

Luis Chiozza

¿POR QUÉ ENFERMAMOS?

LA HISTORIA QUE SE OCULTA EN EL CUERPO



PRIMERA EDICIÓN DE TXALAPARTA
Marzo de 2010

© DE LA EDICIÓN: Txalaparta
© DEL TEXTO: Luis Chiozza

EDITORIAL TXALAPARTA S.L.L.
Navaz y Vides 1-2
Apartado 78
31300 Tafalla NAFARROA
Tfno. 948 703 934
Fax 948 704 072
txalaparta@txalaparta.com
www.txalaparta.com

DISEÑO DE COLECCIÓN Y CUBIERTA
Esteban Montorio

MAQUETACIÓN
Monti

IMPRESIÓN
Gráficas Lizarra S.L.
Carretera a Tafalla, km. 1
31132 Villatuerta - Navarra

ISBN
978-84-8136- -

DEPÓSITO LEGAL

10

txalaparta 

PRÓLOGO
A LA PRESENTE EDICIÓN

LA ESENCIA DE ESTE LIBRO PUEDE RESUMIRSE EN UNA SOLA FRASE: El enfermo es siempre un ser vivo animado por una vida subjetiva, y su enfermedad, más allá de que se la comprenda, o no se la comprenda, como la descompostura de un mecanismo fisiológico, forma parte de la trama que constituye la historia de su vida. Los acontecimientos que se relatan en las páginas de *¿Por qué enfermamos?* provienen, como es natural, de tres fuentes: el estudio y la reflexión teórica, la investigación sostenida en el campo de la interrelación psicofísica, y la experiencia clínica. En los veinte años transcurridos desde su primera edición, hubo progresos importantes en los tres campos, pero ninguno de los conceptos que contiene ha quedado obsoleto. Nuevas investigaciones en diferentes enfermedades, que ensancharon el campo de nuestros conocimientos, dieron lugar a la publicación de varios libros en los cuales, junto a la enunciación de los lineamientos teóricos esenciales, narramos casos prototípicos de patologías distintas. En 1995 relatamos «Lo que ocurrió con Milena», una niña de cinco años, con un cáncer gravísimo, que curó completamente. Frente a la tarea de preparar una nueva edición de *¿Por qué enfermamos?*, nuestro editor llegó a la conclusión de que el libro y la conmovedora historia de Milena se merecían mutuamente, de modo que, de

común acuerdo, decidimos incluir ese relato en la presente edición. No he querido alterar, rescribiéndolo de nuevo, la forma en que *¿Por qué enfermamos?* nació, de modo que el libro, lo mismo que el caso Milena, conserva las referencias originales, con algunas aclaraciones en notas al pie de página, cuando resultan imprescindibles para orientar al lector. Hemos agregado también tres capítulos más. En uno de ellos, «El alma oculta en la alteración del cuerpo», volvemos sobre las ideas fundamentales veinte años después de la primera edición, exponiendo algunos lineamientos que hemos logrado profundizar y comprender mejor. Es un capítulo breve en el cual he procurado no omitir ningún concepto esencial. En otro, «Lo que nos hace la vida que hacemos», abordamos una cuestión que ha vuelto a llamar la atención del consenso desde que las neurociencias, en los últimos años, han demostrado que las experiencias «esculpen» los circuitos de nuestro cerebro. Nos introducimos, en ese capítulo, en el tema de la relación entre las neurociencias y el psicoanálisis y, a partir de allí, en algunas de las cuestiones fundamentales de la teoría psicoanalítica. Aquí también se retoman, a riesgo de repeticiones, algunos desarrollos teóricos de capítulos anteriores, pero para ser reconsiderados bajo esta nueva luz. No he escatimado esfuerzos, en ambos capítulos, para tratar de ser claro, pero el tema pone en crisis, inevitablemente, una cantidad de creencias sobre las cuales muy pocas veces dudamos. En ese punto no hay compromiso posible: para divisar el nuevo panorama que el futuro ofrece al desarrollo de una medicina distinta, es necesario atreverse a salir del encierro, no siempre conciente, al cual nos someten los antiguos conceptos que han impregnado nuestra formación escolar. Acuden aquí, en mi auxilio, las palabras de Ortega: «Cuando el hombre que se dedica a pensar llega a una cierta altura de su vida casi no puede hacer otra cosa que callar. [...] y sin embargo me he portado correctamente, caminando por derecho a mi tema». Un conjunto de esquemas dinámicos, dibujados en PowerPoint, acerca de esos dos capítulos y acerca de los seis casos que integran la segunda parte de *¿Por qué*

enfermamos?, publicados en la página Web de nuestra Fundación (www.funchiozza.com), pueden ayudar a disipar malentendidos que son habituales. Por fin, el tercero de esos tres capítulos, «Lo que hace un psicoanalista cuando psicoanaliza a un paciente», forma parte de este libro por una necesidad diferente. La confusión que existe en nuestros días acerca de lo que se designa con la palabra psicoterapia es muy grande. Los autores que se proponen explicar en términos comprensibles para las personas que se hallan fuera de la especialidad, en qué consiste la esencia de la psicoterapia, cuáles son sus posibilidades, y por qué muchas veces se requiere que sea tan frecuente y prolongada como lo es el proceso mediante el cual se adquiere destreza en el dominio de una lengua extranjera o en la ejecución de una pieza musical en el piano, son muy pocos. Me ha parecido de pronto que este libro, que se dedica a presentar la enfermedad como un acontecimiento que se integra con el conjunto entero de una biografía que relata el entretendido de carácter y destino, no hubiera quedado completo sin presentar el instrumento que le ha dado origen y mediante el cual la comprensión y la intervención «terapéutica» forman parte de un mismo acto indisoluble.

Tal vez al lector le gustaría saber algo acerca de cómo prosiguieron sus vidas los pacientes que sufrieron las vicisitudes que relatamos en estas páginas. Acerca de Alfredo supimos, indirectamente, unos cinco años después de haber realizado su consulta al Centro Weizsaecker, que nunca había vuelto a sufrir su neuralgia, pero también supimos que lo echaron de la firma en donde trabajaba porque, finalmente, había sustraído dinero de la caja. Acerca de Guillermo supimos que, pocos años después de habernos consultado, continuaba casado con Lina. Hasta donde sabemos no había vuelto a sufrir un infarto de miocardio ni tampoco precordialgias. Hace unos seis años uno de nosotros se encontró con Alberto en una reunión que festejaba el casamiento de un amigo. Se había vuelto a divorciar y vivía otra vez en el desorden. En el terreno profesional seguía recibiendo el aprecio que siempre había obtenido. Su melanoma no volvió a

recidivar. Aquel niño que fue José Luis es hoy un adulto saludable. No volvió a sufrir lesiones herpéticas oculares. Sonia vive ahora en el extranjero curada completamente de su leucemia. Recibimos noticias de ella a través de los numerosos pacientes que le envió a la que fue su psicoanalista durante su estadía en Buenos Aires. Acerca de Albertina no volvimos a tener noticias. Todo induce a suponer que, tal como lo decimos en las páginas que relatan su caso, su enfermedad siguió progresando. Milena continúa en contacto con la doctora Del Pidio, quien nos ha testimoniado que es una joven «espléndida» que prosigue normalmente su vida. Su padre murió, como consecuencia de un infarto cardíaco, hace algunos años.

La primera edición de este libro apareció en Buenos Aires en 1986. Una versión portuguesa se editó en Brasil en 1987. Un año más tarde fue traducido y publicado en Italia. En 1994 se editó en Madrid, y hace siete se publicó en EE.UU. con el añadido de una tercera parte que se incorporó al libro a partir de la tercera edición en lengua castellana. Hoy, veinte años después, lo esencial de su contenido posee una vigencia que, si cabe decirlo así, es más actual que nunca. Sus numerosas ediciones testimonian el interés de los lectores por los temas que el libro desarrolla y reflejan el hecho indudable de que, más allá de la multitud de problemas que la medicina de nuestros días resuelve con un espléndido desarrollo tecnológico, existe una necesidad insatisfecha en el encuentro entre los médicos y sus pacientes, que motiva, en los enfermos, en sus allegados y en un número creciente de médicos, una búsqueda que no cesa. Espero que esta nueva edición sirva de estímulo, como las anteriores, a todos aquellos para quienes el ejercicio de la medicina no ha sido nunca una repetición rutinaria y también para las personas que asumen valientemente su enfermedad como una oportunidad de cambio.

LUIS CHIOZZA
Octubre de 2006

Para ver no basta con mirar. Sólo podemos ver cuando tenemos una idea de lo que busca la mirada. Cuando el dedo que señala tiene éxito en la tarea de indicar una presencia, es porque se comparte la idea de aquello que hay que ver. La mayoría de las veces, esa idea es un sobreentendido. Los sobreentendidos nunca son explícitos; por eso, cuando no coinciden, en lugar de ingresar en una discrepancia legítima, ingresamos en un malentendido.

La realidad de la cual aquí nos ocupamos está rodeada de sobreentendidos que desvían nuestra visión en otras direcciones. Las lecturas que constituyen la primera parte de este libro intentan disminuir esa dificultad. Fueron escritas pensando en que cada lector encontrara, en su particular manera de recorrer esas páginas, su propia puerta de acceso a la realidad que surge de las seis historias.

A fin de evitar que alguno de los pacientes cuyos historiales narramos pudiera ser reconocido, han sido alterados los nombres, edades, fechas, lugares y, en general, cuanto dato de su historia hubiera podido contribuir a su identificación. Hemos cuidado, sin embargo, que las alteraciones introducidas no afectaran aquella parte de la realidad sobre la cual se apoyan las conclusiones que en este libro exponemos.

Todo médico necesita y debe hablar de lo que ve en sus enfermos. Es algo que duele no decir... y es además una deuda... pero «cómo decir» ha sido siempre el principal problema de toda convivencia, y cada nuevo intento no es más, ni es menos, que una nueva esperanza...

Primera parte

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 des-

tacan cada vez más las situaciones en que el enfermo se siente desamparado e incomprendido 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 qué 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 pre-conceptos 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 solo» 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 las 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 re-significa. 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.

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 reparte 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 médico-paciente, en la sintomatología orgánica y en la evolución del tratamiento.

La gran mayoría de nuestros pacientes plantea 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, se produzca la impresión de que nos encontramos 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 inconcidentes 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 cómo 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. Lue-

go 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, degustamos 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 mis-

mos 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 historia¹. La historia, desde este punto de vis-

1.- 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 histórico-lingüístico 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 IV.

ta, 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 entretrejado 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 re-presentan 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 re-conocido 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 conciente, 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 mun-

do, pero su certera intuición, su profunda formación humanística y su inclinación natural a la observación de la realidad clínica lo condujeron hacia una concepción que trascendió ampliamente el modelo de una relación causal. Freud incurrió 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 de 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 cuánto, o cuán 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 inconciente 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 inconciente 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 inconciente, 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 psicosomática. 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 aun la angustia conciente, pueden 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 pueda 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 también nuestro sentido común, recla-

man 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 «histórico-lingüístico», 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 diseccionar 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 surge 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 colabs., 1984). 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 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...

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 han sido repetidamente cuestionados, no cabe duda de que ya nadie discute el valor de sus descubrimientos esenciales, de modo que todo psicoterapeuta, de una manera u otra, estudia su obra. Ocurre además que sus ideas, presentes en muchos otros autores, ejercen una influencia mayor de la que suele pensarse.

La metapsicología psicoanalítica, integrada por una tópica, una dinámica y una economía, fue concebida por Freud a partir de un modelo de la realidad que provenía de la física. Conceptos tales como el de carga, represión o transferencia muestran bien a las claras este origen «mecánico». Pero, junto a tales conceptos, utilizó otros, como los de valor afectivo, censura y reedición, que son equivalentes, pero remiten a un modelo de pensamiento que representa relaciones entre personas, en lugar de representar una suma algebraica de fuerzas o la resultante geométrica de una conjunción de vectores. Lamentablemente, Freud no integró esos conceptos, basados en un modelo «histórico-lingüístico» distinto del de la ciencia física, en una estructura teórica más amplia, como lo hizo con

los que pasaron a conformar la metapsicología. Señaló, sin embargo, que la teoría metapsicológica no constituía la base del edificio psicoanalítico, sino su coronamiento, y que podría ser sustituida sin afectar sus cimientos.

En lo que atañe a la relación entre la mente y el cuerpo, cuando Freud descubrió que los síntomas histéricos podían ser descifrados y «leídos» como signos de un lenguaje arcano y críptico, similar al de los sueños, hizo algo más que postular la psicogénesis de una enfermedad somática. El hecho de que la medicina psicosomática tomara el rumbo de una psicopatología dinámica, basada en una metapsicología que tomó su modelo de las ciencias físicas, encerró lo esencial de su descubrimiento en un marco demasiado estrecho, que facilitó su aceptación, pero disminuyó su valor.

La gran mayoría de los psicoanalistas posteriores a Freud contribuyeron a difundir y desarrollar un psicoanálisis concebido en términos de causas y efectos, en el cual el énfasis quedó puesto en un yo que enfrenta las fuerzas en pugna, o las exigencias de la realidad, mediante «mecanismos» de defensa. Las condiciones estaban dadas para que surgiera un «contramovimiento» que revalorizara el carácter primario que posee la experiencia lingüística, experiencia que dio lugar a una amplia gama de conceptos propios, como signo, significado, contexto, sentido, metáfora, información, etc. Parte del éxito que obtuvo Lacan, cuando asumió la bandera de un «retorno» a Freud, puede explicarse por obra de esa necesidad de revalorización.

Sin embargo, toda reacción comporta, en el fondo, los mismos defectos que la acción que le dio origen. Los discípulos de Lacan enfatizaron, con razón, esos aspectos «lingüísticos» del pensamiento freudiano que, debido a la intensa resistencia que despertaban en un consenso intelectual regido por otros modelos, habían sucumbido a la represión. Pero también pusieron el mayor empeño en señalar que el psicoanálisis no se refiere, en sus afirmaciones y conceptos, al cuerpo físico o

«biológico», sino que «trabaja» con las representaciones *verbales* del cuerpo. Y que el conjunto entero de representaciones del cuerpo investidas por las pulsiones eróticas constituye el único cuerpo que puede ser «objeto» del psicoanálisis, el «cuerpo del deseo».

Aunque nadie se atrevería a negar que el hombre entero, sano o enfermo, es «psicosomático», la investigación de las relaciones existentes entre el cuerpo y el alma quedó así dificultada, dentro de la teoría psicoanalítica vigente en nuestra época, desde ambos cuadrantes. Por un lado, quienes piensan exclusivamente en términos de causas y efectos encuentran que no todas las enfermedades «son» psicosomáticas, porque, como es natural, no están dispuestos a admitir que todas se originen en una «causa psíquica». Por otro lado, quienes piensan que el psicoanálisis sólo encuentra su objeto en el «cuerpo del deseo» consideran que la gran mayoría de las transformaciones del cuerpo físico son una realidad «asimbólica», que no nace como investidura de una pulsión inconciente. La conclusión es similar: sostienen que existen transformaciones del cuerpo físico que no son el lenguaje «que un órgano habla».

Es cierto que en la obra de Freud pueden encontrarse numerosos párrafos que avalan esas dos maneras de pensar, pero hay muchos otros que muestran, inequívocamente, una orientación distinta, que resumiremos a partir de lo que afirma en 1938. Señala (Freud, 1940a [1938]*) que las series psíquicas *concientes* forman cadenas de significación a las cuales les faltan algunos eslabones, y que la psicología, por este motivo, se vio forzada a crear la idea de que estas series interrumpidas se hallaban vinculadas entre sí por un concomitante somático. Freud, por el contrario, sostiene que *la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis es que estos pretendidos concomitantes somáticos, expresados en términos de un significado que cierra la brecha de la cadena psíquica conciente, no son otra cosa que lo psíquico inconciente*, o, mejor dicho, lo genuinamente psíquico, porque la conciencia es un carácter ace-

sorio que se agrega a algunos de ellos solamente. Si quisiéramos esquematizar la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis, creo que deberíamos decir que lo psíquico inconciente equivale al significado específico de lo que la conciencia registra como cuerpo. En otras palabras, cuando lo inconciente llega a la conciencia despojado de su significado inconciente, se registra como un concomitante somático, de allí que Freud hablara de un *supuesto* concomitante somático.

El psicoanálisis en la Argentina

Quienes a fines de la década del cincuenta iniciamos nuestra formación psicoanalítica en la Argentina, nos encontramos con una situación privilegiada difícilmente igualable. Disponíamos de la presencia de psicoanalistas como Ángel Garma, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pichón-Rivière y Arminda Aberastury, que habían captado la esencia del pensamiento freudiano, y conocían su obra con una profundidad que sólo las personas que unen a una inteligencia excepcional una capacidad intuitiva y afectiva poco común pueden alcanzar. Aunque Rascovsky, Pichón-Rivière y Aberastury nunca se ocuparon de sistematizar en una teoría general su pensamiento en el terreno de la psicosomática, se movían en el mundo de la simbolización somática con una soltura como la que sólo podemos encontrar en Freud, Groddeck o Weizsaecker. Aberastury, además, unía a esta soltura, su conocimiento de la obra de Melanie Klein; y su trabajo en el psicoanálisis de niños, fecundado por su habilidad para leer fácilmente los símbolos corporales, completó los aspectos que Klein no abordó. Debemos añadir a esto la figura singular de Enrique Racker, quien, dotado de una cultura filosófica y humanística poco común, y conociendo profundamente la obra de Freud y Klein, nos introdujo decididamente en la utilización técnica de la contratransferencia, lo cual implicaba percibir la importancia del lenguaje prever-

bal. Rascovsky, además, enriqueció ese caldo de cultivo con un aporte que en esa atmósfera intelectual era un desarrollo previsible: su concepción del psiquismo fetal, que engendró incomprendimientos y cuestionamientos no siempre justificados. Se explica de este modo que aquellos que tuvimos la oportunidad de formarnos al abrigo de esas enseñanzas, no experimentáramos la necesidad de «retornar» a un Freud que nunca habíamos desestimado. Aunque conocíamos los desarrollos de la psicología del Yo o de la escuela kleiniana, no habíamos quedado encerrados en sus limitaciones. Se explica también que estuviéramos preparados para retomar, en el punto en que había quedado abandonado, el pensamiento «psicosomático» que Freud, Groddeck y Weizsaecker lograron iniciar.

La interpretación de las seis historias que este libro contiene se basa en una concepción teórica que parte de lo que Freud pensaba acerca del «pretendido concomitante somático». Luego de muchos años dedicados a la investigación del significado inconsciente de las distintas enfermedades somáticas, me parece indudable que la teoría que hasta ahora nos permite concebir mejor la relación que existe entre psiquis y soma, surge de pensar que ambas son categorías que establece la conciencia.

Soma y psiquis

Las categorías que denominamos «soma» y «psiquis» derivan, a mi entender, de que nuestro conocimiento consciente se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales. Una, «física», que da origen a las ciencias naturales, y la otra, «histórica», que sustenta a las ciencias que toman por objeto al espíritu o a la cultura. Estas dos organizaciones me parecen irreductibles entre sí, en el sentido de que una no puede ser «convertida» en la otra y funcionar como única interpretación del conjunto entero de la realidad existente.

Es evidente que existen muchos sectores de la realidad acerca de los cuales tenemos un registro «doble», es decir, uno en cada una de las dos organizaciones conceptuales. Cuando esto ocurre, a veces podemos encontrar una correspondencia «punto por punto» entre ambos registros, de manera que aquello que desde un ángulo se percibe como forma, función, trastorno, evolución o desarrollo corporales, desde el otro es experimentado como una determinada fantasía, es decir, como un significado específico, inherente a ese particular existente material. ¿No es entonces natural suponer que nuestra conciencia puede crecer, en conocimiento y poder, ampliando la extensión del sector de realidad que puede comprender de una manera «doble»? Este camino, en verdad, es el mismo que iniciara Freud, cuando al contemplar los trastornos físicos de la histeria como se contempla un jeroglífico, interpretó su significado inconciente, y consiguió de este modo restablecer la continuidad de sentido, interrumpida, de algunas series psíquicas concientes.

Sé que entre mis colegas psicoterapeutas algunos pensarán, en este punto, que una cosa es la histeria o las enfermedades somáticas que radican en las zonas erógenas que alcanzaron su primacía en la infancia, involucradas en una intensa investidura libidinosa, y otra un tumor de la vesícula biliar, que transcurre en el interior de una estructura que jamás pudo ser reprimida porque nunca formó parte de la vida erótica conciente. No puedo exponer ahora las razones que, sin anular esa distinción entre histeria y tumor vesicular, permiten comprender que ambos tipos de trastorno puedan ser interpretados como un lenguaje inconciente. Fueron expuestas en numerosos trabajos (Chiozza, 1963, 1980a, 1983b [1982]), y aquí sólo puedo recurrir a la esperanza de que las historias narradas hablen por sí mismas.

Convendrá de todos modos que exponga resumidamente la tesis que sostengo:

- 1) No sólo los trastornos histéricos (incluyendo en ellos las histerias «vegetativas»), sino también los afectos, las enfermedades orgánicas y los órganos mismos, representan a (o «extraen sus materiales de», como dice Freud en el historial de Isabel de R.) una fuente inconciente, fuente que no constituye, en sí misma, un fenómeno al cual puedan aplicarse los conceptos de psíquico o somático, que se forman como categorías en la conciencia².
- 2) El lenguaje y su significado (incluyendo en el significado el conjunto entero de lo que denominamos psicológico) representan a (o «extraen sus materiales de») la misma fuente inconciente (Freud y Breuer, 1895^{d*}).
- 3) La idea o el concepto «físico» que bajo el rótulo «tal órgano» la conciencia se forma de un determinado existente inconciente específico (incognoscible en sí mismo, como la «cosa en sí» de Kant) mantendrá, pues, una relación *específica* con determinadas fantasías y significados concientes que, a través de numerosos intermediarios preconcientes, provienen *del mismo* existente inconciente (si dos cosas son iguales a una tercera son también iguales entre sí).

2.- La discontinuidad psicosomática es un fenómeno que pertenece a la conciencia. Dado que Freud sostenía que las categorías de espacio y tiempo derivan del modo en que funciona el sistema preconciente-conciente, podríamos preguntarnos si es posible aplicar las categorías de lo psíquico, lo somático e incluso de lo «psicosomático» para calificar al inconciente, o bien si no son ellas mismas modos en que funciona el sistema conciente-preconciente. Cuando Freud destacó la validez de defender la naturaleza inconciente del psiquismo, indudablemente se refería a la necesidad de deshacer la discontinuidad que se generaba en la ecuación unilateral del inconciente y lo somático. En la discusión del caso Dora (Freud, 1905e [1901]*, págs. 98-99), Freud afirma: «En particular, podrá chocar el carácter tajante de mi punto de vista acerca del inconciente, pues opero con representaciones, itinerarios de pensamiento y mociones inconcientes como si fueran unos objetos de la psicología tan buenos e indubitables como todo lo conciente [...] Aquellos colegas que juzgan puramente psicológica mi teoría de la histeria [...] deducirán de este ensayo que su reproche transfiera ilícitamente a la teoría lo que constituye un carácter de la técnica. Sólo la técnica terapéutica es puramente psicológica».

- 4) Cuando decimos entonces que el órgano habla (me refiero al lenguaje de órgano, planteado por Freud, 1915e*), es porque esa fuente inconciente (que por un lado corresponde en la conciencia al concepto de ese órgano, y por otro a un conjunto específico de significados o fantasías) se expresa a través de lo que la conciencia percibe como una transformación del órgano físico, así como otras veces lo hace a través de un mensaje verbal.
- 5) El fenómeno lingüístico no sólo abarca estos dos extremos de las categorías física y psíquica, sino el enorme campo intermedio del afecto y el gesto.

Una vez que comprendemos que el conocimiento científico no es propiedad unilateral de las ciencias naturales, comprendemos también la importancia del error en que incurrimos cuando pensamos con conceptos tales como el de «suelo» biológico, o nos expresamos en términos del «sustrato» físico de una realidad psíquica. Procedemos entonces como si las ciencias naturales tuvieran la última palabra acerca del grado de verdad que poseen los resultados de nuestras investigaciones, en lugar de constituir otro campo de trabajo con sus propios aciertos y sus propios errores. Ampliar la extensión del sector de realidad que la conciencia puede comprender de una manera «doble» no equivale solamente a interpretar el significado psíquico inconciente de una enfermedad somática, implica también la posibilidad de contribuir desde ambos ángulos al progreso teórico. Cuando Freud, en su «Proyecto de una psicología para neurólogos» (Freud, 1950a [1895]), describió las barreras de contacto, describía, tal como se presentaba en su campo de trabajo, el mismo segmento de realidad al cual Sherrington, desde la neurología, se referiría dos años después con el nombre de «sinapsis neuronal». La investigación de las fantasías inconcientes más profundas inherentes a la acción farmacológica del opio nos llevó a escribir en 1969 (Chiozza y

colabs., 1969), seis años antes de que se descubrieran las endorfinas, que la acción de la morfina podía tal vez concebirse como una opoterapia, es decir, como una terapéutica que reemplaza sustancias existentes en el organismo tratado, que producen el mismo efecto.

Problemas que enfrenta el psicoterapeuta en el tratamiento de pacientes con enfermedades somáticas

Sabemos que la enfermedad somática no posee una existencia independiente de las vicisitudes del psiquismo inconciente, pero la experiencia que, como psicoterapeutas, adquirimos en nuestro trato con los enfermos, nos lleva pronto a reconocer que nos enfrentamos en este terreno con problemas especialmente difíciles.

Si la familia del psicótico o del niño constituye una estructura de poder real, que obra en ambos casos sobre el tratamiento psicoterapéutico del paciente, obligándonos a modificar el encuadre, no es menos cierto que el enfermo somático depende, en forma igualmente real, de una estructura constituida por los sistemas y parámetros de la asistencia médica tradicionalmente organizada, tanto sea de carácter «mutual» como «privada» y libremente elegida. Este sistema incluye preceptos éticos, procedimientos médicos sancionados como correctos, y leyes que protegen la coincidencia y castigan la disidencia con dichos procedimientos sancionados. El médico, a través de su formación universitaria y hospitalaria, no sólo es un producto y un artífice de este sistema, sino que se encuentra en un grado mayor o menor de dependencia real frente a él. De modo que el enfermo que necesita imprescindiblemente un tratamiento médico, depende también de una persona, o de una institución sanatorial, que llevan implícito un determinado sistema de asistencia médica.

Es natural que el médico se sienta menos obligado y menos motivado que la familia para reexaminar, en interés del paciente, tanto su vínculo con él, como las diferentes alternativas y decisiones del tratamiento, influidas por las distintas emociones inconcientes que, tanto uno como el otro, incluyen en su relación. Los esfuerzos de Balint, ampliamente conocidos, a pesar de ser valiosos y meritorios, son todavía insuficientes para vencer este problema. Lo mismo ocurre con el estudio patobiográfico, que realizamos abordando la dificultad desde un ángulo distinto del que utiliza Balint. Es una tarea que deberá ser completada con la docencia universitaria, postuniversitaria y hospitalaria, brindada a los estudiantes, a los médicos y a los psicólogos. Y con una educación sanitaria amplia, pero responsable, solvente, liberada de concesiones que «faciliten» su aceptación.

Nuestra experiencia como psicoterapeutas nos enseña pronto que la duración de la vida no posee, en todos los casos, la exclusiva prioridad que habitualmente se le otorga, ya que también la calidad de la vida y la oportunidad de la muerte constituyen un valor. La idea de «combatir la enfermedad», que todavía se halla implícita en muchas actuaciones médicas, suele pasar por alto la función que cumple la enfermedad en relación con los sistemas en los cuales se integra. No se trata solamente de considerar la integración del estómago en el sistema digestivo, o del sistema digestivo en el hombre entero: se trata, además, de considerar la integración del hombre mismo *en el sistema familiar*, o en el consenso social. Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la «solución» que el enfermo ha encontrado, y que su desaparición, por sí sola, restablece un problema. Para decirlo con palabras de Weizsaecker (1946): la actitud, habitual, frente a la enfermedad, que podría resumirse en la expresión «¡Fuera con ella!», debería ser reemplazada por otra, acorde con el siguiente pensamiento: «Sí, pero no así, sino de alguna otra manera».

El peñón más abrupto de nuestra «profesión imposible» consiste en el hecho de que al hombre enfermo que busca un

tratamiento lo anima la idea de «volver» a un estado anterior. Pero la enfermedad, como toda pérdida de la inocencia, es siempre irreversible, y la salud sólo puede provenir de un doloroso progreso, que es totalmente opuesto a la ilusión de volver.

El estudio patobiográfico

Freud descubrió que el procedimiento psicoanalítico no podía encaminarse hacia la obtención inmediata de una mejoría de los síntomas, y que la dirección del proceso debía quedar abandonada a lo inconciente. Citemos sus palabras: «puedo asegurar que nunca tenemos que arrepentirnos de habernos decidido a confiar en nuestras propias afirmaciones teóricas y habernos forzado a no disputar a lo inconciente la dirección de la síntesis» (Freud, 1911e, pág. 412). Bion se refería a este mismo «encuadre» de la tarea, afirmando que el psicoanalista, durante su trabajo, debía librarse de la memoria y el deseo. Hay algo, sin embargo, que debe quedarnos claro: *que el analista trabaje sin tener presente su objetivo, no significa que el tratamiento carezca de una meta*. Esa meta, que durante los primeros años consistía en la desaparición de los síntomas, se fue transformando, poco a poco, en el logro de una modificación en el carácter. Este cambio en los fines que perseguía el proceso, trajo consigo el hecho de que el tratamiento, que en un comienzo se sustanciaba en meses, se prolongara luego durante varios años. Durante ese tiempo, en un desarrollo que podríamos llamar «longitudinal», el proceso progresa de temática en temática, sin un fin inmediato que sea premeditado.

Sin embargo, el psicoanalista, en el desempeño de su tarea clínica, se encuentra algunas veces con problemas específicos que es necesario resolver. No siempre es posible disponer de un encuadre tan «ideal», para el trabajo psicoanalítico, como el que Bion describe refiriéndose a la atención del paciente psicótico. En ese encuadre, para poder trabajar «libre» del deseo

de curar, el analista renuncia explícitamente, ante la sociedad, la familia, y el paciente mismo, a toda responsabilidad por el cuidado del enfermo. Entre las situaciones que es necesario resolver, se presenta muchas veces el caso planteado por la emergencia de una enfermedad somática de cierta gravedad. El psicoanalista sabe que tanto la enfermedad somática, como *su evolución y su desenlace final*, no son independientes de las vicisitudes de la emoción inconciente. No puede resignarse a «abandonar» el destino del enfermo que lo consulta, o que está tratando desde hace varios años, confiando en el único recurso del tratamiento «físico», pero tampoco puede confiar en que un tratamiento psicoanalítico «longitudinal» llegue a tiempo para proteger al enfermo de una amenaza grave.

El problema principal que la enfermedad somática plantea al psicoanálisis se establece alrededor de esa dificultad. Hace ya unos catorce años, planeamos un encuadre, y un procedimiento psicoanalítico, que llamamos «estudio patobiográfico». Con este método estudiamos, durante ese tiempo, 1.200 pacientes³. Su finalidad específica consiste en incluir, en el tratamiento del enfermo, aquello que el psicoanálisis puede hacer si se propone, *como meta inmediata*, actuar sobre la enfermedad somática en el «tiempo corto» que marca la necesidad. De este modo, el psicoanálisis «longitudinal» puede mantenerse libre de la responsabilidad, y *del deseo*, de cuidar el destino de una complicación somática. Podemos decir que el estudio patobiográfico es un procedimiento «transversal», no sólo porque *se orienta hacia un fin premeditado e inmediato*, que consiste en influir sobre el curso de una enfermedad somática, sino porque lo hace *mediante el esfuerzo conjunto de un equipo, concentrado en contemplar ese particular momento de la vida de un paciente*.

3.- Estos valores corresponden al año 1986 de la primera edición de este libro. Al día de la fecha, a treinta y cuatro años de creación de este procedimiento, el número de pacientes estudiados supera los 2.500 solamente en nuestro Centro.

En el estudio patobiográfico, «el material» que será objeto de la interpretación psicoanalítica (Chiozza, 1974, 1976a) se constituye, fundamentalmente, a partir de cuatro fuentes: a) Un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman una biografía esquemática. Se basa en un cuestionario detallado, y se realiza durante cinco o seis entrevistas de dos horas cada una. Además, el enfermo debe redactar un cuento corto, relatar uno de sus sueños, y narrar un filme cinematográfico y una novela, libremente elegidos. b) Un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual consulta. c) Algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de los seres que considera más significativos. d) La observación del paciente, y del vínculo que establece con el equipo que realiza el estudio, durante las entrevistas.

El proceso que denominamos «*sinopsis*» forma parte del procesamiento del material que deberá ser interpretado. A partir de ese proceso, se constituyen algunos puntos de referencia que nos ayudan a integrar los distintos aspectos del problema que la consulta plantea al estudio.

- 1) Debemos identificar *el motivo inconciente de la consulta*, porque siempre es distinto de las razones conscientes que el enfermo puede aducir.
- 2) Todo enfermo construye una *fantasía inconciente*, y una «*teoría*» consciente, acerca de su enfermedad y de la forma en que podría curarse. Conocer la teoría consciente nos ayuda a identificar la fantasía inconciente. Existe también una «*cuota*» de *esperanza inconciente*, en lo que respecta a las posibilidades de curación. Ponderar esa «*cuota*» puede ayudarnos a establecer un pronóstico.
- 3) La historia de las distintas crisis, o *situaciones dramáticas* que forman parte de la biografía, y su coincidencia temporal con determinadas enfermedades o acci-

dentés, nos ayuda a comprender, a través del *lenguaje de los órganos*, su significado inconciente.

- 4) Existe siempre un *factor eficaz y específico desencadenante de la enfermedad actual* que coincide temporalmente con la aparición de esa enfermedad. Identificarlo nos ayuda a comprender el significado inconciente que la enfermedad actual simboliza.

Una vez interpretado el material del estudio, podemos encontrar, en las palabras del paciente, algunos *puntos de coincidencia* entre el contenido de nuestra interpretación y sus apreciaciones. En las entrevistas finales, cuando debemos comunicar al paciente lo que hemos pensado, partir de esos puntos suele ayudarnos a realizar la tarea.

La comunicación realizada en las entrevistas finales se dirige hacia dos fines que son distintos y coincidentes. Una *orientación terapéutica* en cuyos criterios interviene lo que el psicoanálisis puede ofrecer, y un *esclarecimiento* acerca de la relación inconciente que existe entre su enfermedad y el drama que se encuentra en su historia.

La comunicación verbal que se utiliza en las entrevistas finales siempre se prepara por escrito, para uso del médico, y no para entregarla al paciente. Se procura evitar de este modo que el enfermo, en una posterior lectura, confunda la intervención terapéutica con el significado de las palabras escritas, cuando en realidad consiste en el sentido que adquieren en el contexto de la entrevista entera.

Una vez reunido y procesado el material, cuya parte biográfica ocupa unas treinta o cuarenta páginas escritas, deberá ser estudiado *por más de un psicoanalista* a los fines de recorrer el procedimiento que describiré, esquemáticamente, en pasos sucesivos.

- 1) Debemos *identificar una temática, típica y universal, que pueda otorgar «unidad» a la biografía del paciente*. Una

temática que, tal como puede ser contemplada desde el momento actual, configure el punto nodal alrededor del cual gira su vida. En el desarrollo de ese «argumento», deberemos ubicar los distintos personajes que conforman el drama que ha hecho crisis, y pensar en cada uno de ellos como versión actual de los personajes de su infancia.

- 2) Debemos ubicar el «mapa» que el enfermo utiliza para recorrer el territorio de su vida, e identificar el «estilo», adquirido en la infancia, con el cual lo ha trazado. Uno y otro codeterminan el significado de su historia, y, si vamos a intentar la tarea de re-significar esa historia, necesitamos cuestionarlos.
- 3) Sabemos que la enfermedad actual encubre, frente a la conciencia del enfermo, una parte de la historia que es su drama, y también que expresa simbólicamente una determinada «posición» frente a ese drama. Recurriendo a lo que conocemos, acerca de las fantasías inconcientes específicas de los trastornos somáticos que el paciente padece, debemos tratar de comprender, dentro del drama nodal que ha entrado en crisis, cuál es «la parte» que el trastorno «habla».
- 4) El enfermo dispone de una historia conciente. Esa historia presenta lagunas y distorsiones de su significado que marcan los puntos en los cuales su drama original, para él insoportable, se le ha vuelto inconciente. La enfermedad actual no sólo es el relato, cifrado y simbólico, del significado omitido. Es también un acto, igualmente simbólico, que «corrige» mágicamente esa historia. Debemos, pues, comunicarle aquello que, acerca de su historia «completa», hemos comprendido. Pero necesitamos que nuestra interpretación del drama permanezca en la conciencia del enfermo acompañada de su auténtico afecto y, para lograrlo, nos hace falta comprender los motivos por los cuales no puede soportar esa parte de su historia.

- 5) Sabemos que la enfermedad actual es la mejor solución que el enfermo ha logrado, frente a su imposibilidad de integrar en la conciencia significaciones que son contradictorias. Debemos, pues, re-significar la historia del paciente, hasta el punto en que la contradicción de significados, incluida en una unidad de sentido más amplia, que los trasciende, se experimente como un malentendido (malentendido que puede ser interpretado como el producto de un mapa fragmentario). En ese punto desaparece la necesidad que sostenía a la enfermedad del cuerpo. En los casos en que esto no es posible, porque la re-significación no avanza hasta ese punto, y el enfermo permanece en su necesidad de mantener oculto el significado omitido, la interpretación que desenmascara el sentido de la enfermedad lo obliga a cambiar de trastorno. Existe, entre los dos extremos, toda una gama de resultados intermedios.

Quien posea cierta experiencia en el campo de la psicoterapia no dejará de percibir que la tarea resumida en estos cinco puntos está erizada de dificultades, y se preguntará si es, en verdad, posible realizarla con éxito en el tiempo breve que la ocasión requiere. Para averiguar si eso es posible, y para atestiguar que sí lo es, tenemos dos recursos. El primero, fundamental, proviene de la experiencia clínica. Se trata de hacer estudios patobiográficos cumpliendo con las reglas del «buen arte», y ver lo que sucede. El segundo, más apropiado para su discusión intelectual, proviene de comprender lo que sucede. Las apariencias inducen a creer que hay muy poca «palanca de cambio» en un procedimiento breve que, en este caso, debe luchar contra una resistencia intensa que mantiene muy lejos de la conciencia el significado interpretado. Sin embargo hemos de tener en cuenta otros factores que, a primera vista, pasan desapercibidos.

- 1) El interrogatorio biográfico que llamamos «anamnesis» es un acontecimiento muy particular: configura una ocasión radicalmente insólita en la vida de cualquier persona. Cuando se reúnen en una sola historia los distintos significados *concientes* que pueblan nuestra vida de recuerdos y deseos, *el conjunto adquiere una coherencia que se manifiesta como emergencia de un significado nuevo*. Sentarse a escribir, de «*motu proprio*», sin la presencia de un interlocutor calificado, las respuestas a un cuestionario patobiográfico, es casi tan difícil como realizar el autoanálisis de un sueño.
- 2) El hecho de que *más de un psicoanalista* examine el mismo material, y discuta, *durante varias horas*, con uno o más colegas, *desde su particular manera de interpretar los hechos*, acerca de sus significados, permite un grado de elaboración mayor del que, habitualmente, puede alcanzarse, en un tiempo equivalente, en el psicoanálisis «longitudinal».
- 3) Durante la realización del estudio, que demanda muchas horas de reflexión, elaboración y discusión, los miembros que integran el equipo se impregnan profundamente de las múltiples circunstancias que integran la significación de la historia del paciente, y esta impregnación, que compromete siempre sus propios afectos, otorga la convicción necesaria para que su interpretación sea auténtica. En las dos entrevistas finales, utilizadas para comunicar el resultado del estudio, que poseen el carácter de una intervención terapéutica, el enfermo percibe siempre la autenticidad del médico, que deriva de haber adquirido un conocimiento «vivencial» de su historia. Esta percepción del paciente, que no puede obtenerse mediante algún tipo de artificio, influye profundamente en la confianza que puede otorgarle a la interpretación propuesta.

- 4) El hecho de que dos médicos distintos, con el intervalo de una semana, realicen las dos entrevistas finales, facilita la reelaboración del tema. No sólo porque aporta dos maneras distintas de hablar de lo mismo, sino también porque, al desprender la interpretación de la figura de una determinada persona, para referirla a un equipo, le otorga el valor de un consenso.
- 5) El hecho de que la comunicación verbal, durante las entrevistas finales, se exprese en el lenguaje que se utiliza en la vida, y omita deliberadamente los términos que provienen de nuestra teoría, produce en el ánimo de quien las escucha fuera del contexto en el que fueron dichas, la impresión de algo inocuo, pero en la oportunidad para la cual fueron pensadas suelen ser más eficaces, y comprometen mayores afectos que las interpretaciones que, apelando continuamente a nuestra inteligencia, satisfacen mejor a nuestro intelecto. Sin embargo, este tipo de interpretación, al promover la intelectualización, es ineficaz para movilizar los afectos y vencer las resistencias.

Para concluir, presentamos una síntesis de lo dicho hasta aquí:

1. El psicoanálisis, tanto en su forma de proceso prolongado y «longitudinal», como en la forma «transversal» de una intervención breve y dirigida hacia un fin inmediato, es un procedimiento cuyo efecto terapéutico, en ambos casos, puede ser comprendido con una misma teoría.
2. La meta del procedimiento psicoanalítico es obtener un cambio en la significación de una historia. Este cambio, que equivale a una re-significación de los «hechos», sólo puede consolidarse como transformación irreversible, como cambio en el estado de una estructura, en

la medida en que la sustitución del significado arrastra consigo una magnitud de afecto suficiente para otorgarle significancia.

3. El punto de apoyo privilegiado, en el procedimiento que se dirige a obtener una experiencia emocional mutativa, lo encontramos en la existencia, ubicua, de la transferencia. El instrumento que utiliza ese apoyo es un lenguaje que, cuando es eficaz, constituye el «lenguaje del cambio».
4. El lenguaje, que siempre es significativo, puede estar «vacío» o pleno de significancia. La significancia, que es, al mismo tiempo, el motor y la palanca del cambio, proviene de la capacidad de mantener presente el «vínculo» que existe entre el símbolo y el referente al cual alude.
5. Los conceptos metapsicológicos son símbolos que tienden a mantener en el mínimo la significancia afectiva de sus investiduras, a los fines de facilitar las permutaciones inherentes a su combinatoria operativa en el proceso de pensar. Los conceptos metahistóricos, por el contrario, ricos en la significancia y en las investiduras que son propias del lenguaje expresivo de la vida, se permutan entre sí con dificultad, y, por lo tanto, su operación es difícil, pero constituyen los elementos privilegiados del lenguaje del cambio.

¿Qué es una idea?

SOLEMOS DECIR QUE LAS IDEAS QUE UN HOMBRE PIENSA, expresa o comunica, son suyas, y cuando queremos significar que son distintas de las conocidas, solemos decir que son originales. Esta manera de pensar, según la cual los hombres poseen ideas que ellos mismos producen y que les pertenecen, proviene de considerar que las ideas «emanan» de un cuerpo material particular o, por lo menos, son el producto del funcionamiento de una instancia psicológica que llamamos «yo».

Cuando un hombre nace, se encuentra con un mundo lleno de ideas que «están allí», en la locomotora, en el piano, en el reloj, en la computadora y en el lavarropas. Todas estas ideas, aunque «están en el mundo», pueden ser referidas a una historia de ingenios humanos. Cuando contemplamos, en cambio, un submarino o un avión, no sólo vemos allí, presentes en ellos, las ideas que los constituyen como inventos del hombre: vemos también que son transformaciones de «la idea» pez o de «la idea» pájaro, y descubrimos que ambos animales también son «ingenios», como lo son el riñón, el mimetismo, la válvula cardíaca y la fotosíntesis. Es fácil, en este punto, afirmar que Dios, como un gran arquitecto, inventa a la manera de los ingenios humanos. Pero no me anima ahora ese propó-

sito. Deseo subrayar que la idea, lejos de ser una emanación cerebral, existe en el universo tan primariamente como existe la materia, de modo que, desde este punto de vista, el cerebro, como el pulmón, es en sí mismo una «idea».

Este capítulo, dirigido a las personas que poseen una vocación intelectual, se propone mostrar que las ideas que vinculan a las seis historias del libro, forman parte de una compleja «red», o ecosistema «mental», interrelacionadas con otras, en un conjunto que habita nuestro entorno.

Psiquis y soma

Como deseo ser breve, reproduciré, de la manera más escueta posible, el pensamiento de diversos autores cuya solvencia en cada una de sus disciplinas es reconocida. Sin necesidad de mayores comentarios irán prestándose sentido, unos a otros, dentro de la imagen de conjunto que intento transmitir.

Recurriendo al ejemplo del gusano platelminto, que una vez seccionado transversalmente es capaz de formarse, a partir de su extremidad caudal, un nuevo cerebro y un nuevo par de ojos, Portmann (1968) se pregunta quién es ese «mismo» que se hace a «sí mismo» un cerebro. Weizsaecker (1950) señala que la fisiología (la fisiología cerebral inclusive, por supuesto) puede explicar el funcionamiento humano como la física puede explicar el funcionamiento del automóvil, pero ni una ni otra pueden decirnos lo más mínimo acerca de adónde quiere ir el «chofer». Al referirse a la cuestión de la dificultad de concebir la relación entre la mente y el cerebro, Sherrington cita las siguientes palabras de Kant: «Si me preguntaran cuál es el lugar del alma en el cuerpo, comenzaría a sospechar de cierta desviación en la pregunta» (Sherrington, 1940, pág. 254).

Ruyer afirma: «Si alguien, luego de haber estudiado todos los órganos [de un organismo vivo], se pregunta: ‘¿Pero dónde está el organismo?’; plantea una cuestión absurda, mientras

que no es absurdo que pregunte: '¿Dónde está, en el organismo, el centro, o el centro de los centros de integración?'. Pero he aquí ahora la verdadera paradoja. Ingenua o no, razonable o no [...] en lo que respecta al centro de integración en sí mismo, se vuelve necesariamente una cuestión análoga a la 'cuestión ingenua': '¿Dónde está la unidad del integrador?', '¿Dónde está el integrador del integrador?' [...] y sin poder, naturalmente, responder. ¿Quién integra el aparato de integración? Éste no puede ser aún un aparato» (Ruyer, 1966, págs. 14-15).

Resulta abusivo, por lo tanto, aunque por hábito continuemos haciéndolo, decir que lo anímico, o la inteligencia, *deriva* del ejercicio del cerebro o del conjunto orgánico todo. Es más adecuado decir que lo anímico, o la inteligencia... *se manifiesta* en la existencia de los órganos o en su funcionamiento. La función, dice Ortega y Gasset (1946), no sólo «hace» al órgano, sino que, además, lo explica.

Psiquis y soma en el entorno viviente

Algunos de los nidos de las hormigas termitas son verdaderas «ciudades», de cuatro metros de altura por más de treinta metros de diámetro, acompañados de «suburbios» satélites, con cámaras de orientación adecuada para mantener el grado de ventilación y humedad necesario para su «ganadería» y «agricultura», ya que «ordeñan» pulgones y «siembran» vegetales (Thomas, 1974; Maeterlinck, 1923, 1930). Thomas (1974) relata que Grassé estudió el «acoplamiento cerebral» de las termitas, aislándolas y observando su conducta, cada vez más inteligente a medida que va aumentando su número. Sostiene que esas investigaciones permiten construir la hipótesis de que los cerebros de las distintas hormigas mantienen entre sí una relación semejante a la que mantienen las neuronas de un cerebro humano, y que el hormiguero, de este modo, cuando «se

pone a pensar», funciona como un megacerebro con respecto a la hormiga. Hofstadter (1979), ocupándose de la inteligencia artificial, utiliza esa misma hipótesis acerca del hormiguero, en relación con el tema de la interpenetración de distintos lenguajes y niveles de pensamiento. Koestler (1978) sostiene que el universo vivo está formado por un árbol jerárquico de partículas «bifrontes» que denomina «holones», las cuales, «hacia arriba» dependen, y «hacia abajo» gobiernan. Bateson (1972) se refiere a una «ecología de la mente» que vincula a todas las formas de lo vivo.

Thomas (1974) se pregunta si cuando camina por el bosque, es él quien «pasea» a sus células, o son sus células, o sus mitocondrias, quienes lo llevan a caminar para sus propios fines. Hofstadter y Dennet (1981) dedican un libro entero a este problema. No sólo se interrogan acerca del significado y la «sede» del yo: sus desarrollos, surgidos en el terreno de la inteligencia artificial, abarcan planteos acerca de la vida y la identidad que coinciden con otros realizados por Wiener (1964) y Clarke (1964).

La información se transmite a través de la materia

La cuestión esencial, similar a la que en su hora se plantearon Freud, Jung o Groddeck, consiste en considerar la pequeñez relativa del yo conciente frente a la magnitud de una vida inconsciente que no se rige por los límites que, acerca de la identidad individual, trazamos desde la conciencia.

Tanto la teoría general de los sistemas, creada por Bertalanffy (1979), como la informática moderna, no solamente han avalado el concepto, ya postulado por Freud, de que lo psíquico puede existir privado de la propiedad de la conciencia, sino que nos han acostumbrado a la idea de que lo psíquico puede «inyectarse» o transferirse de uno a otro sistema (Wiener, 1964; Clarke, 1964; Hofstadter y Dennet, 1981).

Schrödinger (1947), intentando profundizar en el conocimiento de lo que distingue a los organismos vivos, subraya que la capacidad de adquirir entropía negativa es de fundamental importancia. El concepto de entropía negativa, que es uno de los conceptos básicos de la ciencia física, alude a un tipo de «ordenamiento» que sólo de un modo secundario se relaciona con la energía interna del sistema. La entropía no es energía, es el grado de desorden. ¿Qué significa entonces lo que afirma la segunda ley de la termodinámica, cuando establece que el universo tiende al desorden? Entre todos los estados equiposibles de relación recíproca que los libros de mi biblioteca pueden adquirir, hay solamente unos pocos que denomino orden, y por esta razón, *que no es de naturaleza física sino psíquica, el orden es improbable* con respecto al desorden, o, dicho en otros términos, el mundo tiende espontáneamente al desorden, que se denomina ganancia de entropía. Charon (1977) considera que en el universo de las antipartículas la ganancia de entropía negativa, a la inversa de lo que ocurre en «nuestro» universo, es constante, y asimila estas características a las del universo psíquico, sosteniendo que dentro de este último universo la memoria es completa e imborrable.

La forma, el orden, la entropía negativa, es decir, la información, es una cualidad psíquica, no física, aunque se halle privada de conciencia y viaje transportada en la materia. Aunque se halle privada de aquello que llamamos «vida», es tan psíquica como lo son las obras completas de Shakespeare en el anaquel polvoriento de una biblioteca olvidada.

De modo que, así como puede inyectarse la inmunidad, que es una forma de memoria, una droga «contiene» en su «interioridad», vehiculizada por su configuración química o atómica, una fantasía psíquica inconciente, que no sólo puede ser hipotetizada por un farmacólogo «psicosomático» a partir de su acción farmacológica, sino que también puede ser a veces intuitivamente anticipada a partir del efecto producido por sus

parientes químicos cercanos. Equivale a lo que Laborit (1979) denomina información-estructura, por oposición a la información-circulante.

Bateson (1979) sostiene que aquello que se manifiesta en la evolución de las formas vivas es una idea. Wasserman (1961) aplica una teoría físico-matemática de campo a la comprensión de los fenómenos socio-psicológicos y de percepción extra-sensorial. Rattray Taylor (1982) afirma que, más allá de la tesis darwiniana, debemos reconocer que asistimos a la emergencia de estructuras funcionales *repetidas* en animales de las más diversas líneas evolutivas, como si se conservaran en una memoria «independiente» de la evolución de una especie. Así ocurre, por ejemplo, con el ojo del pulpo, similar, en su estructura fundamental, al ojo del hombre. Podemos recurrir aquí a la metáfora de una fábrica con distintas líneas de montaje para otros tantos aparatos, pero con piezas estructurales similares o idénticas, que responden a los mismos conceptos en las diversas líneas. Hoyle (1983) parte de la misma idea y ubica la inteligencia «fuera» del hombre, en la evolución de la vida entera en su conjunto. Sostiene que los genes son unidades autosuficientes, que se combinan e integran, según los distintos lechos ecológicos, en las unidades mayores que forman las distintas especies animales y vegetales. El conocido libro de Dawkins (1979), *El gen egoísta*, plantea una hipótesis similar.

Berry (1983), estudiando los nuevos desarrollos de la inteligencia artificial, discute, una vez más, la posibilidad de que la humanidad pierda el gobierno de sus destinos y pase a quedar «dominada» por computadoras más inteligentes que el hombre. Paralelamente al crecimiento de la capacidad «mental» de los *chips* ha ido disminuyendo progresivamente su tamaño. El tamaño de una computadora actual se debe a que sus «órganos» de entrada y salida deben ser diseñados acordes con las dimensiones humanas: si sólo tuviera que comunicarse con otras, ocuparía el espacio de un grano de arena. Si tenemos en cuenta la cantidad de «ingenios» naturales que el hombre ha

«copiado» sin saber que lo hacía, bien podría ocurrir que en el proceso de construcción de los *chips* estuviéramos «reinventando», inconcientemente, a los genes.

¿Cómo se adquiere el conocimiento?

Bateson utiliza la palabra «epistemología», en un sentido muy amplio, para referirse a «cómo podemos nosotros conocer cualquier cosa», y aclara: «En el pronombre ‘nosotros’ incluyo, por supuesto, a la estrella de mar y al bosque de pinos, al huevo en segmentación y al Senado de los Estados Unidos. Y en ‘cualquier cosa’ que estas variadas criaturas conocen incluyo ‘cómo crecer en una simetría pentagonal’, ‘cómo sobrevivir a un incendio forestal’, ‘cómo crecer y conservar sin embargo la misma forma’, ‘cómo aprender’, ‘cómo escribir una Constitución’, ‘cómo inventar y conducir un automóvil’, ‘cómo contar hasta siete’, y así sucesivamente. Maravillosas criaturas con conocimientos y destrezas casi milagrosos» (Bateson, 1979, pág. 4).

Bateson piensa que este «saber cómo» de la inteligencia es algo más que racionalidad, y que incluye esa amalgama de importancia y sentido que constituye a la historia. Afirma: «pensar en términos de historias [*stories*] debe ser compartido por todo psiquismo o psiquismos, tanto el nuestro como el del bosque de pinos o el de la anémona de mar».

«Contexto y pertinencia no sólo deben ser características de todo aquello que llamamos conducta (esas historias que son proyectadas afuera en ‘acción’), sino también de todas las historias internas que son secuencias en la edificación de la anémona de mar. Su embriología debe estar hecha de la sustancia de las historias» (Bateson, 1979, págs. 12-13). Debe haber pertinencia en cada paso de la filogenia y aun entre los pasos, en un proceso evolutivo que llega hasta el hombre. Por eso podemos decir junto a Próspero: «Estamos hechos de la sustancia de que están hechos los sueños».

En opinión de Bateson, los sueños son sólo fragmentos de esa sustancia, como si la sustancia de la cual estamos hechos fuera transparente y por lo tanto imperceptible, y como si sólo pudiéramos notar su presencia en los cortes y planos de fractura de esa transparente matriz. Sueños, percepciones e historias son quizás rupturas e irregularidades en esa matriz uniforme e intemporal. El contexto, sostiene Bateson, se halla ligado con otra noción indefinida llamada «sentido». Sin contexto, las palabras y las acciones no tienen sentido. En embriología, la primera definición debe darse siempre en términos de relaciones formales. El crecimiento y la diferenciación deben ser controlados por la comunicación. Las formas de los animales y plantas son, pues, transformaciones de mensajes. El lenguaje es en sí mismo una forma de comunicación. La anatomía debe contener una analogía de la gramática, porque toda anatomía es la transformación de un mensaje material que debe ser contextualmente formado. Finalmente, aclara Bateson, formación contextual es sólo otro término para la gramática.

Portmann (1968) expone, con la solvencia de quien ha dedicado una vida a la zoología, conclusiones originales con respecto a las formas, colores, transparencias, opacidades y dibujos que, en el cuerpo de los animales, determinan su aspecto exterior. Retomando una línea de pensamiento que se remonta, entre otros orígenes, a las diferencias teóricas que, acerca de los colores, separaron a Newton y a Goethe, considera que, más allá de la explicación utilitaria en términos de mimetismo o de cualquier otra función de adaptación, son un fenómeno «*propio*», es decir que poseen el sentido de una *presentación*, o de una *autorrepresentación simbólica* que el animal realiza acerca de sí mismo.

El lenguaje en el cuerpo

Ruyer (1974), desde el campo de una filosofía que se apoya en los descubrimientos científicos de los últimos años, describe un lenguaje «matricial» análogo al postulado por Freud (1911c [1910]*) y por Chomsky (1975, 1980), al que considera, si no «genético», al menos «contemporáneo» de las estructuras orgánicas. Analiza la función del cerebro como un órgano especializado en la materialización no corporal de «herramientas», órgano que evita de este modo el comprometer de manera irreversible a la estructura anatómica en el desempeño de ciertas tareas. Afirma que todo órgano natural posee, al lado de la subsistencia física que le corresponde como entidad material y energética, una *subsistencia semántica* que trasciende a la primera y es de otro orden. Una palabra no subsiste fundamentalmente por la mera duración de la tinta que la perpetúa en un diccionario, sino que depende esencialmente de la existencia y la voluntad de un hablante y una ocasión, que la generan en cada pronunciamiento individual. Análogamente, los órganos vitales, o los organismos mismos, poseen una continuidad semántica que trasciende su subsistencia física particular y se manifiesta como pronunciamiento en cada acto procreativo. Al lado de la subsistencia física de *un ojo* y *una mano* particulares, existe, por lo tanto, una subsistencia semántica, inherente y específica, que constituye a *el ojo* y a *la mano* como entidades dotadas de un significado propio. Al mismo tiempo trascienden la existencia física de *ese ojo* y *esa mano* en su capacidad de perdurarlos en *otro ojo* y *otra mano* semejantes, los cuales, a pesar de ser otros, son sin embargo «el mismo».

Podemos agregar que estas entidades o fantasías pertenecen a la existencia física particular de *un ojo* y de *una mano*, de un modo semejante a como, de acuerdo con la teoría psicoanalítica de las zonas erógenas, las fantasías orales «pertenecen» al órgano «boca». Si aceptamos que cada parte del cuerpo equivale a una fantasía inconciente con un significado

propio, comprendemos mejor a Weizenbaum (1976) cuando, describiendo las diferencias que existen entre la inteligencia artificial y la mente, sostiene que la comprensión de un significado humano requiere la participación del conjunto entero de la estructura orgánica del hombre.

Freud afirma (Freud y Breuer, 1895d*) que tanto la historia como el lenguaje extraen tal vez sus materiales de una misma fuente inconciente. Es esta fuente inconciente, universal y congénita, el «lugar» en donde *el lenguaje es un órgano natural* que se desarrolla en un contexto cultural que lo acota pero no lo crea (Chomsky, 1975, 1980), a la manera en que un esbozo embrionario se realiza en un campo epigenético (Waddington, 1968), y *el órgano natural se arraiga en una subsistencia semántica que lo trasciende*.

Vemos que la «secuencia intencional», el sentido, que denominamos «historia», no sólo vincula al pseudopodio de la ameba, generado para cada ocasión, con la subsistencia semántica de la mano que apresa, sino también con la capacidad que posee el hombre cerebral para exteriorizar «herramientas» tales como el avión, la rueda o la bandera, sin comprometer irreversiblemente la estructura orgánica de su cuerpo físico. Gran parte de esta capacidad generativa, que es a un mismo tiempo instrumental y simbólica, exige sin embargo un compromiso somático, no siempre reversible, que se ejerce muchas veces más allá de la función «normal», configurando lo que llamamos «trastorno».

La cuestión cuerpo-mente desde la óptica de las ciencias físicas

Tanto Schrödinger (1956) como Morowitz (1981) sostienen, a partir del principio de indeterminación de Heisenberg, que el fenómeno llamado «conciencia» constituye una parte inseparable del universo que el físico estudia. La mente humana sue-

le ser «explicada» en términos del sistema nervioso, y la neurofisiología en términos de la física atómica, pero la física cuántica exige, por fin, en su formulación actual, incluir a la mente como un componente primario del sistema en estudio. El problema «psicosomático» se ha introducido, pues, en la física. Eugene Wigner, premio Nobel de física, ha escrito, por ejemplo, un ensayo titulado «Comentarios sobre la cuestión mente-cuerpo» (Hofstadter y Dennet, 1981). Esta cuestión ha sido también encarada por el matemático René Thom (1988).

Weizsaecker (1946) señala, a partir de sus experiencias en neurofisiología, que todo acto biológico está constituido por la unión inseparable de percepción y movimiento, ya que ambas funciones se implican mutuamente. Para moverse es necesario percibir, y para percibir es necesario moverse. Pero ambas funciones *se excluyen, recíprocamente, de la conciencia*, como si para contemplar una de ellas hubiera que «invertir la dirección de la mirada» con la cual se contemplaba la otra. Podría decirse que lo mismo que señala Weizsaecker ocurre con la interpretación del fenómeno biológico, en términos de materia o historia, de mecanismo o sentido.

Turbayne escribe: «trataré los sucesos de la naturaleza *como si* constituyeran un lenguaje, convencido de que el mundo puede ser ejemplificado de igual manera, si no es que mejor, suponiendo que es un lenguaje universal en lugar de una gigantesca maquinaria de reloj; específicamente, usando el metalenguaje del lenguaje común, consistente en 'signos', 'cosas significadas', 'reglas de gramática', etcétera, en lugar del vocabulario propio de las máquinas, consistente en 'partes', 'efectos', 'causas', 'leyes de operación', etcétera, para describirlo» (Turbayne, 1974, pág. 91). Tomando como ejemplo el fenómeno de la visión, muestra cómo es posible interpretarlo como un «*more* lingüístico», en lugar de utilizar el «*more* geométrico» con el cual habitualmente se lo interpreta.