilidad de guardar secretos.<sup>191</sup>

Maisie descubre el lugar dentro de nosotros mismos al que podemos retirarnos, el lugar donde nos escondernos sin que otros nos vean, el refugio que buscamos cuando tenemos miedo y el oscuro santuario que hace posible las mentiras y también las fantasías, las ensoñaciones, los malos pensamientos y los intensos diálogos interiores. Ese lugar no es el yo primario biológico. Surge en algún momento impreciso de la infancia. Los otros animales no lo tienen; se necesita entender que existe una realidad dual, que el contenido emocional o verbal de un ser interior no tiene por qué mostrarse al exterior. En otras palabras, hay que ser consciente de lo que se esconde para poder esconderlo. Los niños pequeños suelen narrar sus pensamientos en voz alta. Cuando tenía tres años mi hija parloteaba sin parar mientras jugaba: «El cerdito se va a la cama solito. ¡Ay! ¡Se cae de la cama! Es mejor que lo vuelva a meter en la camita. No llores,

cerdito». Pero más adelante la narración cesó. Sophie era capaz de jugar en silencio durante horas, absorta, sin hablar. Su narrador se había vuelto interior. ¿Es entonces cuando se produce el cambio? ¿Es ese escenario interior, donde se desarrollan los pensamientos y los juegos, lo que muchos de nosotros identificamos como el yo? ¿Es nuestra versión propia del *Cogito, ergo sum* de Descartes?

En su *Compendio de psicología*, William James, hermano mayor de Henry James, desarrolla una noción muy amplia del yo, o de los yos, que empieza con el cuerpo de un individuo, un ego material, un *yo*, y después se desplaza hacia fuera para incluir a un yo más amplio, lo *mío*, que abarca la ropa de una persona, su familia, su casa y propiedades, sus éxitos y fracasos. Es de destacar que James sostiene que hay partes de nuestro cuerpo más íntimas que otras, que un montón de sentimientos personales (que él denomina «el yo de los yos») se dan «entre la cabeza y la garganta»<sup>192</sup> o del cuello para arriba y no del cuello para abajo. A la luz de este yo fluctuante, James establece una distinción entre la persona simpática y la antipática. Utilizando el estoicismo como ejemplo del carácter antipático, sostiene: «Las personas con estrechez de miras se atrincheran detrás de su yo, se repliegan de un terreno que no pueden asegurar por completo».<sup>193</sup> Por el contrario, las personas simpáticas «proceden de forma totalmente opuesta, a través de la expansión y la inclusión. Con frecuencia el perfil de su ser se torna incierto, pero lo suple con creces gracias a su carácter expansivo».<sup>194</sup> El concepto del yo de James es elástico, se encoge y expande dependiendo de la personalidad de cada uno y también es cambiante a lo largo de la vida de una misma persona, según el momento en que se encuentre. Supongo que, como el perfil de mi yo está sujeto a imprecisiones, me inclino más hacia la opción simpática; me gusta la idea de que interiorizamos el mundo y, a la vez, nos volcamos hacia él y de que el movimiento es parte de una sensación de mi *yo* que incluye a los demás. No siempre estoy encerrada en la celda de mis pensamientos ocultos e íntimos, e incluso cuando lo estoy, gran parte de mi mundo se encierra conmigo: una multitud locuaz.

No podemos revelar «un universo de objetos que sea inmóvil, reacio a ser pensado y ajeno a todas las miradas», pero hay un mundo intersubjetivo en el que coexisten lenguajes, imágenes, razones y personas y estoy convencida de que es posible estar abierto, en mayor o menor medida, a esas palabras, imágenes y personas. Algunos individuos tienen unos egos pequeños, rigurosos e inflexibles. Otros los tienen más abiertos. Algunos egos son tan abiertos que se ahogan en los de otras personas, como les sucede a los pacientes psiquiátricos que confunden el «yo» y el «tú». No obstante, hay momentos en los que encuentro que mi yo se pierde en el tú. También los hay en los que observo algo con tal atención que desaparezo. Mi narrador interno se toma un descanso y desaparece durante un rato. Las acciones y las palabras confunden continuamente a ese narrador, no sólo bajo la forma de manos ajenas y errantes, recuerdos recurrentes, ataques, alucinaciones visuales o auditivas, sino también a través de hechos rutinarios. Por ejemplo: cuando veo que mis dedos se dirigen hacia el cuenco

con bombones antes de *saber* que lo están haciendo o cuando, de repente y sin razón alguna, me viene a la cabeza el fragmento de una frase o de una melodía. ¿Cuántas veces me ha pasado que he visto a una persona y he tenido la sensación de que algo iba mal? No es que lo notara a través de la comunicación verbal. Siento que hay un problema antes de poder expresarlo con palabras. Quizá después me ponga a especular si lo que me hizo percibir tal cosa no sería que vi cierta rigidez en el cuerpo de esa otra persona, que luego registré en el mío propio, o que la vi mirar hacia otro lado y esa mirada esquiva reverberó en mi pecho, o me provocó una tensión alrededor de los ojos, o me hizo retroceder y apartarme de forma involuntaria. Sea sinestesia de tacto-espejo o no, estoy convencida de que no estoy sola. Respondemos a lo que está más allá de nuestros cuerpos con un sentimiento que es prerreflexivo, que tiene ya un significado incorporado. Está claro que es un sentimiento consciente, pero no con una conciencia de la propia identidad hasta el punto de llegar a convertirse en el «protagonista de mi propia vida». Yo no me miro a mí misma mientras siento.

Las fronteras del yo consciente cambian. Es una cuestión de posesión; de mí misma y de lo mío. Una paciente del pabellón de neurología, aquejada de una lesión en el hemisferio derecho, deja de percibir su brazo izquierdo durante una semana e insiste en que el brazo pertenece al médico. Éste le dice que está equivocada, que le pertenece a ella, pero la paciente no le cree. Sin embargo, con el paso del tiempo la paciente llegará a entender que aquel miembro es suyo. Puede reconocerlo como tal porque, en lo más profundo de su ser, siempre ha sabido que era de ella, sólo que no podía mover aquel maldito brazo. ¿Qué es lo que ha cambiado? ¿Es que de pronto su conciencia ha asimilado la verdad sobre su parálisis? ¿Será capaz la paciente de decir: «Ahora recuerdo que tengo un brazo inútil»? Un día, después de ocho largos años, Justine Etchevery recupera el uso de brazos y piernas. Quiere caminar y lo hace. Recobra la sensación del deseo de moverse: *Ando*. ¿Qué desencadenó ese milagro? ¿Es que de repente esa noción inconsciente de parálisis se esfumó y si hiciéramos un escáner de su cerebro veríamos que también ha desaparecido la asimetría que había con anterioridad? El veterano de la Primera Guerra Mundial no puede oír ni tampoco hablar hasta que un día le da un ataque convulsivo repentino y, a continuación, recupera el oído y el habla. Vuelve a decir: «Oigo, hablo». No sé si después logró recordar qué fue lo que le sucedió en la trinchera y lo contó. Lo que sí sé es que contarle no basta. El significado de lo que le pasó en realidad debía percibirlo y reconocerlo como algo suyo o carecería de sentido. Anna Freud fue la primera en utilizar la palabra *intelectualizar* para referirse a las personas que recurren a las ideas verbales como forma de defensa. Un paciente habla sobre el suicidio de su madre como si estuviera recitando el historial clínico de la depresión que la llevó a quitarse la vida. Habla sin sentimiento ni afecto alguno, pronunciando las palabras con voz calmada y neutra. Es un discurso que debería estar

conectado a sus emociones, pero que ha sido despojado de ellas. También él sufre *la belle indifférence*. Mantiene alejado el recuerdo de una pérdida terrible, no quiere reconocer su significado, puesto que hacerlo es aterrador. Pero después de las idas y venidas a las sesiones de psicoterapia (durante las cuales se refleja y recibe de vuelta su reflejo a través de los ojos de su analista), el paciente percibe un cambio, una nueva configuración de su conciencia que incluye tanto el conocimiento como el sentimiento. Vuelve a contar la historia y, al hacerlo (lo que no deja de ser una reinención), siente las corrientes subterráneas y los ritmos del cuerpo que vuelve a percibir como suyo. En un acto de memoria creativa, asume la desgarradora pérdida y la incorpora a su ser narrativo. Y como consecuencia se producen cambios neuronales en su cerebro, en los sistemas emocionales límbicos y en las zonas ejecutivas prefrontales. Hay veces en las que todos nos resistimos a reclamar lo que debería ser nuestro; lo vemos como algo ajeno y no deseamos incorporarlo a la historia que tejemos sobre nosotros mismos.

Está claro que el yo es mucho más grande que el narrador interno. Bajo esa isla que es el narrador autorreflexivo y alrededor de ella existe el vasto mar de la inconsciencia, de la que nada sabemos, nunca sabremos o hemos olvidado. Hay mucho en nosotros que no controlamos ni controlaremos, pero eso no significa que carezca de importancia crearnos una narrativa propia. A través del lenguaje representamos el paso del tiempo, tal y como nosotros lo sentimos: el *era*, el *es*, el *será*. Abstraemos, pensamos y decimos. Ordenamos nuestros recuerdos y los relacionamos unos con otros haciendo que esos fragmentos dispares tengan un dueño: el «yo» autobiográfico, que no es nadie sin un «tú». ¿Para quién narramos, después de todo? Incluso en la soledad de nuestra cabeza existe un supuesto otro, la segunda persona de nuestro discurso. ¿Podrá una historia llegar alguna vez a ser verídica? Siempre habrá lagunas, fisuras, sucesos sin expresar dentro de nuestro entendimiento, que sorteamos con un «y», un «entonces» o un «después». Ése es el camino a la coherencia.

Sin embargo, la coherencia no excluye la ambigüedad. La ambigüedad no es, en concreto, ni una cosa ni otra. No se puede encasillar, clasificar, enmarcar ni compilar en una enciclopedia. Es un objeto o una sensación informe, imposible de catalogar. La ambigüedad plantea: ¿dónde está el límite entre esto y aquello? La ambigüedad no obedece a lógica alguna. El filósofo lógico dice: «Tolerar la contradicción es ser indiferente a la verdad». Ese filósofo en particular disfruta con el juego de verdad o mentira. Tiene que ser lo uno o lo otro, nunca ambos. Pero la ambigüedad es, de por sí, contradictoria e insoluble, una desconcertante verdad hecha de brumas y nieblas, una figura irreconocible, un fantasma, un recuerdo, un sueño que no se puede atrapar ni conservar entre las manos porque siempre se escapa y no se puede decir lo que es, si es que en realidad es algo. Persigo la ambigüedad con palabras, a pesar de que jamás podré atraparla y sólo de vez en cuando imagino haberme acercado a ella. En mayo de 2006 me encontraba al aire libre, bajo un límpido cielo azul y comencé a hablar sobre mi padre, fallecido dos años antes. Nada más abrir la boca, empecé a temblar

descontroladamente. Temblé ese día y volví a temblar en más ocasiones. Yo soy la mujer temblorosa.

## Agradecimientos

Este libro tuvo su origen en una charla que di en el Hospital Presbiteriano de Nueva York como parte de una serie de conferencias organizadas por el Programa de Narrativa Médica de la Universidad de Columbia. La directora del programa, Rita Charon, me invitó a participar. Su entusiasmo y generosidad fueron un importante catalizador que me animó a escribir este libro. El grupo de discusión sobre psicoanálisis, ya disuelto, en el que participé durante dos años bajo la dirección de Jaak Panksepp y del difunto Mortimer Ostow, no sólo me introdujo en el vasto campo de la investigación neurocientífica sino que me permitió escuchar los complejos debates que genera la integración de dos disciplinas que utilizan lenguajes totalmente diferentes (y a veces participar en ellos). Las conferencias sobre neurociencia organizadas por la Fundación para el Neuropsicoanálisis en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York a las que asistí fueron decisivas para mi comprensión de la disciplina y me sugirieron posteriores lecturas. Quiero expresar mi agradecimiento a Dahelia Beverle, mi supervisora en la Clínica Psiquiátrica Payne Whitney de Nueva York, donde trabajé como voluntaria impartiendo un taller de escritura creativa para los pacientes allí internados. Las personas que asistieron a mis clases me proporcionaron una impagable experiencia sobre el significado personal de sus enfermedades sin la cual no hubiera podido escribir este libro. Me gustaría agradecer a Mark Solms, George Makari y Asti Hustvedt su cuidadosa lectura del manuscrito de *La mujer temblorosa* y los comentarios que aportaron sobre el mismo, y, finalmente, doy las gracias a mi marido, Paul Auster, no sólo por leer este texto sino por su paciencia. A lo largo de los años ha tolerado amablemente mi apasionada inmersión en el problema cerebro/mente y me ha escuchado pensar en voz alta (a veces durante horas) sobre muchos de los asuntos que abordo en este libro.

## Notas

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*, publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos). (N. de la t.)
2. Owsei Temkin, *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, 2.<sup>a</sup> ed. (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1971), 36.
3. Frances Hill, *The Salem Witch Trials Reader* (Nueva York: Da Capo Press, 2000), 59.
4. Temkin, *Falling Sickness*, 194.
5. *Ibid.*, 225.
6. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. (Arlington, Virginia: American Psychiatric Association, 2000), 492-498. De ahora en adelante se utilizarán sus siglas, DSM-IV.
7. *International Classification of Diseases (Clasificación Internacional de Enfermedades)*. (N. de la t.)
8. *Ibid.*, 493.
9. Carl W Basil, *Living Well with Epilepsy and Other Seizure Disorders* (Nueva York: Harper Resource, 2004), 73.
10. J. Lindsay Allet y Rachel E. Allet, «Somatoform Disorders in Neurological Practice», *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (2006): 413-420.
11. «Introduction», *DSM-IV*, xxx.
12. Peter Rudnytsky, *Reading Psychoanalysis: Freud, Rank, Ferenczi, Groddeck* (Ithaca: Cornell University Press, 2002), 90.
13. Robert J. Campbell, *Campbell's Psychiatric Dictionary*, 8.<sup>a</sup> ed. (Oxford: Oxford University Press, 2004), 189.
14. Sigmund Freud y Josef Breuer, *Studies on Hysteria*, trad. James Strachey (Nueva York: Basic Books, 1957), 86 [trad. esp.: *Estudios sobre la histeria y otros ensayos*, vol. 5 de las Obras Completas, Madrid, Orbis, 1988.
15. Sigmund Freud, *On Aphasia: A Critical Study*, trad. E. Stengel (Nueva York: International Universities Press, 1953), 55.
16. George Makari, *Revolution in Mind: The Creation of Psychoanalysis* (Nueva York: HarperCollins, 2008), 70.
17. Freud y Breuer, *Studies on Hysteria*, 160-161.

[18.](#) Christopher G. Goetz, Michel Bonduelle y Toby Gelfand, *Charcot: Constructing Neurology* (Oxford: Oxford University Press, 1995), 172-213.

[19.](#) Pierre Janet, *The Major Symptoms of Hysteria: Fifteen Lectures Given in the Medical School of Harvard University* (Londres: Macmillan, 1907), 324

[20.](#) *Ibid.*, 332.

[21.](#) *Ibid.*, 325-326.

[22.](#) *Ibid.*, 42.

[23.](#) *Ibid.*, 38.

[24.](#) Eugene C. Toy y Debra Klamen, *Case Files: Psychiatry* (Nueva York: McGraw-Hill, 2004), 401.

[25.](#) Todd Feinberg, *Altered Egos: How the Brain Creates the Self* (Oxford: Oxford University Press, 2001), 28.

[26.](#) Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (Oxford: Oxford University Press, 2006), 9.

[27.](#) J.-K. Zubieta *et al.*, «Placebo Effects Mediated by Endogenous Opioid Activity on  $\mu$ -Opioid Receptors», *Journal of Neuroscience* 25 (2005): 7754-7762.

[28.](#) Erika Kinetz, «Is Hysteria Real? Brain Images Say Yes», *New York Times*, 26 de septiembre, 2006.

[29.](#) Sean A. Spence, «All in the Mind? The Neural Correlates of Unexplained Physical Symptoms», *Advances in Psychiatric Treatment* 12 (2006): 357.

[30.](#) Goetz, Bonduelle y Gelfand, *Charcot*, 192.

[31.](#) P. Vuilleumier *et al.*, «Functional Neuroanatomical Correlates of Hysterical Sensorimotor Loss», *Brain* 124, n.º 6 (junio de 2001): 1077.

[32.](#) Citado en Goetz, Bonduelle, Gelfand, *Charcot*, 187.

[33.](#) Freud y Breuer, *Studies on Hysteria*, 7.

[34.](#) Bertram G. Katzung, ed., *Basic and Clinical Pharmacology*, 9.<sup>a</sup> ed. (Nueva York: Lange Medical Books / McGraw-Hill, 2004), 156.

[35.](#) James L. McCaugh, *Memory and Emotion: The Making of Lasting Memories* (Nueva York: Columbia University Press, 2003), 93.

[36.](#) *Ibid.*, 107.

[37.](#) Citado en Daniel Brown, Alan W Schein y D. Corydon Hammond, *Memory, Trauma, Treatment and the Law* (Nueva York: Norton, 1998), 95.

[38.](#) Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière, *History Beyond Trauma*, trad. Susan Fairfield (Nueva York: Other Press, 2004), 179.

[39.](#) Onno van der Hart, Ellert R. S. Nijenhuis y Kathy Steele, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Trauma* (Nueva York: Norton, 2006) [trad. esp.: *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2008].

[40.](#) Ian Hacking, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory* (Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press, 1995), 21.

[41.](#) Janet, *Major Symptoms*, 131.

[42.](#) *Ibid.*, 172.

[43.](#) *Three Short Novels of Dostoyevsky*, trad. Constance Garnett, ed. Avrahm Yarnraolinsky (Nueva York: Doubleday, 1960), 15.

[44.](#) Hans Christian Andersen, «The Shadow», en *Fairy Tales*, vol. 2, trad. R. P. Keigwin (Odense, Dinamarca: Hans Reitzels Forlag, 1985), 188 [trad. esp.: *La sombra y otros cuentos*, Madrid, Alianza, 2004].

[45.](#) Klaus Podoll and Markus Dahlem, <<http://www.migraine-aura.org>>. Véase también P. Brugger, M. Regard y T. Landis, «Illusory Replication of One's Own Body: Phenomenology and Classification of Autoscopical Phenomena», *Cognitive Neuropsychiatry* 2, n.º 1 (1997): 19-38.

[46.](#) Todd Feinberg y Raymond M. Shapiro, «Misidentification-Reduplication and the Right Hemisphere», *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology* 2, n.º 1: 39-48.

[47.](#) Feinberg, *Altered Egos*, 74-75.

[48.](#) Jacques Lacan, «The Mirror Stage as Formative of the I Function», en *Écrits*, trad. Bruce Fink (Nueva York: Norton, 2006), 75-81 [trad. esp.: *Obra Completa*, Barcelona, RBA Coleccionables, 2004].

[49.](#) Maurice Merleau-Ponty, «The Child's Relation to Others», *The Primacy of Perception*, trad. William Cobb (Chicago: Northwestern University Press, 1964), 117 [trad. esp.: *Fenomenología de la percepción*, Barcelona, Altaya, 1999].

[50.](#) Shaun Gallagher, *How the Body Shapes the Mind* (Oxford: Clarendon Press, 2005), 26.

[51.](#) Roger W. Sperry, «Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres», *Bioscience Reports*, 2, n.º 5 (mayo de 1982): 267.

[52.](#) Dahlia W. Zaidel, «A View of the World from a Split-Brain Perspective», <<http://cogprints.org/920/0/critchelyf.pdf>>.

[53.](#) Citado en Feinberg, *Altered Egos*, 94.

[54.](#) Mark Solms y Oliver Turnbull, *The Brain and the Inner World* (Nueva York: Other Press, 2002), 82.

[55.](#) M. S. Gazzaniga, J. E. LeDoux y D. H. Wilson, «Language, Praxis, and the Right Hemisphere: Clues to Some Mechanisms of Consciousness», *Neurology* 27 (1977): 1144-1147.

[56.](#) A. R. Luria y F. I. Yudovich, *Speech and the Development of Mental Processes in the Child* (Harmondsworth, Reino Unido: Penguin, 1971) [trad. esp.: *Lenguaje y desarrollo intelectual en el niño*, Madrid, Siglo XXI, 1987].

[57.](#) Davoine y Gaudillière, 115.

[58.](#) A. R. Luria, *Higher Cortical Functions in Man*, trad. Basil Haigh, 2.ª ed. (Nueva York: Basic Books, 1962), 32 [trad. esp.: *Las funciones corticales superiores del hombre y sus alteraciones por lesiones locales del cerebro*, Barcelona, Fontanella, 1979].

[59.](#) Sigmund Freud, *Beyond the Pleasure Principle*, trad. James Strachey (Nueva York: Norton, 1961), 9 [trad. esp.: *Más allá del principio del placer*, Barcelona, RBA Coleccionables, 2002].

[60.](#) Freud y Breuer, *Studies on Hysteria*, 49.

[61.](#) *Ibid.*, 44.

[62.](#) Sigmund Freud, *The Ego and the Id*, trad. James Strachey (1923; reed., Nueva York: Norton, 1960), 32-33 [trad. esp.: *El yo y el ello y otros escritos de metapsicología*, Madrid, Alianza, 2008].

[63.](#) Charles Dickens, *David Copperfield* (1850; reed., Oxford: Oxford University Press, 2000), 1 [trad. esp.: *David Copperfield*, Barcelona, El Aleph, 2006].

[64.](#) Joe Brainard, *I Remember* (Nueva York: Penguin, 1975), 28 [trad. esp.: *Me acuerdo*, Madrid, Sexto Piso, 2009]. Joe Brainard es conocido principalmente como artista plástico. Formó parte del grupo de escritores y pintores de la Escuela de Nueva York, que incluía a John Ashbery, Fairfield Porter, Alex Katz, Kenward Elmslie, Frank O'Hara, James Schuyler, Kenneth Koch y Rudy Burkhardt. Su obra está en el Museo de Arte Moderno de Nueva York y en el Museo Whitney. Murió en 1994. *I remember* inspiró al escritor francés Georges Perec a escribir su propia versión de la máquina de generar recuerdos: *Je Me Souviens*.

[65.](#) Faraneh Vargha-Khadem, Elizabeth Isaacs y Mortimer Mishkin, «Agnosia, Alexia and a Remarkable form of Amnesia in an Adolescent Boy», *Brain* 117, n.º 4 (1994), 683-703.

[66.](#) *Ibid.*, 698.

[67.](#) Charles D. Fox, *Psychopathology of Hysteria* (Boston: Gorham Press, 1913), 58.

[68.](#) A. R. Luria, *The Man with a Shattered World*, trad. Lynn Solotaroff (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1972), 92.

[69.](#) Citado en Elaine Showalter, *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Culture* (Londres: Picador, 1998), 34.

[70.](#) Georges Didi-Huberman, *Invention of Hysteria. Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*, trad. Alisa Hartz (Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 2003) [trad. esp.: *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, Madrid, Cátedra, 2007].

[71.](#) Alan B. Ettinger y Andres M. Kanner, *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, 2.<sup>a</sup> ed. (Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2007), 471-472.

[72.](#) *DSM-IV*, 494.

[73.](#) *Ibid.*, 496.

[74.](#) Las experiencias de los soldados con trastornos de conversión pueden arrojar luz sobre una de las razones de por qué las mujeres suelen ser más vulnerables a la histeria que los hombres fuera de situaciones de combate. Si la impotencia y el sentimiento de carecer de un papel activo en el propio destino se asocian a esta enfermedad, entonces tiene sentido que las mujeres, quienes tradicionalmente han tenido mucha menos autonomía que los hombres, sean quienes la sufran con mayor frecuencia. De forma similar, en muchos manuales, incluyendo el *DSM*, se insiste en la idea de que la histeria es más común entre personas con escasa educación pertenecientes a sociedades en desarrollo, lo que parece otra manera de decir que los individuos que sienten que su voluntad está siendo socavada por fuerzas que no controlan pueden ser más propensos a sucumbir al trastorno de conversión.

[75.](#) C. S. Myers, *Shellshock in France 1914-18* (Cambridge: Cambridge University Press, 1940), 42-43.

[76.](#) Edwin A. Weinstein, «Conversion Disorders», <[http://www.bordeninstitute.army.mil/published\\_volumes/lwar\\_psychiatry/WarPsychChapter15.pdf](http://www.bordeninstitute.army.mil/published_volumes/lwar_psychiatry/WarPsychChapter15.pdf), 385>.

[77.](#) R. J. Heruti *et al.*, «Conversion Motor Paralysis Disorder: Analysis of 34 Consecutive Referrals», *Spinal Cord* 40, n.º 7 (julio de 2002): 335-340.

[78.](#) *DSM-IV*, 467.

[79.](#) Trevor H. Hurwitz y James W. Pritchard, «Conversion Disorder and fMRI», *Neurology* 67 (2006): 1914-1915.

[80.](#) Goetz, Bonduelle y Gelfand, *Charcot*, 178-179.

[81.](#) K. M. Yazici y L. Kostakoglu, «Cerebral Blood Flow Changes in Patients with Conversion Disorder», *Psychiatry Research: Neuroimaging* 83, n.º 3 (1998): 166.

[82.](#) Vuilleumier *et al.*, «Functional Neuroanatomical Correlates», 1082.

[83.](#) D. W. Winnicott, *Home Is Where We Start From: Essays by a Psychoanalyst* (Nueva York: Norton, 1986), 32 [trad. esp.: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*, Buenos Aires, Paidós, 1994].

[84.](#) Vuilleumier *et al.*, «Functional Neuroanatomical Correlates», 1082.

[85.](#) Gallagher, *How the Body Shapes the Mind*, 41.

[86.](#) Karen Kaplan-Solms y Mark Solms, *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis: Introduction to a Depth Neuropsychology* (Nueva York: Karnac, 2002), 151-152.

[87.](#) *Ibid.*, 190-191.

[88](#). *Ibid.*, 177.

[89](#). Benjamin Libet, «Do We Have Free Will?», *Journal of Consciousness Studies*, 6, n.º 8-9 (1999): 47-57.

[90](#). Julian Offray de La Mettrie, *Machine Man and Other Writings*, trad. y ed. Ann Thompson (Cambridge: Cambridge University Press, 1996) [trad. esp.: *El hombre máquina; El arte de gozar*, Madrid, Valdemar, 2000].

[91](#). Jaak Panksepp, *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions* (Oxford: Oxford University Press, 1998), 52.

[92](#). Antonio Damasio, *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain* (Nueva York: HarperCollins, 2000), 3-79 [trad. esp.: *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*, Barcelona, Crítica, 1996].

[93](#). William James, *The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy* (1897; reed., Nueva York: Barnes and Noble Books, 2005), 92 [trad. esp.: *La voluntad de creer*, Barcelona, Marbot, 2009].

[94](#). Edmund Husserl, *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy, Second Book*, trad. R. Rojcewicz y A. Schuwer (Dordrecht: Kluwer, 1989), 19-20 [trad. esp.: *Ideas relativas a fenomenología pura y filosofía fenomenológica*, Madrid, FCE, 1993]. He simplificado el pensamiento de Husserl. Todos poseemos un *Körper*, un sentido de nuestro ser material, y un *Leib*, una conciencia interior viva, y esta distinción es suficiente para mi propósito. Sin embargo, parece claro que al sufrir una enfermedad el cuerpo se cosifica. Hace que nos demos cuenta de su realidad no sólo como *Leib* sino como *Körper*.

[95](#). D. W. Winnicott, «Mirror-Role of Mother and Family in Child Development», en *Playing and Reality* (Londres: Routledge, 1989), 111 [trad. esp.: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1979].

[96](#). *Ibid.*, 112.

[97](#). *Ibid.*, 114.

[98](#). Citado en Allan Schore, *Affect Regulation and the Origin of the Self The Neurobiology of Emotional Development* (Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum, 1994), 76.

[99](#). *Ibid.*, 91.

[100](#). Gallagher, *How the Body Shapes the Mind*, 73. Gallagher estuvo fuertemente influenciado por Merleau-Ponty, quien a su vez lo estuvo por Husserl. Husserl sostiene que tenemos un sentido subjetivo consciente de nuestra libertad para movernos, pero que «las apariencias que nos llegan están ya prefiguradas. Las apariencias forman sistemas dependientes. Sólo como dependientes de la cinestesis pueden pasar continuamente de la una a la otra y constituir la unidad de un sentido». Lo consciente está ligado a una inconsciencia corporal cinético-motora. Véase: «Horizons and the Genesis of Perception» en *The Essential Husserl: Basic Writings in Transcendental Phenomenology*, ed. Donn Welton (Bloomington: Indiana University Press, 1999), 227-228.

[101](#). V. Gallese, L. Fadiga, L. Fogassi y G. Rizzolatti, «Action Recognition in the Premotor Cortex», *Brain*, 119 (1996): 593-609. Las investigaciones que está llevando a cabo Gallese en el campo de la neurobiología de la intersubjetividad son interdisciplinarias ya que tocan tanto a la psicología y a la filosofía como a la ciencia. Para conocer una clarificadora discusión de su teoría, que defiende que la intersubjetividad es primordialmente una realidad incorporada pre-racional, también llamada intercorporeidad, véase Vittorio

Gallese, «The Two Sides of Mimesis: Girard's Mimetic Theory, Embodied Simulation and Social Identification», *Journal of Consciousness Studies* 16, n.º 4 (2009), 21-44.

[102.](#) G. W. F. Hegel, *The Phenomenology of Mind*, trad. J. B. Baillie, 2.<sup>a</sup> ed. (Londres: Allen and Unwin, 1949), 232 [trad. esp.: *Fenomenología del espíritu*, Valencia, Pre-Textos, 2006].

[103.](#) Merleau-Ponty, «Child's Relation to Others», 151.

[104.](#) Marguerite Sechehaye, *Autobiography of a Schizophrenic Girl: The True Story of Renee*, trad. Grace Rubin-Rabson (Nueva York: Penguin, 1994), 52-53.

[105.](#) Citado en J. Laplanche y J. B. Pontalis, *The Language of Psychoanalysis*, trad. Donald Nicholson-Smith (Nueva York: Norton, 1973), 199.

[106.](#) Leo Tolstoy, «The Death of Iván Ilych», en *Great Short Works of Leo Tolstoy*, trad. Louise Maude y Aylmer Maude (Nueva York: Harper & Row, 1967), 280 [trad. esp.: *La muerte de Iván Ilich*, Madrid, Alianza Editorial, 1995].

[107.](#) *Ibid.*, 282.

[108.](#) Albertus Magnus, «Commentary on Aristotle», «On Memory and Recollection», *The Medieval Craft of Memory: An Anthology of Texts and Pictures*, ed. Mary Carruthers y Jan M. Ziolkowski (Filadelfia: University of Pennsylvania Press, 2002), 153-188.

[109.](#) A. R. Luria. *The Mind of a Mnemonist: A Little Book About a Vast Memory*, trad. Lynn Solotaroff (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1987), 32 [trad. esp.: *Pequeño libro de una gran memoria: la mente de un mnemonista*, Oviedo, KrK, 2009].

[110.](#) Citado en Patricia Lynne Duffy, *Blue Cats and Chartreuse Kittens: How Synesthetes Color Their World* (Nueva York: Henry Holt, 2001), 22.

[111.](#) Arthur Rimbaud, *Complete Works*, trad. Paul Schmidt (Nueva York: Harper & Row, 1967), 123 [trad. esp.: *Poesía Completa*, Madrid, Visor, 1997].

[112.](#) Luria, *Mind of a Mnemonist*, 31.

[113.](#) Jorge Luis Borges, «Funes the Memorious», *Labyrinths: Selected Stories and Other Writings* (Nueva York: New Directions, 1964), 65-67 [ed. esp.: «Funes el Memorioso», *Ficciones*, Barcelona, Destino, 2009].

[114.](#) Luria, *Mind of a Mnemonist*, 154.

[115.](#) *Ibid.*, 155.

[116.](#) Freud usó el recurso de la *Nachträglichkeit*, o acción diferida, en su escritura desde 1896, cuando la empleó por primera vez en una carta a su amigo Fliess, en adelante. Para un análisis más esclarecedor de este complejo término y una explicación de por qué «acción diferida» no parece ser la traducción más acertada, ver De Laplanche y Pontalis, *Language of Psychoanalysis*, 111-114 [trad. esp.: *Diccionario de psicoanálisis*, Madrid, Paidós, 2007].

[117.](#) Joseph LeDoux, *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are* (Nueva York: Penguin, 2002), 124.

[118.](#) Demis Hassabis, Dharshan Kumaran, Seralynne D. Vann y Eleanor Maguire, «Patients with Hippocampal Amnesia Cannot Imagine New Experiences», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104 (2007): 1726-1731.

[119.](#) LeDoux, *Synaptic Self*, 217.

[120.](#) Francis Crick, *The Astonishing Hypothesis: The Scientific Search for the Soul* (Nueva York: Simon & Schuster, 1995), 3 [trad. esp.: *La búsqueda científica del alma: una revolucionaria hipótesis*, Barcelona, Debate, 2000].

[121.](#) LeDoux, *Synaptic Self*, 94.

[122.](#) S. J. Blakemore, D. Bristow, G. Bird, C. Frith y J. Ward, «Somatosensory Activations Following the Observation of Touch and a Case of Vision Touch Synesthesia», *Brain* 128 (2005): 1571-1583; y de Michael J. Banissy y Jamie Ward, «Mirror Touch Synesthesia Is Linked to Empathy», *Nature Neuroscience* 10 (2007): 815-816.

[123.](#) Luria, *Mind of a Mnemonist*, 82.

[124.](#) Duffy, *Blue Cats*, 33.

[125.](#) Véase Peter Brugger, «Reflective Mirrors: Perspective-Taking in Autosopic Phenomenon», *Cognitive Neuropsychiatry* 7 (2002): 188.

[126.](#) K. Hitomi, «“Transitional Subject” in Two Cases of Psychotherapy of Schizophrenia», *Schweizer Archie für Neurologic and Psychiatrie* 153, n.º 1 (2002), 39-41.

[127.](#) *Ibid.*, 40.

[128.](#) Winnicott, *Playing and Reality*, 2.

[129.](#) Freud, *Mourning and Melancholia*, Standard Edition, vol. 14, trad. James Strachey (Londres: Hogarth Press, 1957) [trad. esp.: *Duelo y melancolía*, vol. 11 de las Obras Completas, Madrid, Orbis, 1988].

[130.](#) Un amigo psicoanalista me dijo después de leer el manuscrito de este libro que la imagen de un bulto en la garganta en los sueños significa tristeza.

[131.](#) Theodore Roethke, «Silence», *Collected Poems* (Nueva York: Doubleday, 1966).

[132.](#) Sigmund Freud, *The Interpretation of Dreams*, Standard Edition, vol. 4, trad. James Strachey (Londres: Hogarth Press, 1953, 1971), 279 [trad. esp.: *La interpretación de los sueños*, Obras Completas, Madrid, Orbis, 1988].

[133.](#) Citado en Mark Solms, «Dreaming and REM Sleep Are Controlled by Different Brain Mechanisms», *Sleep and Dreaming: Scientific Advances and Reconsiderations* (Cambridge: Cambridge University Press, 2003), 52.

[134.](#) J. Allan Hobson, *Dreaming: An Introduction to the Science of Sleep* (Oxford: Oxford University Press, 2002), 155-156.

[135.](#) Antti Revonsuo, «The Reinterpretation of Dreams: An Evolutionary Hypothesis of the Function of Dreaming», *Sleep and Dreaming*, 89.

[136.](#) *Ibid.*, 94.

[137.](#) Solms, *Sleep and Dreaming*, 56.

[138.](#) *Dream Debate: Hobson vs. Solms-Should Freud's Dream Theory Be Abandoned?*, DVD, NetiNeti Media, 2006. Para conocer otro enfoque que rebate las opiniones tanto de Hobson como de Solms, véase G. W. Domhoff, «Refocusing the Neurocognitive Approach to Dreams: A Critique of the Hobson Versus Solms Debate.» *Dreaming* 15 (2005): 3-20.

[139.](#) William James, *Pragmatism*, en *Writings 1902-1910* (Nueva York: Library of America, 1987), 491 [trad. esp.: *Pragmatismo: un nuevo nombre para viejas formas de pensar*, Madrid, Alianza, 2007].

[140.](#) Para una breve discusión sobre el color como fenómeno prerreflexivo, véase Kym Maclaren, «Embodied Perceptions of Others as a Condition of Selfhood», *Journal of Consciousness Studies*, 15, n.º 8 (2008): 75.

[141.](#) La historia de Mary ha sido relatada una y otra vez en distintos ensayos, libros y conferencias. Para conocer un argumento en contra de la historia de Mary como ejemplo de la existencia de los qualia, véase Daniel Dennett, *Consciousness Explained* (Boston: Little, Brown, 1991), 398-401 [trad. esp.: *La conciencia explicada: una teoría interdisciplinaria*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1995].

[142.](#) La entrevista a Ned Block está en Susan Blakemore, *Conversations on Consciousness* (Oxford: Oxford University Press, 2005), 24-35.

[143.](#) Este artículo de Peter Carruthers, publicado en la revista *Journal of Philosophy*, llegó a mis manos gracias a que me lo envió el «comprensivo» filósofo Ned Block después de asistir a su conferencia sobre las teorías de la conciencia que dio en febrero de 2009 en el New York Psychoanalytic Institute de la ciudad de Nueva York. «Brute Experience», *Journal of Philosophy* 86 (1989): 258-269.

[144.](#) Ludwig Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus*, trad. D. E. Pears y B. F. McGuinness (Londres: Routledge & Kegan Paul, 1963), 151 [trad. esp.: *Tractatus logico-philosophicus*, Madrid, Alianza, 2009].

[145.](#) Simone de Beauvoir, *Philosophical Writings*, ed. Margaret A. Simons (Urbana: University of Illinois Press, 2004), 159.

[146.](#) Una introducción muy útil a la teoría de la mente de Patricia Churchland así como a las de otros prominentes neurocientíficos y filósofos, es la realizada por Blakemore: *Conversations on Consciousness*.

[147.](#) Francisco J. Varela, Evan Thompson y Eleanor Rosch, *The Embodied Mind. Cognitive Science and the Human Experience* (Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1993).

[148.](#) El físico Erwin Schrodinger ofrece una visión de la conciencia, a partir de su conocimiento de los Upanishads y de Schopenhauer, en un librito extraordinario publicado después de su muerte que, por desgracia, ha caído un poco en el olvido: Erwin Schrodinger, *My View of the World*, trad. Cecily Hastings

(Woodbridge, Connecticut: Ox Bow Press, 1983). En la página 88 escribe sobre su sinestesia como si fuese un fenómeno común y corriente y nos cuenta qué color asocia con cada vocal: «Para mí son: la A, beige; la E, blanca; la I, azul intenso y brillante; la O, negra, y la U, marrón chocolate» [trad. esp.: *Mi concepción del mundo*, Barcelona, Tusquets, 1988].

[149.](#) Jan-Markus Schwindt, «Mind as Hardware and Matter as Software», *Journal of Consciousness Studies*, 15, n.º 4 (2008): 22-23.

[150.](#) George Berkeley, *The Principles of Human Knowledge*, 1.ª parte, Berkeley's Philosophical Writings, ed. David M. Armstrong (Nueva York: Collier, 1965), 63 [trad. esp.: *Principios del conocimiento humano*, Barcelona, Folio, 2003].

[151.](#) Schwindt, «Mind as Hardware», 25.

[152.](#) Imants Baruss, «Beliefs About Consciousness and Reality», *Journal of Consciousness Studies*, 15, n.º 10-11 (2008): 287.

[153.](#) D. Berman y W. Lyons, «J. B. Watson's Rejection of Mental Images», *Journal of Consciousness Studies*, 14, n.º 11 (2007): 24.

[154.](#) Steven C. Schachter, Gregory Holmes y Dorthée G. A. Kasteleijn-Nolst Trenité, *Behavioral Aspects of Epilepsy: Principles and Practice* (Nueva York: Demos, 2008), 471.

[155.](#) *Ibid.*, 472.

[156.](#) Oliver Sacks, *Migraine: Understanding a Common Disorder* (Berkeley: University of California Press, 1985), 104 [trad. esp.: *Migraña*, Barcelona, Anagrama, 1997].

[157.](#) *Ibid.*, 104.

[158.](#) Alan B. Ettinger y Andres M. Kanner, *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, 2.ª ed. (Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkens, 2007), 286-288.

[159.](#) Schachter, Holmes y Kasteleijn-Nolst Trenité, *Behavioral Aspects of Epilepsy*, 210.

[160.](#) Steve Connor, «“God Spot” Is Found in Brain», *Los Angeles Times*, 29 de octubre, 1997; y «Doubt Cast over Brain God Spot», *BBC News*, 30 de agosto, 2006. Estos dos estudios acerca de la religión y el cerebro atrajeron la atención de la prensa. El primer estudio, realizado en la Universidad de California en 1997 bajo la dirección de V. S. Ramachandran, tuvo como muestra un grupo de personas con epilepsia del lóbulo temporal, otro grupo de personas que decían ser muy religiosas y un tercer grupo de control. Los científicos realizaron pruebas de resistencia galvánica en la piel de los sujetos y detectaron respuestas altamente emocionales a palabras con contenido espiritual entre los epilépticos y los religiosos, pero no en el grupo de control. Ramachandran avanzó la idea de que la actividad en el lóbulo temporal, así como la actividad límbica, generaba una mayor religiosidad. Véase V. S. Ramachandran y Sandra Blakeslee, *Phantoms in the Brain: Probing the Mysteries of the Human Mind* (Nueva York: William Morrow, 1997), 174-198 [trad. esp.: *Fantasmas en el cerebro*, Barcelona, Debate, 1999]. El segundo estudio se llevó a cabo en Canadá, dirigido por Mario Beauregard, y consistió en hacer quince resonancias magnéticas funcionales a otras tantas monjas carmelitas sin poder encontrar dicha localización: «Son varias las regiones del cerebro que median en las experiencias místicas». Sin embargo, los investigadores comprobaron que «la activación del lóbulo temporal medial derecho estaba relacionada con la experiencia subjetiva de contactar con una realidad espiritual». M. Beauregard y V.

Paquette, «Neural Correlates of Mystical Experiences in Carmelite Nuns», *Neuroscience Letters*, 405 (2006): 186-190. Es justo destacar que los científicos que realizaron los estudios son más circunspectos respecto a sus hallazgos que los periodistas que informaron sobre los mismos. Sin embargo, la confusión filosófica a veces es exagerada. Michel A. Persinger ha trabajado exhaustivamente en el campo de las experiencias místicas asociadas a la activación del lóbulo temporal, aunque también asocia estas experiencias trascendentes a las relaciones entre padres e hijos durante la infancia. Véase su libro *Neuropsychological Bases of God Beliefs* (Nueva York: Praeger Publishers, 1987).

161. Sigmund Freud, *Civilization and Its Discontents*, Standard Edition, vol. 21, trad. James Strachey (Londres: Hogarth Press, 1957), 64 [trad. esp.: *El malestar en la cultura*, Madrid, Alianza, 2006].

162. S. G. Waxman y N. Geschwind, «The Interictal Behavior Syndrome in Temporal Lobe Epilepsy», *Archives of General Psychiatry* 32 (1975): 1580-1586.

163. Muchos libros contienen diagnósticos especulativos de personalidades relevantes. Véase J. Bogousslavsky y F. Boller, eds., *Neurological Disorders in Famous Artists*, vol. 19 (Lausana: Karger, 2005); y Frank Clifford Rose, ed., *Neurology of the Arts: Painting, Music, Literature* (Londres: Imperial College Press, 2004). Un estudio divulgativo que identifica como aquejados de epilepsia del lóbulo temporal a un abundante número de celebridades, tanto del pasado reciente como del lejano, es el de Eve LaPlante, *Seized: Temporal Lobe Epilepsy as a Medical, Historical and Artistic Phenomenon* (Lincoln, Nebraska: Authors Guild [Backinprint.com](http://Backinprint.com), 1993).

164. Gershom Scholem, *Major Trends in Jewish Mysticism* (Nueva York: Schocken, 1961), 151 [trad. esp.: *Las grandes tendencias de la mística judía*, Madrid, Siruela, 2006].

165. William James, *Varieties of Religious Experience* (1902; reed., Nueva York: Library of America, 1987), 23 [trad. esp.: *Las variedades de la experiencia religiosa: estudio de la naturaleza humana*, Barcelona, Península, 2002].

166. Fyodor Dostoyevsky, *The Idiot*, trad. David Magarshack (Nueva York: Penguin, 1955), 258-259 [trad. esp.: *El idiota*, Madrid, Horno Legens, 2005].

167. Saint Augustine, *Confessions*, trad. Henry Chadwick (Oxford: Oxford University Press, 1988), 152 [trad. esp.: *Confesiones*, Madrid, Akal, 2003].

168. Julian Jaynes, *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind* (Boston: Houghton Mifflin, 1976) [trad. esp.: *El origen de la conciencia en la ruptura de la mente bicameral*, México, FCE, 1987].

169. Marcel Kuijsten, ed., *Reflections on the Dawn of Consciousness: Julian Jaynes Bicameral Mind Theory Revisited* (Henderson, Nevada: Julian Jaynes Society, 2006), 119-121.

170. Schore, *Affect Regulation*, 488.

171. Citado en Kristen I. Taylor y Marianne Regard, «Language in the Right Cerebral Hemisphere: Contributions from Reading Studies», *News in Physiological Sciences*, 18, n.º 6 (2003): 258.

172. Julia Kane, «Poetry as Right-Hemispheric Language», *Journal of Consciousness Studies*, 11, n.º 5-6 (2004), 21-59.

173. Daniel Smith, *Muses, Madmen and Prophets: Rethinking the History, Science, and Meaning of Auditory Hallucinations* (Nueva York: Penguin, 2007), 136-140.

[174.](#) Simone Weil, *Gravity and Grace*, trad. Arthur Wills (1952; reed., Lincoln: University of Nebraska Press, 1997), 51 [trad. esp.: *La gravedad y la gracia*, Madrid, Trotta, 1994].

[175.](#) Patrick Wall, Pain: *The Science of Suffering* (Nueva York: Columbia University Press, 2000), 63.

[176.](#) Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigations*, 2.<sup>a</sup> ed. (Nueva York: Macmillan, 1958), 102e [trad. esp.: *Investigaciones filosóficas*, Barcelona, Crítica, 2008].

[177.](#) Según una fuente, ha habido cerca de tres mil estudios relacionados con la relativa eficacia de la psicoterapia y la medicación en casos de depresiones clínicas. Las primeras investigaciones que allanarían el terreno para todas las que vendrían a continuación fueron realizadas por el Programa de Investigación para Colaborar con el Tratamiento de la Depresión llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental (Elkin *et al.*, 1985, 1989; Weisman *et al.*, 1986). En ellas se demostró que varias clases de terapias psicológicas eran tan efectivas como los antidepresivos a la hora de tratar la depresión. Desde entonces esto ha sido confirmado por numerosos estudios, sobre todo en los casos de depresiones suaves o moderadas. En uno de ellos, sus autores constataron una mejoría considerable en personas que usaban sólo una de las dos opciones: fármacos o algún tipo de psicoterapia para la depresión. Pero dicho estudio también concluía que si se combinaban los antidepresivos con la psicoterapia se obtenía una menor probabilidad de fracaso en el tratamiento que usando sólo una de las dos opciones, lo que también daba como resultado un menor número de hospitalizaciones y una mejor inserción laboral entre los pacientes. Burnand *et al.*, «Psychodynamic Psychotherapy and Clomipramine in the Treatment of Major Depression», *Psychiatric Services* 53, n.º 5 (2002): 585-590. Para investigaciones más recientes en las que se compara el uso de fármacos con el uso de la psicoterapia, véase Cuijpers *et al.*, «Are Psychological and Pharmacological Interventions Equally Effective in the Treatment of Adult Depressive Disorders? A Meta-analysis of Comparative Studies», *Journal of Clinical Psychiatry* 69, n.º 11 (2008): 1675-1685. También hay cada vez más investigaciones sobre los cambios neurobiológicos inducidos por la psicoterapia. Véase Etkin *et al.*, «Toward a Neurobiology of Psychotherapy», *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17 (2005): 145-158; así como el artículo de Henn *et al.*, «Psychotherapy and Antidepressant Treatment: Evidence for Similar Neurobiological Mechanisms», *World Psychiatry* 1, n.º 2 (2002).

[178.](#) Merleau-Ponty, «Child's Relation to Others», 163.

[179.](#) Mary Douglas, *Purity and Danger* (Londres: Routledge & Kegan Paul, 1966), 95 [trad. esp.: *Pureza y peligro: análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo XXI, 2000]].

[180.](#) Ian Hacking, *The Social Construction of What?* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1999), 123 [trad. esp.: *¿La construcción social de qué?*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2001].

[181.](#) Para una buena introducción al pensamiento de Habermas, véase *The Philosophical Discourses of Modernity: Twelve Lectures*, trad. Frederick G. Lawrence (Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1990) [trad. esp.: *El discurso filosófico de la modernidad*, Madrid, Katz Barpal, 2009]. Habermas no cree que podamos salir de nuestras cabezas y convertirnos en observadores objetivos del mundo. Cree en la razón y en el discurso razonable como vía para llegar a un consenso. Su punto de vista acerca de la ciencia y la tecnología es complejo. Sostiene que los seres humanos pueden aplicar lo que él llama «Interés Técnico Cognitivo», una serie de normas técnicas para el conocimiento que, al ser aplicadas, expanden el control humano sobre la naturaleza. Véase Jürgen Habermas, *Theory and Practice*, trad. John Viertel (Boston: Beacon Press, 1973), 142-169 [trad. esp.: *Teoría y praxis: estudios de filosofía social*, Madrid, Tecnos, 2008].

[182.](#) G. Alarcón *et al.*, «Is It Worth Pursuing Surgery for Epilepsy in Patients with Normal Neuroimaging?», *Journal of Neurology Neurosurgery, and Psychiatry*, 77 (2006): 474-480.

[183.](#) Oliver Sacks, «Witty Ticky Ray», *The Man Who Mistook His Wife for a Hat* (Nueva York: Summit Books, 1995), 92-101 [trad. esp.: «Ray, el *ticqueur* ingenioso», *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, Barcelona, Anagrama, 2002].

[184.](#) Alice W. Flaherty, *The Midnight Disease: The Drive to Write, Writer's Block, and the Creative Brain* (Boston: Houghton Mifflin, 2004), 234.

[185.](#) Panksepp, *Affective Neuroscience*, 311-313.

[186.](#) Antonio Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (San Diego: Harvest Harcourt, 1999), 134-143 [trad. esp.: *La sensación de lo que ocurre*, Barcelona, Debate, 2001].

[187.](#) Michael S. Gazzaniga, *Nature's Mind: The Biological Roots of Thinking, Emotions, Sexuality, Language and Intelligence* (Nueva York: Basic Books, 1992), 2.

[188.](#) Stephen Pinker, *The Blank Slate: The Modern Denial of Human Nature* (Nueva York: Viking, 2002) [trad. esp.: *La tabla rasa: la negación moderna de la naturaleza humana*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2009].

[189.](#) Para una discusión inteligente sobre lo innato frente a lo adquirido, véanse los comentarios de LeDoux acerca del asunto en *Synaptic Self*, 82-93. Existe una vasta cantidad de literatura científica sobre los efectos en los bebés de los cuidados maternos, así como de la separación de la madre, que Pinker no cita. Los sujetos a estudio cubren toda la gama, desde las ratas a los primates, pasando por los seres humanos. Para acceder a una colección de ochenta y dos estudios de investigadores de distintas disciplinas pero relacionadas entre sí, véase John T. Cacioppo *et al.*, eds., *Foundations in Social Neuroscience* (Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 2002). Incluye trabajos neurobiológicos sobre ratas que apuntan específicamente al problema de la interacción entre lo genético y lo ambiental: Liu *et al.*, «Maternal Care, Hippocampal Glucocorticoid Receptors, and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Response to Stress»; y Francis *et al.*, «Nongenomic Transmission Across Generations of Maternal Behavior and Stress Response in the Rat». Véase también la postura de Jaak Panksepp sobre los sistemas cerebrales en los casos de relación social y de angustia ante una separación en *Affective Neuroscience*. Existe un creciente número de investigaciones sobre el apego durante la primera infancia y la niñez, un campo en el que fue pionero John Bowlby, con su obra maestra en tres volúmenes *Attachment and Loss* (Nueva York: Basic Books, 1969) [trad. esp.: *El apego y la pérdida*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1998].

[190.](#) D. W. Winnicott, «Ego Distortion in Terms of True and False Self», in *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (Londres: Karnac, 1990), 140-152.

[191.](#) Henry James, *What Maisie Knew* (Oxford: Oxford University Press, 1996), 22-23 [trad. esp.: *Lo que Maisie sabía*, Buenos Aires, El Cuenco de Plata, 2009].

[192.](#) William James, *The Principles of Psychology* (1892; reed., Chicago: Encyclopaedia Britannica, 1952), 194 [trad. esp.: *Compendio de psicología*, Madrid, Daniel Jorro, 1930].

[193.](#) *Ibid.*, 201.

[194.](#) *Ibid.*, 202.