

LA ENFERMEDAD

DIFERENCIA ENTRE LA EXPLICACION DE SU CAUSA Y LA COMPRESION DE SU SENTIDO

Luis A Chiozza

Una de las tareas de trabajo de las Primeras Jornadas de Psicología del Niño y su Familia, organizadas por la Facultad de Psicología de nuestra Universidad en noviembre de 1979, fue la interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática del niño. El coordinador de esta área fue el Dr. Luis Chiozza, Prof. titular de la cátedra de Psicofisiología. El siguiente trabajo que sintetiza la postura del Dr. Chiozza frente al tema, es el relato oficial con el que se abrió el trabajo del área.

La causa y el porqué de la enfermedad

Condiciones necesarias pero no suficientes.

La primera dificultad que se presenta entre colegas, cuando durante la realización de una consulta se trata de comprender las emociones inconscientes, entre los elementos que se utilizan para establecer el juicio clínico, consiste en los límites y alcances de la llamada psicogenia. Sin embargo, el problema de la psicogénesis parece ser un problema perimido.

Mediante la estreptomycinina o el ácido paraminosalicílico, que atacan al bacilo de Koch, tratamos a un enfermo de tuberculosis y obtenemos una mejoría. Sin embargo, el bacilo de Koch no es la causa de la tuberculosis, es una condición necesaria pero no suficiente, ya que se lo encuentra en personas que no padecen esta enfermedad. Lo mismo puede decirse con respecto a la úlcera gastroduodenal y la existencia de un conflicto psicológico específico.

En cuanto profundizamos en el estudio de cualquiera de las enfermedades que intentamos reconocer o individualizar, descubrimos que la ciencia a la cual estamos habituados nos esclarece el cómo de la enfermedad, sin que jamás nos ofrezca una respuesta con respecto a ese "porqué", que tanto interesa al paciente y que suele confundirse con el concepto casi místico de una causa primera. La ciencia utiliza palabras como "esencial" o "idiopático", con las cuales calificamos a determinadas enfermedades para hacernos la ilusión de que conocemos su origen. Hay conceptos como los de "constitución", "herencia" o "debilidad del yo", que nos permiten postergar el problema y conservar nuevamente la misma ilusión.

Tanto el psicoanálisis como la anatomía y fisiología patológicas desembocan en una vía muerta cuando emprenden este camino. El concepto de "condición necesaria pero no suficiente", en cambio, planteado por el mismo Freud (a quien pertenece también el ejemplo, clarificador, de la tuberculosis), nos otorga

todo lo necesario para fundamentar una terapéutica. Más aún: este concepto, que deshace la aparente alternativa entre psicogénesis y somatogénesis amplía en realidad el campo de las posibilidades terapéuticas. Si la causa de la hepatitis infecciosa es un virus, el campo de la investigación y de la terapia queda centrado en el conocimiento de los virus, las condiciones de su acción sobre el organismo y la reacción de este organismo. Si el virus, en cambio, es sólo una condición necesaria para la existencia de la hepatitis infecciosa, pero no suficiente, es posible encontrar en el campo de las constelaciones anímicas, por ejemplo, otra condición necesaria. Investigando en este terreno hemos podido comprobar la existencia de un conflicto particular y específico caracterizado por sentimientos de envidia inconscientes, coartados en su fin, junto a dificultades en la tarea de materializar los ideales. Este conocimiento nos brinda un acceso a nuevas posibilidades terapéuticas de la hepatitis infecciosa, más allá de cualquier polémica estéril acerca del origen orgánico, psíquico o social, de la enfermedad considerada.

Una vez abandonada la idea de que lo único importante es encontrar "la causa", una vez reivindicado el derecho de cada campo del conocimiento a enfocar con su luz propia y particular el objeto de estudio, es posible volver, desde un ángulo complementario, a la investigación del "porqué". La pregunta "porqué", dotada de una profunda raigambre afectiva, posee en el enfermo una respuesta inconsciente que codetermina siempre el motivo actual de la consulta. Cuando aparece en el médico, puede ser entendida como la necesidad de comprender el significado que posee la enfermedad considerada en el desarrollo de esa vida particular, que de alguna manera estamos compartiendo.

Se trata de una apertura para la investigación y de una apertura para la terapéutica. Sin embargo, esta apertura resulta muchas veces, a pesar de todo el beneficio que puede proporcionar, antipática o incómoda para el médico y para el paciente. Un ejemplo nos permitirá compren-

der mejor las razones que determinan estos sentimientos.

Un hombre con el dolor en un brazo

Un paciente es enviado al traumatólogo porque sufre un dolor en el hombro derecho que empeora a pesar del tratamiento analgésico aconsejado por su médico. El enfermo siente que este dolor "le quema" en la punta de los dedos pulgar, índice y medio, hacia los cuales se irradia. Disminuye únicamente cuando el paciente levanta la mano por encima de la cabeza con la palma hacia adelante y el codo hacia afuera.

La radiografía de cuello muestra la posibilidad de un "pinzamiento" de las raíces que transcurren entre las vértebras quinta, sexta y séptima. Los tres dedos afectados corresponden al territorio inervado por el mediano, cuyas fibras atraviesan la columna cervical en la zona señalada. El dolor, urente, muy intenso, aumenta. A partir de esta situación, y en unos pocos días, se agotan, uno tras otro, los sucesivos recursos terapéuticos: analgésicos, antiinflamatorios, miorrelajantes, sedantes, calor local, reposo, collar inmovilizador del cuello. El dolor no cede y el enfermo se desespera. Una inyección local, realizada con fines paliativos sobre el plexo braquial derecho, se demuestra efectiva en la anestesia de la mano. Sin embargo, el alivio es incompleto. Por esta razón el traumatólogo, frente a algunos comentarios de la familia del paciente, decide solicitar una consulta con un colega que posea formación psicoanalítica.

Si repasamos lo que llevamos dicho hasta aquí, vemos que, habiendo llegado a este punto, tenemos una explicación lógica de los síntomas como efectos que derivan de una causa. Suponemos que una comprensión mecánica (acerca de cuyo origen no nos preguntamos ahora) produce la excitación de un nervio. Esta excitación es experimentada como dolor porque se realiza sobre las fibras nerviosas que transmiten específicamente esa sensación. El conjunto de los síntomas corresponde además al territorio inervado por el mediano, que presumimos comprometido.

La existencia de esta comprensión puede también explicar la disminución del dolor en la posición anteriormente mencionada.

Pero el enfermo, además de "poseer" un cuerpo que funciona como un delicado mecanismo de relojería, es un hombre que vive una existencia cargada de emociones que son personales, propias de su manera de ser particular. Por esta razón el colega consultado por el traumatólogo partió de un enfoque diferente. Su pensamiento permaneció voluntariamente alejado de la preocupación por establecer un juicio acerca de la mayor o menor eficacia de la causa mecánica, para producir o explicar el conjunto de la sintomatología y de la evolución del tratamiento. Es importante insistir en este punto. Si nuestro pensamiento se orienta hacia la determinación de las causas, sean estas últimas, psíquicas o somáticas (y más allá de cuál sea nuestro éxito en la tarea de encontrarlas), permanecemos alejados de la posibilidad de comprender los motivos, es decir, el sentido de una enfermedad en función de la trayectoria de una vida. Aunque la posición inversa es igualmente válida, este último tipo de unilateralidad casi no se observa en la práctica médica cotidiana.

Luego de una entrevista prolongada con el paciente, el psicoanalista, que conocía los antecedentes previamente mencionados, nos ofrece una interpretación de los hechos que, lejos de ser incompatible con la anterior, puede ser contemplada como la otra cara de una misma moneda.

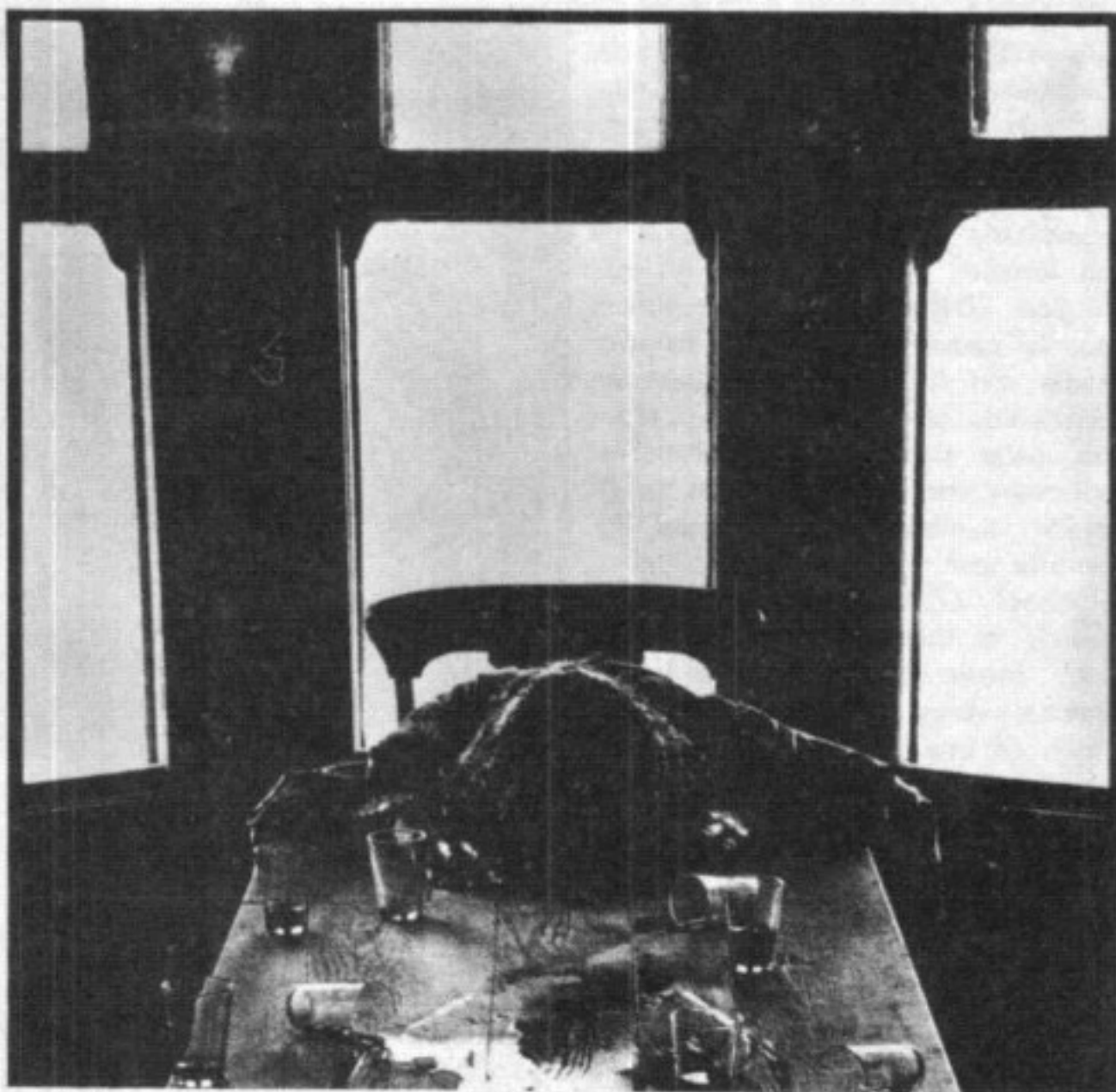
El enfermo, cuya observación se efectuó en el Centro de Consulta Médica Weizsaecker, es un hombre de 45 años, de nacionalidad alemana, que se siente despreciado y exigido por una esposa que le reprocha su escasa capacidad de progreso económico. Todos los días en la mesa, y todas las noches en la cama, experimenta el sentimiento de que su mujer no lo desea ni lo respeta como esposo y jefe de familia. Dentro de la firma comercial en la cual trabaja, esperaba un futuro mejor y se siente cada vez más defraudado. Por sus manos de cajero desfilan los millones ajenos que desearía poseer. Logra a duras penas que el resentido-

miento y la envidia que experimenta por sus empleadores, familiares de su mujer, no se transparente en su conducta y aparezca en su conciencia. Pocos días antes de que se desencadenara su dolor, un amigo de los dueños de la firma, que también trabaja en ella, sustrajo una importante suma de dinero. Esta sustracción, contra las expectativas de nuestro paciente, y a pesar de que el dinero, no pudo recuperarse, fue perdonada. Entonces, por primera vez, se asomó a la conciencia del enfermo el deseo de robar, él también. Deseo enormemente angustiante y, por lo tanto, reprimido.

La mano culpable es la que hoy duele. El dinero "le quema" en la punta de los tres dedos con los cuales cuenta, cotidianamente, los billetes de banco. La posición en la cual el dolor disminuye corresponde a un gesto inconsciente con el cual simboliza su inocencia. Cada vez que lo realiza se abstiene, mágicamente, de "meter" la mano en la caja tentadora.

El esclarecimiento de esta situación surgió de la capacidad del médico psicoanalista para comprender el simbolismo de los síntomas, su vinculación con los episodios biográficos, las expresiones espontáneas e involuntarias y los sentimientos movilizados en la relación entre médico y paciente. Durante la conversación con el enfermo estos contenidos inconscientes se fueron haciendo más claros. Quedó convenida una entrevista posterior a los fines de resolver y elaborar esta situación de un modo más completo. El paciente no concurrió a la entrevista. Hizo saber, de manera indirecta, que el último médico estaba completamente equivocado en su enfoque de la enfermedad y que otro colega, en el intervalo entre ambas consultas, lo había curado de sus molestias mediante la administración oral de un medicamento. El contenido de este medicamento, de más está decirlo, era similar a uno de los tantos que le habían sido suministrados antes sin ningún resultado.

Es comprensible que, tanto para el médico como para el enfermo, hubiera sido preferible que una explicación mecánica de la enfermedad



les hubiera eximido de una incursión desagradable en la intimidad de un "porqué" que siempre, de alguna manera, es experimentada como una violencia impúdica. Una incursión que les obliga a revivir, en la relación médico-paciente, las mismas emociones penosas que una vez fueron rechazadas, pagando como precio de esa represión a la enfermedad. El rechazo del enfermo ante sus deseos inconfesados de robar le hace retroceder, con la misma fuerza de la honestidad que regula su conducta, ante una interpretación que, por el tiempo breve y las condiciones en que debió ser realizada, no ha podido tener la sutileza y la amplitud necesarias para poder ser bien elaborada, esclareciendo además al paciente los sentimientos movilizados hacia la persona del médico. Sin embargo, el objetivo terapéutico, y eso es lo importante, quedó acabadamente cumplido en cuanto al motivo actual de la consulta.

Freud nos aconsejaba distinguir entre las parálisis motrices orgánicas

y las histéricas, según el territorio comprometido estuviera encuadrado por los límites de una zona de inervación o, por el contrario, correspondiera a la imagen mental de una parte del esquema corporal. El ejemplo citado nos permite comprobar que este criterio no puede ser absoluto o, en todo caso, no puede utilizarse para sostener que los trastornos "orgánicos" carecen de un lenguaje similar al de la histeria.

Digámoslo de una manera rotunda. El hallazgo de una causa no nos exime de la tarea de investigar un porqué en el terreno de los significados inconscientes; del mismo modo que el hallazgo de un porqué psicológicamente comprensible no nos exime de la investigación de las causas eficientes, a través de las cuales el trastorno se realiza como una transformación de la configuración de los órganos o sus funciones.

Cuando se trata, por ejemplo, de una herida postoperatoria que sangre peligrosamente más allá de un cierto límite, podemos encontrar en una

discracia sanguínea (comprobable o supuesta), o en una mala ligadura, las causas eficientes que, como condiciones necesarias, mantienen la pérdida sanguínea. Ocurre muchas veces que puede lograrse en estos casos la hemostasia mediante la inyección de un fármaco o la reintervención quirúrgica. ¿Debemos suponer entonces que las causas anteriormente mencionadas son suficientes para explicar la pérdida sanguínea? ¿Acaso todas las malas ligaduras sangran? ¿Dos enfermos con idénticas cifras en su cuadro hemático nos enfrentan por ventura con los mismos fenómenos clínicos? ¿Existe alguna razón para limitar el intento terapéutico a un solo ángulo de ataque insistiendo muchas veces en terapéuticas dudosas o en una intervención que implica riesgo? La investigación psicoanalítica puede brindarnos el descubrimiento de condiciones necesarias en el terreno de la constelación anímica. En el caso de un paciente, cuya familia consultó al Centro de Consulta Médica Weizsaecker por una hemorragia postoperatoria aguda, nos encontramos con un enfermo impregnado por el deseo inconsciente de encontrar una muerte "honorable" que le permitiera evitar la humillación de un quebranto económico, ya que en las fantasías inconscientes este quebranto le haría perder el amor y el respeto de su mujer y de sus hijos.

Tanto en la búsqueda de causas como en la de motivos, podemos descubrir condiciones necesarias para que la enfermedad adquiera la forma, la localización y la evolución que la caracteriza. Ambas investigaciones pueden ayudarnos en la fundamentación de una terapéutica dirigida a modificar, por lo menos, el modo actual en que la dolencia se manifiesta. En algunos casos (enfermedades agudas con complicaciones graves, por ejemplo), la búsqueda de un efecto semejante es imprescindible.

La enfermedad como capítulo de una biografía

Cuando un paciente sufre insomnio, angustia o una impotencia genital, estamos habituados a reconocer



que las múltiples circunstancias de su vida como persona tienen una participación preponderante en su enfermedad. Si se trata de un infarto cardíaco, de la rotura de una arteria cerebral, o de una fractura consecutiva a un accidente, nuestro pensamiento se orienta con mayor facilidad hacia la existencia de una causa física. Sin embargo, la opinión de la gente que se expresa más allá de la preocupación por un rigor científico, y los comentarios de algunos médicos clínicos que nos hablan de "un modo contemporáneo de suicidio", nos señalan inequívocamente que el estudio de esa vida nos brinda la posibilidad de comprender en una dimensión humana el "sentido" o la "razón" de ese suceso, que adquiere un significado como capítulo de una biografía. Cuando se trata de una anemia, una hemorragia, un cáncer o una tuberculosis, no somos tan audaces y abandonamos en las manos de algunos artistas geniales la interpretación que, una vez librados de nuestra responsabilidad como científicos, es capaz de conmovernos y despertar nuestro interés. (Basta recordar como ejemplo a Thomas Mann, autor de "La Montaña Mágica").

De una manera semejante, la intuición o la empatía nos lleva a comprender a veces el sentido de una determinada enfermedad en la vida de un pariente o un amigo. Ocurre que poseemos espontáneamente una

visión de conjunto acerca de la constelación de circunstancias vitales encadenadas que desemboca en el desenlace presente. Sin embargo, en la medida en que esta comprensión no logra integrarse con los cánones habituales de nuestro pensamiento racional, tendemos a rechazarla o reprimirla. Muchas veces pensamos que la constelación biográfica ha dejado de actuar una vez producido el desenlace, cuando en realidad continúa recreando cotidianamente a la enfermedad. La evidencia de nuestros sentidos contribuye a este engaño. Cuando la enfermedad altera la materia que llamamos cuerpo, y aparece un epiteloma sobre la piel que antes estaba sana, tendemos a pensar que el trastorno ya se realizó y permanece emancipado de la causa que lo produjo en un "acto único". Sin embargo, el trastorno que altera la forma del cuerpo va más allá de la materia captable por medio de los órganos sensoriales y de los aparatos que, como el microscopio, amplían el campo de acción de los sentidos. Si pensamos en el hecho de que en unos pocos días ni uno solo de los átomos que constituyen nuestro cuerpo permanece en él, sino que todos más o menos rápidamente son reemplazados por otros que ocupan su lugar, nos damos cuenta de que el epiteloma o aquel otro tumor que comprime el esófago, no permanece, materialmente hablando, sino que se recrea continuamente, como el mismo cuerpo, a partir de nuevos átomos de la misma sustancia. Lo único que permanece es la configuración de la estructura formal; la materia se renueva.

Mientras la relación entre determinados acontecimientos psíquicos patológicos y las coyunturas críticas de nuestra vida se reconoce habitualmente con mayor facilidad, afirmar la existencia de una relación (con un significado específico que explique el momento, la forma y la localización) entre un tumor y los acontecimientos "psíquicos" que constituyen una biografía, parece casi un absurdo. Podemos, sin embargo, profundizar un poco más en esta cuestión.

Ya que la materia, que circula a través del tumor, y el tumor no son la misma cosa, podemos preguntar-

nos cuál es la relación entre aquello que denominamos psíquico o mental, y la configuración estructural que denominamos "tumor". Parece probable suponer que la configuración estructural biológica, que "soporta" y "conforma" la materia de los órganos, adquiere, en un momento determinado de su desarrollo evolutivo, una cualidad de conocimiento acerca de sí misma y de su relación con el mundo circundante que denominamos "conciencia" y a partir de la cual definimos aquello que denominamos "lo psíquico". Freud ha postulado la existencia de lo psíquico inconsciente.

No es fácil resolver la cuestión acerca de "hasta adónde" debemos extender el uso del término "psiquismo", cuando alejándonos cada vez más de la conciencia, recorremos esta serie de configuraciones funcionantes.

Sin embargo, más allá del hombre, lo importante es que forman una serie en uno de cuyos extremos se halla la conciencia.

Algunos biólogos prefieren suponer que este "ámbito subjetivo", que denominamos "lo psíquico", continúa existiendo en lo inconsciente de la

vida animal y vegetal. Adolf Portmann, uno de los mejores biólogos de nuestra época, propone el nombre de "interioridad" para la totalidad del "ámbito subjetivo" no espacial que caracteriza a los seres vivos, evitando de este modo una estéril polémica alrededor del término "psiquismo".

Digamos, a modo de conclusión, que el afirmar algún género de identidad de clase entre lo psíquico, la interioridad y la configuración biológica que constituye la materia en los órganos, no implica un optimismo fácil acerca de la posibilidad de modificación de los órganos enfermos mediante la terapéutica psicoanalítica. Implica, sin embargo, una nueva apertura teórica hacia esa posibilidad.

Luis A. Chiozza

Luis A. Chiozza

Luis A. Chiozza es médico psicoanalista, miembro didáctico de la Asociación Psicoanalítica Argentina, fellow del International College of Psychosomatic Medicine y titular de la Sociedad de Psicología Médica, Psicoanálisis y Medicina psicósomática de la Asociación Médica Argentina. Es presidente honorario del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicósomática (del cual fue socio fundador) y director del Centro de Consulta Médica Weizsaecker. Dirigió, desde su creación hasta fines de 1976, la revista *Eidón*, publicación especializada en el psicoanálisis y la medicina psicósomática. Es profesor titular del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, profesor titular de Psicofisiología de la Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador y profesor titular de la Escuela del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicósomática.

Además de las numerosas contribuciones presentadas en distintos congresos psicoanalíticos y de los trabajos dados a conocer en revistas nacionales y extranjeras, Luis Chiozza es autor de los libros: *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos, un estudio del hombre que padece* (en colaboración), *Cuerpo, afecto y lenguaje* (traducido también al italiano), *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*, (en colaboración) *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica*, (en colaboración) *Trama y figura del enfermar y del psicoanalizar*.