

# HERMENÉUTICA FILOSÓFICA Y PSICOTERAPIA\*

Hermann LANG  
*Universidad de Wurzburg*

**RESUMEN.** Se discuten las semejanzas y discrepancias entre la hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, entendida como disciplina abocada a la tarea de intentar comprender todo aquello que en la orientación humana en principio aparece como lo incomprensible, lo impenetrable y extraño, y la psicoterapia psicoanalítica, aquella práctica clínica basada en la interpretación de la obra escrita de Freud. A partir de la discusión de algunos casos clínicos se dibuja un modelo psicoterapéutico basado en la concepción de trastornos psíquicos como restricciones esenciales de las posibilidades comunicativas. Finalmente, sirviéndose de la idea de diálogo o *Gespräch*, se señala la dimensión hermenéutica contenida en toda experiencia psicoterapéutica.

En sus inicios la hermenéutica fue un procedimiento que apuntaba a la interpretación de textos. Sobre todo determinados textos incomprensibles, transmitidos por la tradición del pensar, contribuyeron a la aparición y consolidación de la hermenéutica. Desde la perspectiva de la hermenéutica filosófica de Hans-Georg Gadamer esta función de la hermenéutica queda reducida a un caso particular, dado que la hermenéutica, en términos más amplios, tiene la tarea universal de intentar comprender todo aquello que en la orientación humana nos aparece como lo incomprensible, lo foráneo y lo enigmático. Los esfuerzos hermenéuticos suelen estar dedicados a la comprensión de lo que derroca nuestras expectativas y subvierte nuestras categorías habituales del pensar. «Incomprensible», «extraño» e «ininteligible», expresiones empleadas para designar a aquello que nos causa semejante desconcierto, son cualidades descriptivas que también se encuentran

---

\* Traducción del original alemán realizada por Niklas Bornhauser.

en la sintomatología psicógena, ya sea una fobia extraña, una compulsión insensata, un trastorno depresivo carente de motivos o intensos dolores de cabeza sin sustrato orgánico constatable. La hermenéutica como «arte de la comprensión y de la comunicación» se ve requerida en particular cuando la comunicación intersubjetiva se ve alterada o trastornada. Un trastorno de este tipo se observa, sin lugar a dudas, en el caso de la neurosis, psicosis y enfermedad psicosomática, pues, desde la perspectiva adoptada en este trabajo, toda enfermedad es una restricción comunicativa hasta la pérdida total de la comunicación (véase Wyss, 1982). En estos casos, psicoterapia significa elaborar [*herausarbeiten*] el o los significados de un síntoma y, a la vez, provocar una serie de cambios en el sentido de la ampliación de la comunicación con tal de lograr el restablecimiento de la comunicación. Nuestra tesis es que toda enfermedad, en la medida en que puede volverse objeto de psicoterapia psicoanalítica, en su misma naturaleza tiene que ver con un acontecer dialógico —pero en un sentido privativo—. La comunicación terapéutica, a su vez, se propone la meta de suspender dicha restricción.

Ya el fenómeno mismo sugiere que un trastorno neurótico restringe las posibilidades comunicativas de manera esencial. El paciente fóbico se ve privado de ámbitos enteros relativos a su mundo compartido y circundante, el paciente obsesivo-compulsivo, que padece ciertas fijaciones relativas a sus temores y rituales, no menos; el depresivo está completamente absorbido en sus autorreproches, acusaciones, temores de fracaso, producto de lo cual se encuentra separado categóricamente del futuro; el paciente adicto únicamente es capaz de interesarse por la sustancia, el *phármakon*. Por lo visto, en estas enfermedades se ven excluidos y descartados ámbitos humanos esenciales, al igual que las posibilidades vitales en ellos implicadas. Lo mismo vale para las enfermedades psicosomáticas. En el caso de la neurosis coronaria, las actividades del paciente afectado se ven restringidas cada vez más; la referencia o relación-con-el-mundo [*Weltbezug*] del paciente asmático se ve progresivamente limitada; para pacientes anoréxicos y bulímicos la problemática del comer y del encontrarse corporal [*leiblich*] se convierten en contenido vital predominante a costa de otros contenidos. Trastornos psicóticos, tales como el estupor catatónico o depresivo, finalmente pueden conducir a la pérdida de comunicación como tal, arrojando al paciente a la más absoluta soledad.

Una sintomatología neurótica o psicosomática, por lo regular, se desarrolla sobre el fundamento previo de una determinada estructuración psíquica. Dichas estructuraciones como tales ya suelen conllevar restricciones comunicativas espe-

cíficas. En su relación-con-el-mundo característica, el depresivamente estructurado se distingue por su excesivo apego a las normas, su orientación por el rendimiento y su descomunal dependencia del otro. Como consecuencia de este énfasis unilateral otros ámbitos vitales languidecen hasta atrofiarse por completo. El sujeto narcisísticamente estructurado tiende a verse únicamente a sí mismo en el otro; el paciente psicossomático alexitímicamente (Nemiah *et al.*, p. 1976) estructurado proyecta su propio estado en el otro («reduplicación proyectiva»; Marty, 1980), suprimiendo en lo posible la relación emocional al igual que lo que sucede en el esquizoide y el anancástico.

En todos estos casos —tanto en el síntoma como en la estructura correspondiente— nos encontramos con restricciones sustanciales de la comunicación.

La pregunta por la génesis de dichas estructuras revela que ellas mismas se gestaron en el interior de semejantes procesos comunicativos. Por ejemplo, de acuerdo a la doctrina psicoanalítica ortodoxa, basada en la teoría de las fases psicosexuales, en el interior de las cuales son troqueladas determinadas estructuras —depresividad en la fase oral, anancasmo en la anal, etc.—, no se hablaría ni de una maduración biológica ni de un desarrollo pulsional biológico subyacente a la psicogénesis, sino que se trataría de analizar un proceder que en lo fundamental es un proceso histórico-comunicativo. La pertinente elaboración de Erikson (1960) de ciertos conflictos fundamentales asentados en las diferentes fases, tales como «confianza *versus* desconfianza primordial» en la fase oral, «autonomía *versus* vergüenza y duda» en la anal, etc., refleja dicha actitud en la misma elección de las palabras empleadas para su respectiva descripción. Aun cuando leemos la teoría freudiana de las fases psicosexuales en semejante horizonte interpretativo [*Auslegungshorizont*], podemos constatar que también aquí el hombre, por muy biologicistas que puedan parecer algunas de sus interpretaciones más contemporáneas, comparece como un ser comunicativo-histórico. Como testimonio de lo anterior acaso pueda servir el siguiente pasaje de los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), en el cual Freud en su descripción de la fase anal define el contenido intestinal de la siguiente manera: «Evidentemente, lo trata como a una parte de su propio cuerpo; representa el primer “regalo” por medio del cual el pequeño ser puede expresar su obediencia hacia el medio circundante exteriorizándolo, y su desafío, rehusándolo» (1905, p. 87). La determinación de las heces como «don» o «regalo» trasciende cualquier nivel biológico situándonos de inmediato en el ámbito de la comunicación humana elemental. Las heces devienen símbolo, «ele-

mento de habla» en un diálogo [*Gespräch*] que se desarrolla entre el hombre y su otro significativo. Cuando en la obra de Freud surgen elementos biológicos o pulsionales [*triebhaft*], siempre aparecen, tal como hemos desarrollado en otro lugar (Lang, 1993), entretreídos en procesos comunicativos, insertos en plexos articulados de referencias [*Verweisungszusammenhänge*] simbólicas (Heidegger, 1957). La práctica analítica confirma a diario lo anteriormente dicho: por más lejos que avancen y retrocedan respectivamente analista y analizado, por más que penetren la historia del hombre, siempre se encuentran con lo previamente articulado, con significaciones, fantasías, conversaciones precursoras o precedentes. Valga la enfática constatación, hecha por Lacan, a propósito de la discusión en torno al estatuto de la pulsión: «¿O acaso habéis tenido alguna vez, aunque haya sido por un solo instante, la sensación de tener las manos metidas en la masa de los instintos?» (1973, p. 115).

Estas reflexiones, tendentes a resaltar la dimensión simbólica de lo humano, por supuesto que no significan que con ello queramos negar que la existencia humana, y con ello también los procesos comunicativos que nos constituyen y realizan, a su vez esté soportada y codeterminada por lo extrahistórico, la «naturaleza». Un infante congénitamente hiperácido (y con ello excesivamente hambriento) por lo regular provoca una comunicación diferente con el otro significativo a la de un niño sano y saludable, que no sufre dicho trastorno.

La lingüística nativista en los últimos años ha aportado bastantes evidencias para argumentar que las estructuras de organización lingüística son instancias innatas o congénitas, en todo caso, que determinados órganos se encuentran pre-dispuestos funcional y anatómicamente para el lenguaje. Por otro lado, según una formulación de Tellenbach, «es justamente la instrucción por parte del otro prójimo (la madre), la que es capaz de conformar el lenguaje preformado en los respectivos órganos como “lengua materna”» (1983, p. 38). La investigación más reciente dedicada al esclarecimiento de preguntas de orden patogenético sugiere que se podría pensar en una alteración en el equipamiento biológico, así como en el proceso comunicativo postnatal ulterior, es decir: suponer una relación recíproca entre ambos factores, de modo que una predisposición genotípica determinada recién sea actualizada a posteriori por una comunicación malograda, por ejemplo, un acaparamiento narcisista por parte de la madre o un patrón comunicativo familiar aberrante. Bajo la forma en que aparezca y actúe lo natural, siempre aparece ya inserto en un todo articulado de procesos comunicativos y,

por lo tanto, aparece como tal (naturaleza *per se*) quebrado y fracturado. Lo que podemos retener de esto es que el ser-ahí [*Dasein*] humano, tanto en su eje sincrónico como diacrónico, está caracterizado constitutivamente por su inserción existencial en un contexto universal de comunicación, de diálogo, en su sentido más amplio.

Con Gadamer podemos afirmar que «en su última formalización la vida social humana es una comunidad dialógica» (1971, p. 289). Y, más adelante: «Es el mundo mismo lo que es experimentado comunicativamente y nos es transmitido [*übergeben*] (traditur) constantemente como una tarea abierta hacia lo infinito. Nunca es el mundo del primer día, sino siempre un mundo ya sobrevenido» (1986, p. 498). El otro, los otros, el mundo es experimentado comunicativamente y en esta experiencia me constituyo a mí mismo. Ya Hegel reconoció en su *Phänomenologie des Geistes* que un sí mismo se conforma en un proceso de reconocimiento recíproco. De manera privativa —y en este lugar el psicoterapeuta amplía el planteamiento [*Ansatz*] filosófico— la enfermedad aparece como restricción del modo existencial comunicativo. Mundo —y aquí el concepto incluye la propia existencia— no tiene un comienzo determinado, siempre es mundo histórico, comunicativo. Como confirma la psicoterapia, el ser-ahí humano existe desde siempre de modo comunicativo, no importa cuán lejos retrocedamos en la ontogénesis.

Al mismo tiempo, las reflexiones críticas de Gadamer a propósito de la importancia de considerar la noción de historia señalan que el comprender de un mundo pasado, una realidad pasada, nunca puede ser definitivo y que el intérprete, o sea, el sujeto, no puede abstraerse de la situación hermenéutica particular en la que se encuentra él mismo. Nuestra propia experiencia histórica confirma que saber y tornar-consciente no es un mero presentificar [*vergegenwärtigen*] de algo acabado, concluido y cerrado como tal, sino que en tanto presentificación solamente puede ganarse su posibilidad y su cumplimiento [*Vollzug*] desde y hacia lo nuevo. Lo anterior se resume en la célebre sentencia «toda presentificación y todo saber en sí es un acontecer, es historia» (Gadamer, 1967b, p. 156).

Este crucial discernimiento convierte a la hermenéutica filosófica en guía e indicador de camino para la reflexión psicoanalítica. Extrapolando las conclusiones anteriores al campo psicoterapéutico, significa que la biografía de un hombre, por consiguiente, no consiste en una cadena continua de *life events*, una suce-

sión ininterrumpida de acontecimientos objetivables, sino que la existencia de toda biografía más bien yace esencialmente en los respectivos horizontes de significación en los cuales el evento en cuestión es percibido y comprendido. Contrariamente a lo que podría sugerir una lectura psicoanalítica ortodoxa un tanto silvestre, la aparición de un síntoma no sigue un guión acabado, escrito en el pasado. La experiencia clínica cotidiana nos enseña que, en el transcurso de una terapia, la «imagen» que un paciente se ha formado con respecto a uno de sus padres puede sufrir cambios drásticos, que acontecimientos cuyo contenido significativo parecía inamovible, repentinamente aparecen bajo otra luz, es decir, que las significaciones atribuidas a personajes, eventos y situaciones pueden variar tremendamente. Qué aparece como realidad pasada y cuál es la forma bajo la cual se efectúa dicha aparición depende esencialmente del contexto actual, de la situación de la presentificación en la cual se encuentra el paciente. El pasado de un paciente particular en una «entrevista libre», conducida analíticamente, se muestra de otra manera a lo que sucede en la pesquisa minuciosa de una anamnesis biográfica, que únicamente procede mediante preguntas «cerradas» preformuladas o mediante la aplicación de un cuestionario estandarizado. Si lo presente —y esto, por supuesto, incluye la sintomatología— no es el resultado predecible de una cadena monocausal de *res factae*, sino que dichos acontecimientos sólo cuentan como tales en la medida en que están sometidos a una dotación de sentido —y esta dotación no se detiene en la respectiva situación del vivenciar actual, sino que procede por el curso de la vida correspondiente—, entonces cualquier acontecimiento pasado por principio aparece siempre desde otra perspectiva. Una «elaboración futura» puede comprender un acontecer traumático del pasado de otra manera y asimismo afectar el vivenciar de otro modo. En otras palabras, con la transformación de la perspectiva también se transforma la realidad y el plexo de significaciones atribuidas a la misma. Si una determinada visión y su correlativa interpretación de realidad es la responsable de su sintomatología correspondiente, entonces requiere una nueva forma de ver las cosas, es decir, una nueva dotación de sentido (elaboración) para así poder emprender la tarea de «curar». En este punto yace la posibilidad de un enfoque terapéutico. En la tarea hermenéutica anteriormente esbozada la terapia psicodinámica se encuentra, por un lado, con la aproximación sistémica o de la teoría de las comunicaciones, en la medida en que para ella se trata de la reinterpretación de las concepciones de realidad patógenas, y por el otro, con el concepto cognitivo de la terapia conductual, al tratarse de una transformación de las cogniciones subyacentes a los sentimientos negativos.

Por otro lado, precisamente el concepto hermenéutico de historicidad puede enseñarnos que las posibilidades terapéuticas sufren un drástico y decisivo recorte si se enfoca exclusivamente la escenografía contemporánea, actual, y se descuidan las determinaciones biográficas. Terapia behavioral purista, terapia sistémica y modalidades de actuar terapéuticos «centrados en el cliente» cuentan con notables limitaciones terapéuticas debido a su aproximación reduccionista, que descuida los aspectos históricos del ser-ahí humano. En este sentido, no debe ser subestimado que para el proceso terapéutico puede ser imprescindible recuperar mediante el análisis determinados acontecimientos traumáticos, que han acallado al paciente debido a su avasallante impacto traumático, volviéndolo emocionalmente mudo. El tratamiento de una paciente de 23 años que padecía de una neurosis depresiva y de un severo trastorno de personalidad narcisista, justo experimentó un avance significativo cuando ésta, en varias sesiones sumamente atormentadoras, recordó haber sido apartada y entregada a temprana edad al cuidado de parientes lejanos y poco afectuosos; ahora, gracias a este trabajo recordatorio, fue capaz de efectuar a posteriori el trabajo de duelo correspondiente.

La pregunta que se impone como consecuencia de las reflexiones precedentes es la interrogación por el proceder metódico que pone al descubierto el pasado conflictivo que se encuentra a la base de la restricción comunicativa correspondiente y, al mismo tiempo, por las condiciones que posibilitan semejante alumbramiento. El acontecer psicoterapéutico, al igual que el comprender hermenéutico, se consume en un «círculo hermenéutico». Solamente podemos comprender aquello que procede del paciente, sus verbalizaciones, si lo radicamos en determinados horizontes de significación. Estos horizontes de significación preesbozados a su vez deben ser revisados constantemente a partir de aquello que sobreviene, hace acto de presencia en el transcurso del diálogo o de la terapia. Para poder comprender genuinamente el decir de un paciente es decisivo no procesar «su» historia y «sus» traumas según el esquematismo prefigurado derivado de determinados dogmas psicoanalíticos, cognitivo-conductuales o sistémicos, sino dejar valer esta historia y estos traumas precisamente en su individualidad y su otredad, que a su vez pueden corregir y ampliar el «todo». «De esta manera el movimiento del comprender transcurre continuamente del todo hacia la parte y de vuelta hacia el todo» (Gadamer, 1960, p. 275). Una interpretación destinada a alumbrar una conexión o una red coherente de referencias tiene que probar su eficacia o ser corregida, primero, a partir de las ocurrencias y asociaciones

generadas por el paciente a partir de dicha interpretación y segundo, a partir de la medida en la cual el proceso terapéutico es influenciado por la interpretación en cuestión. Para ello, tanto terapeuta como paciente deben abstenerse de intentar controlar voluntaria y conscientemente el diálogo, sino que deben entregarse a su dinámica propia, de modo que pueda desplegar su esencia más propia con tal de crear las condiciones necesarias para que lo nuevo pueda aparecer y puedan emerger focos terapéuticos que ni paciente ni terapeuta habían previsto o intencionado. La clásica recomendación freudiana de la «atención flotante», al igual que la llamada regla fundamental, a saber, la que incentiva al paciente a entregarse al flujo de las asociaciones libres, señalan este camino. La experiencia hermenéutica descrita por Gadamer a propósito del lenguaje, del mismo modo puede aplicarse al diálogo terapéutico: «Si bien decimos que llevamos o “conducimos” un diálogo, cuanto más auténtico, más propio es un diálogo, menos yace la conducción del mismo en la voluntad de uno u otro de los participantes. De esta manera, el genuino diálogo nunca es aquel que deseamos llevar o conducir. Más bien, en general es más correcto decir que caemos en un diálogo, que caemos en sus manos o, aún más, que nos enredamos o enmarañamos en un diálogo. El cómo una palabra lleva a otra, cómo el diálogo toma sus giros, encuentra su curso y su desenlace, bien puede indicar algún tipo de conducción, empero en dicha conducción los participantes en el diálogo son menos conductores que conducidos. Nadie sabe con antelación qué es lo que “resultará” [*herauskommen*] de un diálogo. [...] Todo aquello manifiesta que el diálogo posee su propio espíritu y que el lenguaje que es conducido en él, carga en sí su propia verdad, es decir, “descubre” y hace emerger algo que de ahí en adelante es» (1960, p. 361). En la medida en que terapeuta y paciente entregan la conducción del diálogo al diálogo mismo, aparecen contenidos y hechos de los cuales ambos ni sabían que existían. Un síntoma hasta entonces incomprensible, insensato, deviene comprensible o dotado de sentido en tanto resultado de conflictos no superados, como consecuencia de una comunicación malograda.

Un breve caso clínico acaso pueda ilustrar lo anterior: Una paciente de 24 años, casada, vendedora en una multitienda, se presenta en nuestra ambulancia con persistentes alteraciones del sueño, dolores de cabeza molestos y un trastorno depresivo progresivo. Comenta que debido a estas molestias lleva medio año tomando los más diversos medicamentos sin haber experimentado mejoría alguna. Exámenes corporales acuciosos no dieron mayores indicaciones acerca de una eventual causa orgánica. A la pregunta, por parte del terapeuta, de si al momen-

to de haber experimentado las molestias por primera vez, había estado expuesta a presiones especialmente intensas, ella contesta con una negativa. Cuando a continuación se le pregunta si en aquel momento sufrió cambios de algún tipo, igualmente dice que no, corrigiéndose al mismo instante, observando que alrededor de ese momento su marido había inaugurado un laboratorio fotográfico, contratando para ello una colaboradora más joven. Sin embargo, ella afirma entenderse muy bien con su marido y dice no poder imaginarse cómo su enfermedad pueda estar relacionada con aquello. A pesar de las sugerentes pistas por las cuales podría haber proseguido la exploración —colaboradora joven, cámara oscura, celos, angustia de pérdida y separación—, el terapeuta acepta esta constatación sin comentarios, tras lo cual la paciente prosigue con el tema laboral pasando a hablarle de su propia profesión. Ella desempeña una tarea que conlleva mucha responsabilidad y —«no había pensado en ello»— desde hace tres cuartos de un año tiene que trabajar en una oficina espaciosa, sin divisiones entre los respectivos espacios de trabajo. Este hecho lo percibe como agotador, ya que permanentemente los colegas han de pasar por detrás de ella, lo que no solamente la perturba y molesta, sino que, como observa no sin cierto asombro, la hace sentirse permanentemente controlada, producto de lo cual dice no poder relajarse en su lugar de trabajo. Instantáneamente ella comienza a quejarse de esta situación y observa que justo en este instante toma conciencia de cuánto sufre bajo esta situación y de que se siente injustamente tratada, porque, de acuerdo a su lugar en la empresa, le correspondería una oficina para ella sola. Al meditar acerca de sus posibilidades de cambiar el estado actual de los hechos ella genera diferentes soluciones, que solamente pueden ser aclaradas en el lugar mismo. Cuatro semanas después de esta conversación dice haber hablado con su jefe y, si bien no tiene un cuarto propio, ahora sí posee un lugar de trabajo más protegido. Dice sentirse mejor, ya no tan observada, y disfrutar nuevamente de su trabajo. Los dolores de cabeza ahora solamente aparecen rara vez, los trastornos del sueño y los sentimientos depresivos han desaparecido por completo.

En el diálogo a esta paciente se le reveló una situación que para ella se había tornado tan pesada que llegó a manifestarse patológicamente. Esta introspección a la vez le abrió nuevas posibilidades de solución. El caso clínico brevemente esbozado ilustra la importancia de abstenerse de todo intento de apropiarse de la conducción de un diálogo terapéutico, ya que, de otra manera, al asaltar al paciente con sus opiniones y convicciones previas, matándolo a golpes con sus buenos consejos, el terapeuta impide el despliegue de la dinámica propia del diá-

logo, tan necesaria para que se produzca la sorprendente advertencia de hechos anteriormente ignorados por parte de los pacientes. Mediante la desactivación de la situación conflictiva patógena, que había causado simultáneamente angustia, pesadumbre y rabia, sin que la paciente tuviera conciencia de estas emociones, se suprime la necesidad de la patologización, se restituye un equilibrio psicofísico que Gadamer en su ensayo «Apologie der Heilkunst» (1993) define como la esencia de la salud. El diálogo resultó ser proceso comprensivo, transmisión de significación, y suspendió las restricciones de la comunicación causadas por el conflicto inconsciente y el síntoma —resultó ser una terapia—.

El que un diálogo pueda tener semejante efecto curativo presupone que el lenguaje dice más de lo que creen saber los sujetos participantes de la conversación. Solamente de esta manera se vuelve posible la sofisticada retórica de lo inconsciente (Lang, 1993, p. 108), a la cual el psicoanalista aprendió a atender. Aquí se agrega un momento «técnico», que falta en el diálogo cotidiano, el diálogo del día a día. A Von Gebattel (1954) le debemos la siguiente triple estructuración de la relación médico-paciente. Al nivel elemental-simpatético del verse-interpelado por el sufrimiento del otro le sigue la «técnica» del nivel diagnóstico-terapéutico, que a su vez pasa al nivel personal de la relación de interlocutores o compañeros. No obstante, la aplicación de una «técnica» presupone la existencia de una «alianza terapéutica». «Quien se entrega a un diálogo, con ello ya ha admitido que ve como dadas las condiciones (=solidaridad previa) para semejante diálogo» (Gadamer, 1971, p. 306). Si el alcance de la experiencia hermenéutica se extiende «hasta donde alcanza la disposición para el diálogo de seres razonables» (Gadamer, 1971, p. 314), si «la experiencia hermenéutica está entrelazada del todo en la esencia general de la práctica humana» (ibídem), entonces implica no solamente el nivel diagnóstico-terapéutico intermedio, en el cual se ubica la «técnica psicoanalítica», sino que recién crea las condiciones para que pueda inaugurarse una práctica metódicamente guiada.

Que un diálogo se convierta en un diálogo curativo depende esencialmente de si ha acontecido una «comunicación interna» entre lo presente y lo pasado. Es el fenómeno de la historia efectual [*Wirkungsgeschichte*] comunicativamente constituida el que liga y une los términos en relación. Dicha historia puede estar esencialmente acentuada en su actuar «traumático» en el pasado más reciente, tal como se observó en el caso de la joven vendedora, pero asimismo, como fue ilustrado a partir del caso de la estudiante de 23 años, puede remontarse a los comien-

zos más remotos del ser-ahí humano. La inserción del ser humano en un orden y una sociedad específicamente humana ocurre de manera comunicativa y de manera igualmente comunicativa se lleva su futura existencia. La psicopatología y psicosomática testimonian que en estos casos pueden producirse malogros severos de los actos comunicativos. Por ejemplo, los otros primarios pueden no reconocer al otro que viene a integrarse en la comunidad de hablantes en su otredad y reclutarlo narcisísticamente como parte de su propio sí mismo. Justamente porque en el fundamento de neurosis y psicosomatosis se hallan trastornos, inflexiones y deformaciones de las referencias comunicativas constitutivas para el ser-ahí humano, es posible revertir estos procesos en una relación comunicativa, en la cual son enderezadas las distorsiones existentes, suspendidas las restricciones de la comunicación y restablecido el intercambio comunicativo. Por consiguiente, psicoterapia es una experiencia hermenéutica genuina en la medida en que, para concluir con una cita de Gadamer, «el modelo fundamental de toda comunicación es el diálogo, *das Gespräch*» (1986, p. 116).

## Biografía

ERIKSON, E. H. (1960): *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.

FREUD, S. (1905): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. En *Gesammelte Werke*, V, pp. 27-145, Londres: Imago 1940-51.

GADAMER, H.-G. (1960): *Wahrheit und Methode*. Tubinga: Mohr.

— (1967a): «Rhetorik, Hermeneutik und Ideologiekritik». En *Kleine Schriften*, I, Tubinga: Mohr.

— (1967 b): «Die Kontinuität der Geschichte und der Augenblick der Existenz». En *Kleine Schriften*, I, Tubinga: Mohr.

— (1971): «Replik»: En *Hermeneutik und Ideologiekritik*. Fráncfort del Meno: Suhrkamp.

— (1986): Hermeneutik II. Ergänzungen zu *Wahrheit und Methode*. En *Gesammelte Werke*, II, Tubinga: Mohr.

— (1993): «Apologie der Heilkunst». En *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Fráncfort del Meno: Suhrkamp.

- GEBSATTEL, V. E. v. (1954): *Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie*. Berlín-Gotinga-Heidelberg: Springer.
- HEIDEGGER, M. (1957): *Sein und Zeit*. Tubinga: Niemeyer.
- LACAN, J. (1973): *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, París: Seuil.
- LANG, H. (1998): *Die Sprache und das Unbewusste*. Fráncfort del Meno: Suhrkamp.
- MARTY, P. (1980): *L'ordre psychosomatique*. París: Payot.
- MIRSKY, A. (1960): «Physiologic, Psychologic, and Social Determinants of Psychosomatic Disorders». En *Dis. Nervous System* 1.1, Section 1., p. 50.
- NEMIAH, J. C., Freyberger, H., Sifneos, P. E. (1976): «Alexithymia: A view of the psychosomatic process». En Hill, O. W (ed.): *Modern trends in psychosomatic medicine*. Londres: Butterworths.
- TELLENBACH, H. (1983): *Melancholie*. Berlín-Heidelberg-Nueva York: Springer.
- WYSS, D. (1981.): *Der Kranke als Partner*, vol. 1 + 2, Gotinga: Vandenhoeck & Ruprecht.