



PSIKOLIBRO

LECTURA PARA QUIEN DEBE RECURRIR A UN MEDICO

Dos tipos de historia

La gran mayoría de la comunidad civilizada interpreta que enfermar es sufrir un proceso que la ciencia concibe como el producto de una causa. Un proceso de cuyo tratamiento se ocupan los médicos. Solemos enfermar de dos maneras. Una, aguda, que es transitoria y breve, y otra, crónica, más prolongada y lenta, que puede progresar, detenerse o retroceder a veces hasta la curación completa. El curso de las enfermedades puede ser benigno o maligno, y las molestias o los sufrimientos que ocasionan pueden ser leves o graves. Sentimos la necesidad de un médico cuando creemos, con razón o sin ella, que alguien a quien queremos o debemos cuidar, alguien que podemos ser nosotros mismos, se ha enfermado de algo que no se alivia o no se cura solo. Es casi como decir que todos, alguna vez, necesitamos, o habremos de necesitar, la presencia de un médico.

Gracias al desarrollo de la ciencia y de la técnica la medicina puede hacer hoy, en beneficio del enfermo, muchísimo más de lo que ayer hubiéramos podido siquiera imaginar. Muchas enfermedades son rápidamente "derrotadas" y sin embargo (quizás sea mejor decir: precisamente por eso) se destacan cada vez más las situaciones en que el enfermo se siente desamparado e incomprensido frente al sistema médico o, sencillamente, su enfermedad evoluciona mal. También sucede que, a medida que la medicina progresa en su capacidad de responder al *cómo* la enfermedad se constituye, va quedando cada vez más insatisfecha la antigua pregunta, a menudo relegada a lo inconciente, con la cual la enfermedad siempre nos enfrenta: *¿por qué* ha sucedido? En el fondo sabemos que no es suficiente con decir que hemos tomado frío, nos hemos expuesto a un contagio, tuvimos mala suerte, malos hábitos, o una predisposición que viene de familia.

Este libro ha sido escrito, en primer lugar, para todos aquellos que desean una respuesta más profunda. Dado que nada puede hablar mejor que lo que se encuentra cercano a la experiencia misma, presentaremos unos pocos "casos" cuidadosamente elegidos. Fueron enfermos que estudiamos tanto desde el punto de vista médico tradicional como desde un enfoque que podemos llamar, simplificando un poco, "psicológico". Denominamos "Estudio Patobiográfico" al método que utilizamos para encarar su "diagnóstico" y su tratamiento. Consiste en una tarea que se realiza mediante dos tipos de historia. Una, "clínica", consigna los síntomas, los signos y la evolución de las enfermedades que el paciente ha padecido, o padece, considerándolos como procesos que derivan de una causa. La otra, "biográfica", presta atención a los episodios y acontecimientos de su vida, considerándolos como escenas y temáticas cuyo significado también posee un sentido en el conjunto entero de esa vida. La superposición de ambas historias nos revela que aquello que las personas callan con los labios no sólo suelen expresarlo con gestos o actitudes, sino también con el mismo funcionamiento de sus órganos.

Los pacientes que presentamos nos consultaron, todos ellos, en circunstancias difíciles o graves. Meses o años después de la realización de su Estudio Patobiográfico volvimos a estudiar su historia, tratando de comprender mejor de que manera su enfermedad expresaba o simbolizaba las vicisitudes del momento biográfico que atravesaban y ocurría en lugar de los sentimientos que creían necesario ignorar. Acerca de cada uno de los enfermos presentados disponemos, por lo tanto, de un trabajo más extenso, que fue el primer producto de haber "reabierto su expediente" y que permitió fundamentar una teoría sobre el significado biográfico específico de la enfermedad que padecía. Encontramos así el drama vital específico de cada una de esas enfermedades diferentes, drama que, como si se tratara de su propio "guión" cinematográfico, sólo a ella pertenece. Las historias que aquí presentamos son, pues, una versión reducida de lo esencial de esos trabajos.

La elección del médico

Dijimos ya que cuando una persona siente, o piensa, que debe recurrir a un médico, experimenta esa necesidad porque posee un concepto previo acerca de lo que puede hacer la medicina. Agreguemos ahora que ese concepto no sólo determina la manera y el tipo de médico que una persona busca o elige, sino que también influye en el curso entero de la relación y el tratamiento que aceptará realizar con él. La importancia de comprenderlo así es enorme. Que un hombre se beneficie o se perjudique durante la realización de un tratamiento médico depende de la calidad de la medicina que el mundo que lo rodea puede ofrecerle, pero también depende de la capacidad que él posea para elegir al médico en el cual va a confiar. Esa capacidad no sólo deriva de su conocimiento de la realidad, de su intuición, o de su sentido común, sino también, en gran medida, del nivel de desarrollo que hayan alcanzado sus conceptos acerca de la enfermedad. A pesar de que la oferta de una buena medicina crece continuamente, hoy todo colabora para que la posibilidad que el enfermo tiene de elegirla se vea más amenazada que nunca. Existen actualmente multitud de medicinas diferentes que se reparten distintos sectores de una realidad compleja. Además vivimos inmersos en una crisis de valores, y los conocimientos evolucionan con una rapidez que anteriormente jamás habían alcanzado.

Es tan común que hoy se hable de psicoanálisis, de estrés, de angustia, de complejos infantiles, o de la repercusión que las emociones tienen en la evolución o el comienzo de una enfermedad, que no parece posible que alguien se desconcierte con esto. Conviene, sin embargo, examinar ahora algunos preconceptos que tienen vigencia en el consenso y pueden dificultar una buena comprensión de lo que esencialmente intentan transmitir las historias aquí reproducidas.

Estamos acostumbrados a pensar que una enfermedad es un trastorno material o, si no se trata de eso, es la descompostura de un mecanismo de funcionamiento.

Cuando aceptamos que lo psíquico influye sobre el cuerpo, pensamos en lo psíquico como en una fuerza capaz de generar una alteración en la maquinaria que constituye nuestro cuerpo físico. Nos parece entonces que curar la enfermedad es, ante todo, reparar la máquina, y que la función de la psicoterapia se limita a impedir que la influencia psíquica dificulte la tarea o que repita la perturbación. Aunque admitimos que lo psíquico puede ser una causa, nos cuesta creer que "por sí sólo" pueda generar una enfermedad completa, una enfermedad "en serio", en la cual intervengan, por ejemplo, los microbios. Tal vez, pensamos, lo psíquico pueda haber iniciado el proceso que conduce a la enfermedad, a través del sufrimiento, del vicio, del abandono o del descuido, pero, una vez establecida la enfermedad, el tratamiento requiere algo más que la psicoterapia.

La enfermedad es también un lenguaje

Las historias que presentamos en este libro intentan mostrar que la enfermedad física es también una forma del lenguaje. En la historia de una vida la enfermedad parece haberse presentado como un accidente indeseado, que interrumpe de manera inesperada el "hilo" de los propósitos y las intenciones que trazaban el rumbo de esa vida. Sin embargo, una vez que hemos aprendido a leer en ese idioma, la enfermedad se nos presenta como un capítulo que forma parte indisoluble de esa biografía completando la trama de la historia en un conjunto más amplio y con un significado más rico. Como ocurre con la novelas policiales, una vez que la investigación, larga y fatigosamente realizada, finaliza, y se reconstruye el sentido del suceso misterioso o absurdo, todo parece sencillo. La enfermedad deja de ser el acontecimiento ajeno que irrumpe desde afuera de la propia vida, para convertirse en un drama que le pertenece por entero. La experiencia nos muestra, entonces, que aquello que puede descomponer la maquinaria, cuando el motivo cambia, también la puede volver a componer. Comprender una significación es, inevitablemente, cambiarla, porque implica incluirla en un contexto que la resignifica. Un cambio de

significación es, también, un cambio de estado, de modo que el enfermo que no cambia es el que no ha logrado comprender.

Los tres modos del conocimiento

Debemos ahora aclarar una cuestión. Los antiguos distinguían tres formas del saber. Aquello que se sabe por lo que se dice (*scire*), aquello que se sabe porque se lo ha saboreado alguna vez (*sapere*) y aquello que se sabe porque se lo ha probado muchas veces, se lo ha experimentado (*experior*). Corresponden a la diferencia que existe entre inteligir, comprender y creer. Suelen quedar simbolizadas por el cerebro, que alude al intelecto, el corazón, que alude al sentimiento y el hígado, que alude a una capacidad práctica que se manifiesta en la voluntad y determina la cualidad que denominamos experiencia.

El saber de un modo intelectual puede llevar a sentir auténticamente lo que se ha adquirido, y el comprender de esta última manera puede conducirnos a creer con ese convencimiento que nos lleva a disponer la vida entera de acuerdo con aquello que hemos comprendido. Pero este camino, que es largo y es difícil, este camino que nos conduce a un cambio, no siempre se recorre. Sé que el contenido de este libro no basta para producir la creencia que compartimos aquellos que trabajamos largos años con historias como las que aquí se narran. Uno se convence sólo con una realidad que lo ha vencido. Su primera parte intenta exponer los fundamentos de una manera lo suficientemente clara como para que pueda llegar al intelecto, pero la segunda responde a una intención más ambiciosa: aspira a que la realidad del hombre enfermo pueda ser aprehendida en su conjunto, con esa forma del *sapere* que llamamos comprensión. Si el lector se dispone a "saborear" su contenido, es posible que aquello a lo cual la cabeza se resiste, pueda llegar, amablemente, de corazón a corazón.

Dr. Luis Chiozza

II

LECTURA PARA MEDICOS

El drama que se oculta en la enfermedad

Podríamos decir que la mayoría de las cosas que los libros nos enseñan se presentan muy pocas veces en nuestros consultorios. Esto no tiene nada de extraño, porque debemos aprender a reconocer una enfermedad, o a resolver una complicación, cuando se presenten, por más raras que sean una y otra. La gran mayoría de los pacientes que vemos, sin embargo, se reparten entre unas pocas enfermedades y algunas, igualmente pocas, evoluciones típicas. Nuestra labor habitual como médicos se realizaría, por lo tanto, con muy pocos tropiezos imprevistos, si no fuera por otro factor que viene a perturbarla. Es un factor que, con características distintas, se presenta también en el consultorio del abogado o del contador. Los libros de las respectivas especialidades no nos dicen, sobre eso, mucho más que unos cuantos consejos útiles y otras tantas apelaciones al uso del "tacto" y del sentido común. El colega que lee estas palabras ya habrá comprendido que me refiero al inmenso campo constituido por la influencia de los trastornos psíquicos en la relación médicopaciente, en la sintomatología orgánica y en la evolución del tratamiento.

La gran mayoría de nuestros pacientes plantean problemas de este tipo, y, por "culpa" de esta circunstancia, sentí, hace ya muchos años, cuando me dedicaba a la clínica médica, la necesidad de ocuparme de la psicoterapia. Así me convertí en psicoanalista, y postergué de este modo, durante largo tiempo, la posibilidad de ocuparme otra vez de las enfermedades que afectan a la forma o al funcionamiento del cuerpo.

Las historias que presento aquí intentan mostrar a mis colegas, de un modo escueto y breve, pero sin concesiones a la inexactitud, que cada enfermedad distinta representa, en el escenario de la vida íntima, un drama diferente, tan típico e identificable como la enfermedad misma. Un drama que el enfermo siempre conoce de un modo distorsionado o incompleto, y cuya

relación con la enfermedad generalmente ignora o malentiende.

Es frecuente que, una vez terminada la historia que se obtiene como producto de un Estudio Patobiográfico, provoque la impresión de encontrarnos ante una biografía excepcionalmente dramática. Es solamente después de haber completado muchos estudios de esta clase y haber obtenido la experiencia de la dificultad que es necesario vencer para reencontrar el drama que toda enfermedad oculta, cuando llegamos a comprender que lo que aparece como una historia insólita o extraordinaria nos rodea por doquier en la convivencia cotidiana. A veces ocurre lo contrario, y las vicisitudes que la Patobiografía revela se juzgan como tan habituales, que resulta difícil creer que puedan constituir la condición de una determinada enfermedad somática. En estos casos solemos "olvidarnos" de que la enfermedad somática considerada ocurre también frecuentemente.

Para lograr "componer" historias como las que aquí narramos, es imprescindible que un médico clínico y un psicoterapeuta, que sepan lo suficiente de lo suyo, puedan trabajar juntos respetando los conocimientos de la especialidad ajena y el "espacio" que cada uno necesita para poder ejercer su tarea. En rigor de verdad, si ocurre a veces que alguno de ellos quiere mostrar al otro que "sabe" lo suficiente de la especialidad que ignora, no se trata tanto de una vana arrogancia como del íntimo desasosiego que sentimos los médicos frente al sufrimiento del enfermo, desasosiego que nos conduce, porque somos mucho más humanos de lo que nos creemos, a experimentar la obligación de saberlo todo y a negar cuanto ignoramos.

La experiencia muestra que el diálogo entre los médicos que diagnostican procesos y prescriben medicamentos o procedimientos, y aquellos otros que interpretan significados inconcientes y procuran curar mediante la palabra, suele ser difícil. La gran mayoría de los malentendidos que dificultan ese diálogo sucede porque cada uno asume, y da por sentados, conceptos

fundamentales distintos, sin tener en cuenta que su interlocutor parte de otros presupuestos. Como estos mismos equívocos pueden surgir durante la lectura de las historias que este libro contiene, convendrá que describa, aunque sea brevemente, algunos de los conceptos que fundamentan la teoría en la cual esas historias se apoyan.

¿Qué entendemos por 'psíquico'?

Cuando hablamos de psiquis solemos pensar en la función del cerebro, como si el cerebro "segregara" psiquis del mismo modo que el hígado segrega bilis. Es evidente que los potenciales eléctricos que genera una computadora en sus circuitos, durante su funcionamiento, no son psíquicos. Lo psíquico reside en el significado del programa que la circulación eléctrica transporta.

Si encerráramos durante mucho tiempo, en su laboratorio, a un ingeniero en electrónica, sin más compañía que sus instrumentos y una computadora de ajedrez, un ingeniero que no sólo ignorara como funciona una computadora y las reglas del juego de ajedrez, sino el hecho mismo de que existe un juego que se llama así, podría suceder que desarmara el aparato para explorar su "anatomía" y su estructura microscópica. Luego podría volver a armarlo para estudiar la "neurofisiología" de su funcionamiento. Podría de este modo comprobar que el monitor se apaga cuando se retira una determinada conexión, o que no puede recuperar determinadas combinaciones de signos cuando se desconectan los bancos de memoria. También podría descubrir que, en algunos circuitos de la máquina, surgen miliamperajes "electroencefalográficos" diferentes durante el proceso que produce distintas combinaciones en los signos de la pantalla. Todo esto podría serle útil, eventualmente, para reparar la máquina si ésta, por ejemplo, cae al suelo y se daña, pero no le revelaría a qué designio la computadora sirve, ni por qué, algunas veces, se "atasca" como si estuviera "descompuesta".

Si oprimiera, en cambio, sus distintas teclas, y prestara atención a lo que sucede en la pantalla, con el tiempo lograría descubrir la existencia de un "programa" que produce "jeroglíficos", y que estos jeroglíficos simbolizan transformaciones, constituyen un lenguaje que alude a cambios en el estado de algo que se ignora. Más tarde sabría que hay transformaciones, o "movidas", que son ilegales, hasta llegar, tal vez, a reconstruir "psicoanalíticamente" las reglas completas del juego de ajedrez. Habría comprendido así, por fin, cuál es el sentido "espiritual" de la existencia de la máquina y, recién entonces, podría establecer criterios "estéticos" y "éticos" para diferenciar una buena de una mala partida. Ahora también sabría que la máquina se "atasca" si insistimos, por ejemplo, en "mover" una torre como si fuera un alfil.

La elaborada y creciente complejidad de los ordenadores modernos ha conducido a que se discuta la posibilidad de que una computadora no "contenga" solamente el programa, sino, además, el significado del programa, es decir, un metanivel de conocimiento sobre la meta final para la cual ha sido diseñado el programa (Hofstadter y Dennet, 1981; Weizenbaum, 1976; Berry, 1983). Sea cual fuere la respuesta que aceptemos, importa subrayar aquí que lo psíquico no reside en el programa, sino en el significado del programa, y que, si el significado está *en* el hombre, no reside solamente en su cerebro.

En la sala de cirugía en donde se opera un enfermo de litiasis biliar con el auxilio de una colangiografía, se ve una vesícula en el abdomen abierto y otra en la pantalla de radioscopia. Se piensa cotidianamente que la vesícula de la colangiografía es una representación, obtenida por medio de los rayos X, de la vesícula "real", que se ve en el abdomen, pero esto constituye un error. La vesícula que se observa en el campo quirúrgico, lejos de ser la "cosa en sí" vesícula, es una representación diferente, *aunque más habitual*, obtenida mediante la luz incidente. No sólo el color, sino también la forma, observados en un microscopio, varían según el colorante con el cual se los ha hecho visibles. De modo

que aquello que vemos, oímos, tocamos, gustamos u olemos, siempre es el producto del encuentro entre la "cosa en sí" y nuestra posibilidad perceptiva, nunca la "cosa en sí" misma.

La formación intelectual que, como médicos, hemos recibido, fundamentada esencialmente en los métodos de las ciencias naturales, nos ha acostumbrado a la idea de que la materia es una realidad primaria, una evidencia, mientras que lo psíquico, en cambio, "se origina en la materia" como una realidad que debe ser inferida, secundariamente, a partir de sus manifestaciones. Esta idea impregna los textos en los cuales estudiamos los conocimientos de nuestra disciplina. Es una epistemología implícita que, por el hecho de no ser explícita, permanece habitualmente fuera de nuestras discusiones.

Sin embargo dos circunstancias hacen sentir su influencia, cada vez con mayor fuerza, a medida que transcurren los años. Por un lado sucede que, en un mundo cuyos valores cambian rápidamente, los "factores" psíquicos de la enfermedad se han hecho cada vez más evidentes. No es un secreto que vivimos en un clima permanente de desestabilización psíquica; basta prestar atención al consumo creciente de los fármacos que influyen sobre el estado anímico. Suelen ser los mismos enfermos quienes plantean al médico la importancia de sus problemas en ese terreno y su urgencia por encontrarles alguna solución. Por otro lado la evolución de la ciencia nos enfrenta con productos y conceptos que no podemos comprender y utilizar adecuadamente a menos que reexaminemos las bases epistemológicas sobre las cuales se asienta nuestro conocimiento médico.

Es cierto que podemos utilizar la tomografía computada, el análisis cromatográfico o el rayo láser, sin hacernos todavía demasiados problemas, pero las teorías que han permitido esos desarrollos técnicos se apoyan en supuestos epistemológicos distintos de aquellos sobre los cuales transcurrió nuestra formación universitaria, y el mundo intelectual que nos rodea se encuentra cada

día más influido por conceptos que vinculan los fenómenos que estudia la física con los problemas psicológicos que atañen a la conciencia. Los problemas de la inteligencia artificial conducen a que los ingenieros no sólo se interesen en los hallazgos de la neurología y los fenómenos de comunicación dentro de un ecosistema, sino también en el inconciente freudiano o en los problemas de significación y de estilo que estudian la lingüística y el arte literario.

Digamos pues que, en términos científicos rigurosos, lo psíquico no debe ser concebido como una misteriosa e inasible emanación de la materia, como sostienen los biólogos mecanicistas, sino como la cualidad concreta de significación que constituye una historia *. La historia, desde este punto de vista, es algo mucho más rico que el registro "objetivo" de una secuencia. Una sucesión de hechos de significación diversa, aunque cronológicamente ordenados, no constituye una historia. Una historia es, en su sentido esencial, un entrelazado de temas o "argumentos" que, como es el caso de la traición, el heroísmo o la venganza, aunque son muchos, son típicos. Existen más allá del tiempo mensurable, son "atemporales" o, si se quiere, sempiternos. De modo que se representan una y otra vez, en el escenario de la vida, como el "transcurrir" de algunas escenas que reclaman nuestra atención, escenas que forman parte de un *drama* que puede ser reconocido precisamente por ser característico, es decir, universal.

El hábito de pensar en términos de psicodinámica

Es posible que el colega que lea este libro se pregunte por qué no diferencio entre el "origen psíquico" de una dolencia somática, y la situación contraria, en la cual el sufrimiento anímico es una consecuencia (patoneurótica) de la enfermedad del cuerpo. O, también, si la psicoterapia puede obtener el efecto buscado cuando el trastorno ya ha alterado la estructura física de los órganos comprometidos. Tal vez hubiera esperado encontrar, en las historias que aquí presento, una mayor referencia a los mecanismos psíquicos, a los

cuadros psicopatológicos, al diagnóstico psiquiátrico, a los efectos terapéuticos, y a una cuidadosa discriminación entre las enfermedades que, desde un punto de vista "etiológico", son psicósomáticas y aquellas otras que no lo son.

Durante el ejercicio de la medicina nos hemos acostumbrado a pensar que la mejor terapéutica es la terapéutica etiológica. Es natural que pensemos así porque, implícitamente, nos apoyamos en la idea de que todo fenómeno observable es siempre el efecto de una determinada causa. Nuestra tarea consiste entonces en identificar el trastorno, descubrir su causa, y suprimir esa causa para hacer desaparecer el efecto. Es por este motivo que, cuando Freud descubrió el significado psíquico inconciente de algunos trastornos corporales, no sólo la medicina general, sino también la gran mayoría de sus propios discípulos, encerraron su descubrimiento dentro del concepto de psicogénesis. En otras palabras, se interpretó que algunas enfermedades, o, por lo menos, algunos fenómenos en la evolución, o en la sintomatología, de algunas enfermedades, son el efecto de una "causa psíquica".

Esa manera de pensar, en términos de "mecanismos", que había sido tan útil en el desarrollo de una fisiopatología, dio nacimiento a una psicopatología que se llamó "dinámica", para diferenciarla de "la otra", fundamentalmente descriptiva, que utilizaba la psiquiatría clásica. Se comenzó a hablar, desde entonces, de los "factores psíquicos" *en la etiología* de las enfermedades, y esto dio lugar a la consideración de que hay enfermedades que son psicósomáticas.

La enorme cantidad de literatura científica que incluso desde dentro del psicoanálisis sostiene ese modo de pensar, "facilitó" aparentemente la comprensión de Freud, pero redujo las posibilidades de que una gran mayoría del mundo intelectual de nuestra época llegara a captar el verdadero alcance de su descubrimiento.

La interpretación lingüística de la realidad

Freud, investigando en la histeria, descubrió que sus pacientes "padecían de reminiscencias", que existía un grupo patógeno de representaciones, separado del comercio asociativo con el resto de la vida psíquica consciente, y que el significado de esas representaciones reprimidas provenía, como el de la vida onírica, de los impulsos sexuales infantiles (no siempre genitales). Su lenguaje conservaba todavía el estilo y el basamento teórico que eran propios de un modelo físico del mundo, pero su certera intuición, su profunda formación humanística y su inclinación natural a la observación de la realidad clínica, le condujeron hacia una concepción que trascendió ampliamente el modelo de una relación causal. Freud incursionó decididamente en un tipo de pensamiento que, con los años, y con la tarea de autores de las más diversas disciplinas, se perfilaría como una "concepción lingüística" del mundo (Turbayne, 1974). Según esta concepción, a pesar de que estamos habituados a explorar el universo como si fuera una gigantesca maquinaria de reloj (Newton), no debemos olvidarnos que es igualmente fructífero, para el avance de nuestros conocimientos, contemplar sus fenómenos como otros tantos signos lingüísticos que remiten a una unidad de sentido. Nuevamente, se trata de un enfoque epistemológico según el cual fenómenos biológicos interrelacionados pueden interpretarse en términos de una intencionalidad ecosistémica.

Más allá de cuanto, o cuan poco, necesitemos los médicos compartir, para el desarrollo de nuestra tarea, una concepción lingüística del mundo, lo que nos interesa destacar ahora puede resumirse en unos pocos puntos: 1 Interpretar el significado de un síntoma no implica postular una causa. 2 La existencia psíquica, y con ella el terreno de los significados, constituye una realidad tan primaria como la realidad material que constituye el mundo en el cual rigen las leyes de la ciencia física. Se trata de una realidad "histórica", cuya organización conceptual, como la de la física, se rige por sus propias leyes y posee sus propios derechos. 3 Del mismo modo que la comprensión del significado inconsciente inherente a un determinado trastorno corporal no excluye la posibilidad de explicarlo como el

efecto de una determinada causa, la percepción de una causa eficiente no excluye la posibilidad de interpretar el significado inconsciente específico de un determinado trastorno. 4 Del mismo modo que la imposibilidad de explicar una causa eficiente no implica haber demostrado su ausencia, la imposibilidad de comprender un significado inherente no implica haber demostrado su ausencia. 5 Cuando admitimos que un determinado trastorno corporal es un signo que expresa o representa un particular significado inconsciente, admitimos también que toda transformación de ese significado llevará implícita una transformación del trastorno que constituía su signo.

Los casos presentados

Los seis enfermos cuya historia narro fueron elegidos, todos ellos, por padecer enfermedades graves o que evolucionaban mal, y porque ninguna de ellas se clasificaría, habitualmente, como una enfermedad psicósomática. Se trata de una neuralgia del nervio mediano, un infarto de miocardio, un herpes ocular recidivante, un melanoma metastásico, una esclerosis en placas y una leucemia linfoidea aguda. Los diagnósticos de sus enfermedades fueron realizados por médicos competentes. Incluyo los datos de sus historias clínicas, a los fines de que el colega que lea este libro pueda juzgar por sí mismo.

Cinco de los seis enfermos evolucionaron bien, y si fueron elegidos también por este motivo, es porque me interesaba mostrar que, en principio, se *puede considerar la posibilidad* de que este modo de tratar a un enfermo aporte un gran beneficio. El sexto (esclerosis en placas) fue elegido por otro motivo. Me parecía importante presentar un paciente, por lo menos, en el cual la ausencia del resultado buscado permitiera contemplar que, aun en ese caso, el trabajo realizado estaba muy lejos de constituir una tarea inútil.

Espero que quede suficientemente claro que no pretendo presentar nuestro enfoque terapéutico como una panacea. Cuando, frente a un paciente, interpretamos el significado biográfico de una

enfermedad que la medicina considera grave, el enfermo, visto desde nuestro ángulo de observación, continúa siendo un caso grave.

¿Cuánto debe saber un paciente?

Observamos muchas veces que, frente a un caso grave, existe el temor, en el médico y en la familia, de que una intervención psicoterapéutica altere la tranquilidad que el enfermo necesita para luchar contra la enfermedad. Quiero dejar consignado aquí, en este prólogo, que ese temor deriva de una equivocación. Se supone que la influencia psíquica perjudicial deriva de la angustia, o de la "nerviosidad", conciente, y se olvida que el mayor peligro proviene precisamente de la angustia inconciente. Con frecuencia se ignora que "sedar" al enfermo, aunque puede tranquilizar a la familia, suele aumentar el peligro de una influencia inconciente sobre la evolución de la enfermedad, y que, por el contrario, la psicoterapia, o aún la angustia conciente, puede disminuir ese peligro.

Freud se ocupó de señalar que el daño que podría surgir del levantamiento de una represión debía ser, en todos los casos, menor al que produciría ese mismo contenido psíquico operando de manera inconciente. Sin embargo, cuando afirma que "si el psicoanálisis no pudiera dañar tampoco podría curar", admite que el hacer conciente lo inconciente puede ocasionar un daño. *¿Existen, entonces, algunas fantasías inconcientes cuyo acceso a la conciencia puede ser perjudicial?* Ocurre que el producto que penetra en la conciencia por obra del levantamiento de una represión, puede colaborar para mantener activa y reprimida a otra fantasía inconciente, que aumenta de este modo su potencial patógeno.

El mismo problema se presenta cada vez que debemos decidir, como médicos, cuándo, hasta qué punto, y a quién, debemos comunicar "la verdad" acerca de un diagnóstico. Suele sostenerse, con razón, que el enfermo, o la familia, tienen el derecho de saber a qué

atenerse con respecto a la evolución de una enfermedad, y que el médico no puede asumir, por sí solo, la responsabilidad de lo que "ha visto" en el paciente. Pero también es cierto que hay casos en los cuales el conocimiento de "la verdad" produce en el enfermo, o en su familia, un daño que no puede ser negado. Si bien sucede que muchas veces es difícil ponderar cuándo, qué, cuánto, cómo y a quién debemos hablar de un diagnóstico o un pronóstico, existen algunos parámetros que pueden orientar esa ponderación.

El nombre de una determinada enfermedad lleva implícito un particular significado, distinto para cada persona, una parte del cual es inconciente. Además, todo conocimiento puede ser utilizado para ocultar y "alimentar" una determinada fantasía inconciente, cuyos efectos se ejercen "desde la sombra". Debemos, por lo tanto, defendernos de la tentación de comunicar "sagazmente" diagnósticos precoces, ya que los efectos de esa comunicación no se corrigen "automáticamente" cuando se corrige el diagnóstico. Debemos también ser prudentes en cuanto al grado de "verdad" de lo que hemos descubierto, y tener en cuenta que, aun en los casos en que el diagnóstico puede haber quedado razonablemente asegurado, el pronóstico no siempre surge con el mismo grado de certeza.

La evaluación estadística

Hay una cuestión que retiene nuestro mayor interés: ¿en qué medida la interpretación del significado inconciente de un trastorno corporal, puede ayudarnos en nuestra tarea de curar o aliviar al enfermo? Aquí, en este punto, no sólo nuestra formación médica, sino nuestro sentido común, reclama algún tipo de precisión estadística: ¿Cuántos casos tratados? ¿Con qué resultado?

Desgraciadamente la estadística, en este tipo de trabajo, es muy difícil. Para realizar una estadística es necesario aislar la variable que se desea investigar, es

decir, *homogeneizar*, hasta el máximo posible, todos los otros factores. Por ejemplo, edad, otras enfermedades, otros tratamientos, etcétera. Esta tarea, aunque difícil, es posible cuando nos movemos con métodos que derivan de la física y que toleran que descompongamos la realidad en partículas o factores elementales. Pero, en un terreno "históricolinguístico", el significado de una parte es muy distinto del significado del conjunto que esa parte integra. La realidad que investigamos exige que estudiemos muy prolongadamente a cada enfermo. En caso contrario corremos el riesgo de que se nos pase desapercibido aquello que buscamos. Por este motivo la acumulación de casos requiere un tiempo mucho mayor que el que suele ser necesario, por ejemplo, para investigar la acción de un fármaco.

Debemos tener presente, sin embargo, que el conocimiento estadístico no es el único tipo de conocimiento científico posible. ¿Cuántos corazones necesitamos disecar para comprender lo esencial de su estructura anatómica? ¿Cómo sabemos que cuando dos cosas son iguales a una tercera también son iguales entre sí? La gran mayoría de las afirmaciones científicas no surgen como producto de una evaluación estadística, sino como resultado de un proceso de pensamiento que establece relaciones de significación entre los hechos observados (Chiozza y colab., 1985 *). No es lo mismo afirmar, a partir de un recuento estadístico, que el bacilo de Koch se halla presente en un 78% de enfermos de tuberculosis, que descubrir, basándonos en un razonamiento formal que llamamos etiológico, que es condición necesaria en el 100 % de los casos.

Nuestra convicción acerca de una determinada influencia terapéutica, nacida de una comprensión del sentido de los hechos observados, va creciendo a medida que transcurren los años de una experiencia clínica. Al principio "sabemos" pero no logramos creer. Un buen día "sentimos" que algo se ha movido. No siempre logramos comprender el *cómo*, pero ayuda el saber que se está en el camino.

La enfermedad, vista desde un cierto ángulo, aparece como una amenaza del destino. Dicha amenaza puede ser la muerte, la parálisis, la invalidez, la mutilación, o, simplemente un permanente sufrimiento "inútil". Cuando esta amenaza se disuelve, solemos decir que el enfermo se ha "salvado". Todos los médicos hemos saboreado, alguna vez, ese júbilo, y el sentimiento de que "servimos para algo", pero también sabemos que la historia recomienza en ese punto y que lo que una vez ha sucedido puede volver a acontecer. Sin embargo, desde que hemos experimentado el júbilo de reparar un daño, no dejaremos jamás de buscarlo, en cada nuevo encuentro con la enfermedad...

Notas

(*) Para la epistemología clásica, el psiquismo se presentaba al ser humano como un producto tardío de la evolución biológica. La nueva epistemología, en cambio, considera que la vida psíquica es equivalente al sentido de la evolución biológica, lo cual permite al observador encontrar un significado históricolinguístico en cualquiera de los elementos que forman parte de la red ecosistémica. Gregory Bateson sostiene, por ejemplo, que la relación entre texto y contexto, típica de la gramática de un lenguaje, es también parte del desarrollo embriológico o de la interrelación de las formas biológicas de diferentes especies. (Koestler, 1967). Este tema se desarrolla más detalladamente en el Capítulo 4.

(**) Chiozza, Luis, Adamo, D., Barbero, L., Boari, D., Schneer, C., Spivak, R., Stisman, M. (1984a). "Acerca de la superstición en el uso de la estadística" (Inédito).

Dr. Luis Chiozza

III

LECTURA PARA PSICOTERAPEUTAS

La psicoterapia como experiencia lingüística

Si bien es cierto que son muchas las corrientes de pensamiento que hoy se disputan el territorio de la psicoterapia, y que algunos de los planteos de Freud

Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

