

Fernando Colina

Psiquiatra, Director Hospital Psiquiátrico Dr. Villacian, Valladolid

1.- No es infrecuente que algunos médicos de familia nos inquieten con una pregunta bienintencionada y aduladora que nos deja al desnudo. Les interesa conocer cómo logramos que no nos engañen los pacientes: “a vosotros seguro que no os engañan”, comentan cediéndonos sin motivos esa prerrogativa. Al margen de su intrascendente ingenuidad, la pregunta resulta pertinente. Pero, siendo oportuna, no lo es sin embargo por las razones sobre la verdad y el engaño en las que ellos, por hábito mental, confían.

Es notorio que a los profesionales nos engañan, y no sólo los pacientes sino cualquiera que se lo proponga a poco hábil que se muestre; como a todo el mundo. No obstante, a diferencia de los demás, nosotros sentimos el reclamo evocador de la pregunta. Más allá de la credulidad de cada uno estamos obligados por la pregunta misma. No hay clínica posible, en su sentido más hondo y severo, sin esa austera exigencia, sin esa perspicacia templada que sin subestimar la sinceridad nos permite mirar por debajo de ella para señalar con el dedo la verdad del síntoma y cachear las esquinas de su responsabilidad.

Cuando cualquiera, desde fuera de la profesión, nos solicita que le garanticemos la fiabilidad del discurso de algún alienado, sentimos un incómodo desconcierto. Seguramente saldremos del paso, a trompicones, tapando con algunas palabras improvisadas el vacío que nos despierta la sospecha sobre nuestra capacidad para desmascarar los engaños de la locura. Ahora bien, salvado el compromiso inicial, que parece poner en duda nuestra competencia, no podemos ahorrarnos el esfuerzo de desplazar nuestra atención sobre un objeto más profundo y conveniente que la simple buena fe que se nos pide enjuiciar. Pues lo que está a nuestro cargo no es

tanto analizar la sinceridad del enfermo cuanto la verdad del síntoma. Nosotros no podemos contentarnos con estudiar la adecuación del discurso del paciente a una intención real o la de sus actos a un comportamiento coherente, como si sólo se tratara de una tarea *científica* que nos corresponde resolver. Lo que nos debe de ocupar, además de lo anterior, es el valor de veracidad que atañe a la *moral*, pues principalmente a ella le corresponde pronunciarse por la noción de responsabilidad que subyace bajo su barniz racional. No son enunciados ni hechos los que se van a someter a un juicio de autenticidad sino síntomas, esto es, efectos de verdad provenientes de la alienación y que poseen un estatuto epistemológico distinto.

La verdad por la que nos cuestionan los compañeros médicos no es nada más que el escalón inaugural de un dilema que comienza interrogándose en primer lugar por la franqueza del interlocutor o, a lo sumo, por la correspondencia del discurso del paciente con la realidad. Pero, en general, los colegas no van más allá y no se interesan por el criterio de verdad del síntoma, quizá porque éste no puede mostrarse si no es interpelándonos a la vez por la libertad del sujeto para responder por su aparición intempestiva. Sólo estamos por lo tanto ante un momento inicial, quizá poco relevante, que en el mejor de los casos sirve para separar a los mentirosos de los veraces y también, indirectamente, para poner a salvo nuestra vanidad, nuestra agudeza para pillar, como vulgarmente se dice, al mentiroso antes que al cojo. Pero con esto apenas hemos dado un apretón preliminar a la pregunta, y si no queremos que se encasille en ese nivel probatorio elemental debemos ir directamente al síntoma para hacer brotar la verdad -también moral- de su interior.

Enfocados desde el síntoma -desde cierta concepción del síntoma que irrumpe contra el positivismo- lo epistemológico y lo ético se vuelven indiscernibles. Desplazar la pregunta desde el discurso o desde la conducta hasta el rango del síntoma conduce, irremediablemente, a mezclar las dos conjeturas como si fueran dos órdenes intercambiables, la de la autenticidad del loco -su veracidad- con la del grado de responsabilidad que alienta su enfermizo espíritu.

En general, nos inclinamos automáticamente a considerar responsable de su engaño al que simula sus síntomas o los acompaña de un cortejo de superchería. En cambio, tendemos a disculpar a quien presenta un síntoma genuino pues le consideramos víctima de un trastorno verdadero. La consecuencia que se desprende de esta actitud es bastante curiosa pues hace responsable al mentiroso e irresponsable al enfermo veraz, lo que dice poco acerca de la dignidad que confiamos a este último. Al falso le consideramos libre y dueño de sí y al verdadero, por contra, le cedemos el rango impune de alienado. ¡Como si uno fuera menos responsable de la verdad que de la mentira! Cabe traer aquí a colación, además, como ilustración de semejante acrobacia y como testimonio de esta incongruencia primitiva, una conocida evidencia de orden social y político: el hecho manifiesto de que, no por casualidad, la psiquiatría más escandalosamente represiva ha sido a la vez la más amiga de excusar al enajenado, uniendo en este gesto, tan magnánimo como displicente, el perdón con el castigo.

2.- Desde sus orígenes, la psiquiatría se ha preguntado sobre la responsabilidad del loco, dando muestras, en este campo, de una inquietud primitiva que resulta inseparable del cuerpo de su doctrina. Es justo observar que en cuanto la psiquiatría se constituyó como disciplina, a finales del siglo XVIII, tropezó con dos obstáculos que llevaban impreso sobre sí el nombre de la libertad: el de la libertad física, acaparada por el escándalo del encierro de los locos en el asilo, y el de la libertad moral, concerniente a la libre decisión de los enfermos y por lo tanto a la responsabilidad que les correspondía. No es de extrañar, entonces, que el tratamiento moral

fuera la primera oferta -filantrópica pero dogmática y titubeante- de los pioneros de la psiquiatría, ni que junto a un estudio primicial estrictamente descriptivo, diagnóstico y terapéutico, simultáneamente se desarrollara una rama jurídica pujante en torno a la peritación médico-legal. Del mismo modo que, apenas balbuceaba aún la psiquiatría, cuando un conflicto teórico recién estrenado puso a prueba el rigor técnico del clínico: me refiero a la disputa en torno al concepto de monomanía, esto es, acerca de la posibilidad de que la enfermedad fuera total o parcial. Dicho con otras palabras: en cuanto el pensamiento ilustrado abordó nuestra disciplina se cuestionó si el enfermo estaba dividido en una parte sana y otra enferma, que quedaban separadas e irremovibles, o era todo el espíritu del alienado, en su globalidad, el que estaba afectado, con las repercusiones morales que todo esto suponía. Poco después, sin salir del mismo dominio divisorio, el interés se desplazó hacia las consecuencias derivadas de la disociación, es decir, del análisis de las personalidades dobles o múltiples y del estudio del estrechamiento del campo de conciencia, que atrajeron como un imán la observación del psicopatólogo y, en especial, polarizaron la atención de la rama forense de la psiquiatría. Pues no se sabía bien a qué parte acusar y a cual eximir. Y menos aún se sabía qué hacer con la totalidad. En aquel momento se prestó mucha atención a las características partitivas de la personalidad, al dualismo romántico, a la emergencia de espacios subconscientes que venían a borrar los campos normales de la conciencia: la sugestión, el hipnotismo, el sonambulismo, la disgregación. La división en sus distintas manifestaciones venía, de esta forma subyugante, a enlazar enseguida las cuestiones de la verdad y responsabilidad con el pliegue de su doblez, dejando claro quienes eran los protagonistas divisos de la nueva ciencia -que resultaba en sí misma esquizofrénica- una vez que la melancolía, entendida bajo la óptica especulativa y física de los humores, iba siendo olvidada.

La psiquiatría, en resumidas cuentas, aparte de una ciencia médica es, desde sus comienzos, una especialidad moral. Las causas de la locura o son biológicas o son morales. Esta dualidad

de saberes ha desdoblado siempre su quehacer, por lo que la manifestación actual del conflicto, la de nuestro más inmediato presente, aunque muy dominada por el gusto monocolor de la positividad, no debe de ser entendida nada más que como un avatar transitorio de su destino. Constante, sin embargo, es la obligatoriedad de responder sobre la libertad o el aislamiento de los locos, sobre su culpa o inocencia, sobre la verdad o inautenticidad de sus síntomas. Todos los profesionales, y en todo momento, tenemos que pronunciarnos sobre si el enfermo debe estar libre o no, juzgar acerca de si lo ha sido o no interiormente en cuanto a sus propias elecciones, y definirnos también respecto a si sus síntomas son auténticos en vez de simulados o falseados, es decir, sobre si son verdaderos o de origen mimético y artificial.

Cualquiera que trabaje en una institución psiquiátrica se confronta a diario con una multitud de opiniones en torno a si un determinado enfermo, y en unas circunstancias concretas, debe de tener la salida restringida o conviene mejor dejarle vagar a su albedrío; también sobre si aquella o esta conducta extemporánea fue o no realizada intencionada y voluntariamente -lo que le vuelve susceptible entonces de reprimenda y quizá hasta de punición-; y lo mismo cabe destacar en cuanto a los múltiples rifirrafes que despierta en la convivencia de los equipos las distintas opiniones y actitudes, rigurosas o indulgentes, que en torno a la manipulación, simulación o sobresimulación de los síntomas desencadena el comportamiento de un psicótico conflictivo e inteligente.

Sin embargo, los niveles de análisis, los valores invocados y los objetivos perseguidos desde los que se abordan estos problemas suelen ser muy diferentes. En este orden de cosas, la responsabilidad de la que aquí se habla no es la legal, tal y como nos compromete en cuanto que especialistas requeridos de cuando en cuando por los órganos judiciales para contribuir con nuestros informes en el mejor enjuiciamiento de la conducta de un paciente. Tampoco es la responsabilidad social la que se analiza, esto es, las obligaciones morales -y no sólo legales como las anteriores- de cualquiera de nosotros y

en esta ocasión del alienado con la comunidad. Lo que nos interesa por encima de todo, aunque a menudo su naturaleza se preste poco a quedar separada con relativa evidencia, es la responsabilidad clínica del enfermo. Qué podemos entender por responsabilidad clínica y cuáles son sus consecuencias, tal es el propósito nuclear de esta breve reflexión, que va tomando cuerpo en la medida en que ha optado por el síntoma como vía principal de acceso.

3.- La sugerencia es extraña, e incluso insólita, pues rompe con la observación cándida y con el criterio regular y desenvuelto que se cree suficiente. Cuesta alentar el esfuerzo que nos conduce al dominio de la responsabilidad clínica. Pues, si confiamos en los historiadores, la responsabilidad moral del individuo estuvo inicialmente fijada al acto y sólo más tarde, al menos en Occidente, fue sustituida poco a poco, a lo largo del cristianismo, por la intención. La voluntariedad, por lo tanto, la intencionalidad, fue el factor que atrajo poco a poco el juicio moral por encima del acto cometido, incluso superando el valor ético que las concepciones paganas concedieron a la correcta moderación de las pasiones. Precisamente con ese propósito, la de aclarar la voluntariedad morbosa que influye en algunas enfermedades psíquicas, se nos llama en los juicios.

Como quiera que sea, el rebelde descubrimiento freudiano del inconsciente ha vuelto a zarandear, muchos siglos más tarde, los puntos de vista tradicionales. La intención ha dejado de ser fácilmente identificable con la voluntariedad, pues el manotazo de Freud ha convertido su idea de síntoma en un difícil proyecto de voluntaria involuntariedad, enmarañando así el criterio de intención y tras de él, lógicamente, el de responsabilidad. Pues el síntoma, por un lado, en la medida en que se hunde en el inconsciente, resulta ajeno al agregado de nuestras decisiones conscientes y por lo tanto queda alejado de la voluntad. Pero, por otra parte, freudianamente hablando, todos somos responsables de nuestros síntomas -vivimos sobre ellos- y hemos de dar cuenta éticamente de los mismos, incluso de los más incurables, lo que nos vuelve, a regañadientes, sospechosos de ha-

berles forjado a voluntad. Los padecemos, ignoramos sus fuentes y, no obstante, nos recreamos con su presencia, hecho que hemos de reconocer a poco que sigamos a Freud y admitamos con él que nadie está dispuesto a abandonar fácilmente sus síntomas pues son nuestras defensas más familiares y consecuentes. Este dominio paradójico, conflictivo y casi inverosímil, es el perímetro, precisamente, de nuestra reclamada responsabilidad clínica o, si se prefiere, de la desconcertante responsabilidad del síntoma.

Freud ha puesto a nuestra disposición una versión del síntoma -de momento insustituible- que le entiende no tanto como una reacción pasiva que alimenta nuestras quejas sino, más bien, como una respuesta elaborada; no sólo como un dolor sino, a la vez, como una satisfacción cómplice de aquel. La hermenéutica del síntoma nos ha desvelado poco a poco que se trata siempre de una trampa consigo mismo, de un signo del fraude condescendiente con que habitualmente nos tratamos. Cualquier síntoma, en efecto, representa un indicio de impotencia, una señal de que hay algo en nuestro interior que nos sobrepasa y que ejerce una fuerza contra la que no podemos nada. Pero, por otra parte, siempre nos revela que hay algo en nuestro deseo a lo que no queremos renunciar y, que pese a ello, dado lo que nos indica su emergencia irrefrenable, más bien deberíamos desear. La verdad del síntoma, precisamente, se sostiene en ese oscuro placer del que ni abdicamos ni estamos dispuestos a desasirnos por mucha ayuda terapéutica que solicitemos. Todo síntoma, en consecuencia, es un disfraz enfático. Por ese motivo entendemos que cualquier síntoma diga a la vez la verdad y la mentira: diga la insólita mentira de su dolor y la encubierta verdad de su placer.

Ahora bien, sería un disparate si en el caso de ser convocados para expresarnos ante los tribunales sobre la voluntariedad de un enfermo mental, aludiéramos a esta oscura satisfacción que cada uno encuentra en el fragor de sus lamentos y el psicótico, por ejemplo, en la lujuria sofocante de su delirio. Ni seríamos entendidos ni cumpliríamos decentemente con la

función para la que hemos sido requeridos. Lo cual nos ayuda a aceptar, en resumidas cuentas, que el pensamiento judicial -y con él la vida práctica en general- siga operando con los conceptos tradicionales, el acto y la voluntad, pues muy difícilmente puede incluir en sus análisis el prototipo exquisito de la voluntaria involuntariedad del síntoma. En ese círculo jurídico -y del sentir común- lo voluntario es voluntario nitidez y lo involuntario lo es parcial o totalmente, sin más. Blanco o negro; a lo sumo, gris. En cambio, nosotros debemos empujar al paciente a que se haga cargo del favoritismo con que cuida sus síntomas, aunque estos se formulen bajo los más estrambóticos pensamientos, los deseos más ajenos o los dolores más inesperados. La función ética del juez y la del clínico se separan y se acercan, sin llegar nunca a coincidir. Lo cual no excluye, lógicamente, sino que explica, que uno de los síntomas profesionales del psiquiatra sea su gusto por juzgar e interpretar. De hecho, todo diagnóstico psiquiátrico es, a despecho o no de su autor, una sentencia moral y un juicio de saber.

El concepto de intención inconsciente ha roto, sin duda, el antiguo horizonte de expectativas. En cierto modo supone, curiosamente, dar un paso atrás, pues al desprendernos de la intención consciente a favor de otro protagonista emboscado volvemos a tropezar de frente con la acción. Desde esta óptica, la polución nocturna -modelo tradicional de esta dificultad- deja de ser un reflejo fisiológico y vuelve a convertirse en una conducta susceptible de culpa. Nos encontramos, pues, ante una nueva dinámica de la culpabilidad y frente a una valoración del acto distinta. Al igual que la ignorancia de la ley no nos exime de su observancia, el desconocimiento del inconsciente, de Freud en adelante, no anula nuestra responsabilidad. Hay actos imperdonables sea cual fuere su justificación causal o la oscuridad de su origen.

En esta ética del síntoma, situada más acá de donde acostumbramos a pensarla, no hay alojamiento para un código moral que permanezca cautivo en una normativa fija, ni tampoco existe espacio para perpetrar una disciplina formal del estilo "ética de la psiquiatría". La responsa-

bilidad tiene que ser dilucidada y resuelta en cada momento según la ocasión y la oportunidad; siempre individualmente, sin principios generales, sin fundamentos categóricos, más bien emanando directamente de hombres que parecen exiliados en la autarquía y la provisionalidad. Sin otra intransigencia, puesto que de rigor y entereza hablamos, que el recuerdo de cada cual.

4.- Igual sucede a la hora de enjuiciar la inseparable verdad. No hay asidero firme para la verdad de un síntoma, si no es también el de algún significado provisional. Pero tampoco podemos escamotearla, ni aún simpatizando, por modorra mental o, mejor, por afinidad crítica, con los partidarios de hacer de la verdad una cuestión superflua e irrelevante. Pues, perezosos o no, el deseo de saber siempre renace y tiende a concretarse, obligándonos a un ejercicio de ingeniería moral y de inteligencia práctica. Aquel criterio de Antístenes, sustentador de la temeraria tesis de que siempre decimos la verdad, pues ni existe absoluta ni hay forma de no acertar con ella en alguna proporción, hincó su extravagante dardo en cada uno de nosotros, invitándonos a acatar su presencia y a suscribir su interrogación sobre la dificultad para hablar falsamente. Igual sucedía con la responsabilidad, que nos ata con su provocación sin que encontremos recursos para quitárnosla de encima. Hasta el más loco debe de responder de sí, aunque esto no sirva para culpabilizarle ni tampoco para disculparle de su invalidez. Ni le quita ni le añade razón.

En principio, todo síntoma lo es de un engaño, de un error, de cierta falsedad interior que se procura cifrar o reprimir. Al menos lo es en el neurótico, quien ha optado por la ocultación aunque no tanto ante los demás -desde donde da pie a la inquietud del médico- como ante sí mismo. El síntoma, precisamente, viene a revelarnos que el neurótico se ha engañado demasiado y le ha crecido la nariz. Como si fuera el protagonista actual, por lo tanto, de lo que Platón denominaba *verdadera mentira*, la que no se expresa en palabras sino por *la ignorancia en el alma de quien está engañado* (República, 382c). Esta sospecha, en cambio, se suaviza en el caso

del psicótico, quien más que ocultar algo ante sí parece haber perdido la capacidad para esconder lo más íntimo e irrevelable de su identidad, e incluso la insustituible capacidad de mentir. La verdad parece desvelarse en él tan libérrimamente que no acierta a simbolizarla salvo si lo hace, casi en la inmediatez, desde el ángulo del delirio, olvidándose de sí mismo.

Ahora bien, pese al paso atrás con que siempre nos recibe cuando la queremos analizar, la verdad sintomática admite cierto escalonamiento y graduación. Un primer plano la presenta, quizá en el nivel más sencillo de abordar, como simulación voluntaria y consciente. Como mentira llana. Como un síntoma aparente que en realidad no se vive, simplemente se simula, se escenifica y teatraliza con la decidida intención de engañar. Su claridad conceptual sólo se empaña cuando el engaño se vuelve necesidad. Una necesidad de mentir que convierte en síntoma real lo que hasta entonces sólo era una impostura.

En un segundo plano, ya al margen del disimulo y la mendacidad, la verdad se muestra más vacilante de lo deseado cuando los síntomas parecen cabeceantes o expresados con dificultad, igual que si surgieran forzados o coartados en su elaboración, como si el psicótico -testimonio ejemplar de este esfuerzo pero no el único- titubeara en su tarea constructiva, en el esfuerzo con que debe recoger y formatear las emergencias pasivas que recoge, pudiendo aceptarlas incompletas, abortivas, sin plena formulación. Casi como si no hubiera reconocido suficientemente la verdad del síntoma que intenta expresar.

Esta posibilidad conceptual -de esmero hacia una meta- tiene un obstáculo teórico evidente que la hace flaquear, pues exige como referencia una estructura regular e invariable de los síntomas con la que comparar su posible imperfección. Y esta suposición de un canon, de una estructura rígida, permanente y natural, rompe en parte con la concepción histórica de los síntomas, con la idea de que la psicosis tantea sus recursos bajo una influencia temporal y evolutiva, donde los psicóticos quedan vincula-

dos a unas fórmulas y unos coloridos dependientes de la época, de los condicionamientos sociales y de las estrategias de deseo dominantes en cada momento histórico. Sea como fuere, y al margen de esta subordinación temporal, en muchas circunstancias captamos que el paciente puja por trabajar unos síntomas que sólo finalmente acaba o no dominando. Únicamente tras ese esfuerzo, que se prolonga más o menos, es capaz de formular enteramente los síntomas de acuerdo con un enunciado que nos parece correcto, coherente, reconocible en nuestro cuerpo teórico doctrinal. En ese lapso

de tiempo, mientras alcanzan la perfección constructiva, y pese al sentimiento de certidumbre absoluta que pueden presentar -correlato de otro tipo de verdad-, podríamos decir que los síntomas no se expresan en su plena verdad, aunque desde ese punto de vista no podemos enjuiciarles como inauténticos sin tener en cuenta a la vez el vigor del trabajo del psicótico, cuya intensidad de búsqueda o investigación viene a añadir o a quitar un grado de veracidad a sus síntomas. Como si el tesón aportara la verdad que la imperfección aún no consiente. Finalmente, la verdad quedará coloreada también por el coraje del psicótico para vivir con suficiente competencia en la locura, buscando la excelencia -*areté*- en la psicosis, igual que el sujeto normal la persigue, cuando es capaz de cuestionarse a sí mismo, dentro de la normalidad o de la neurosis. Pues el psicótico tiene la obligación de ser un buen psicótico. Por ejemplo, mostrando capacidad para desprenderse del síntoma cuando ya no sea necesario, pues a veces da la impresión de que el psicótico se arrellana cómodamente en su delirio como si ya no rezara con él la realidad.

Cabe otra complicación, sin salir del anterior campo especulativo, que puede dar un aire de falsedad al síntoma sin necesidad de serlo realmente. Pues no es infrecuente que su buen rendimiento requiera cierta dosis de teatralidad, cierta exageración que torna sospechoso a su portador por un exceso de oportunismo y maquinación. Pero, a la postre, los síntomas aspiran a alcanzar no sólo coherencia interna sino adaptación a la realidad, al ambiente familiar, social e incluso al estilo y concepciones profesionales de sus terapeutas, y estos beneficios -primarios y secundarios- no pueden lograrse sin el empleo de la *inteligencia*, es decir, sin el uso de lo que a menudo se califica prematuramente de *manipulación*.

Un tercer plano nos muestra otro momento de la verdad que se manifiesta cuando nos cuestionamos por la valentía del psicótico para enfrentarse con audacia a lo desconocido. Y digo del psicótico pues en este campo también parece sacar ventaja a cierta cobardía propia de las neurosis. Pues ordinariamente bien parece que



Vortice, danza deportiva futurista

Enrico Prampolini, 1925-1926

Lápiz sobre papel
Boceto para traje

el psicótico, entre otras funciones, posee la de indagar, la de dar cuenta de una verdad profunda que sólo en algunas ocasiones consigue develar, mientras que en otras, las más, sin ese golpe de fortuna, el propio dolor le obliga a eludir y rodear lo esencial. Aquí, la verdad, merced a este exitoso vanguardismo, presenta indicios de brotar desde el desgarramiento, donde la locura da muestras de sabiduría y genialidad en el estudio de dominios inexplorados. Casi como si pudiéramos pensar que unos psicóticos, más cobardes o falsos, huyen de la verdad psicótica, quizá sabedores de que el aumento de saber aumenta el dolor, mientras que otros, los menos, los más geniales y temerarios, nos van develando la luz de esos bajos o altos fondos en una huida irracional hacia lo verdadero. En su hundimiento fabrican la verdad y nos descubren las causas lejanas de la existencia, los límites invisibles del hombre, el anclaje biográfico, metafísico, o religioso de la vida.

5.- El concepto de responsabilidad se ha vuelto fragmentario y frágil. El gusto por acusar y absolver, que constituye una de nuestras fuentes principales de placer y un instrumento de poder insustituible, encuentra dificultades para localizar su objeto cuando se le obliga a mirar a través del síntoma. La anatomía de lo voluntario e involuntario es imposible de disecar. Los elementos de la verdad que hemos ido exponiendo, el fingimiento, el titubeo constructivo, el tesón, la arrogante certeza, el desprendimiento, la

aptitud y el desvelamiento, son otros tantos rostros de una verdad poliédrica cada vez más difícil de ceñir y abarcar. Nuestro testimonio judicial sobre la libertad decisoria de los alienados nos resulta espurio y artificial. La respuesta que damos a los médicos de familia sobre los engaños del loco nos hace sonreír. El juicio moral que nos despiertan los pacientes es como mínimo ambivalente y dual, cuando no múltiple y aporético hasta la saciedad. Lo que decimos en torno a la cuestión se nos escapa más y más. Un flujo irrestañable de saber problemático arrastra nuestras opiniones de acá para allá, las desplaza, las voltea y las subvierte, hasta hacer de la materia ética del síntoma un magma inestable donde en cada momento estamos obligados a elegir, orientar y simplificar, sin preocuparnos mucho por incoherencias aparentes.

Pese a todo, puede que la indeseable complejidad del síntoma nos ayude a evitar el dualismo y todos los vestigios del puritanismo, de la ingenuidad o del maniqueísmo recurrente. Bajo este espíritu quizá consigamos, renunciando a toda convicción, apreciar mejor tanto la necesidad de aquel que engaña con su enfermedad cuanto la libre mentira de quien está seriamente enfermo, y podamos repartir con más justicia la porción de libertad de cada uno, el grado de responsabilidad y la cuantía de verdad que nos merecemos.

Fernando Colina