

UN ÚNICO CUERPO, PERO SUFICIENTEMENTE COMPLEJO

El diálogo entre el psicoanálisis y la medicina

Ricardo Bernardi

RESUMEN

¿Hablan el psicoanálisis y la medicina del mismo cuerpo? ¿Conviene afirmar en primer lugar la existencia de un cuerpo único para sólo en segundo lugar proceder a las diferencias en las formas de aproximación y las metodologías empleadas, o, por el contrario, se trata de afirmar antes que nada la heterogeneidad de los objetos de estudio y de los discursos científicos? Mi respuesta a estas preguntas será la de afirmar la interconexión básica de los distintos abordajes del cuerpo, dando cabida al mismo tiempo a ciertos recaudos metodológicos y epistemológicos que serán considerados en el curso de la exposición. Admitir un único cuerpo no quiere decir reducirlo a una única forma de descripción. Significa sí sostener que existe, en principio, una base común entre el cuerpo que investigan los biólogos y el que estudia el psicoanálisis o es objeto de indagación por otras disciplinas. Afirmar que somos ese cuerpo viviente no impide establecer a su vez diferentes delimitaciones en su estudio. Las disciplinas científicas, al igual que nuestra conciencia, no nos ofrecen sino atisbos parciales.

Admitir que el cuerpo es uno tiene ventajas inmediatas. El diálogo interdisciplinario se vuelve relevante. Pero a su vez, los requerimientos metodológicos de cada disciplina trazan, en la superficie de nuestro conocimiento, fracturas y discontinuidades, dejando zonas de incertidumbre o desconocimiento que apelan al surgimiento de nuevas metodologías. No hace falta una teoría especial para reconocer en esto la complejidad de los problemas; basta con seguir el curso de las investigaciones actuales y reconocer allí el entrecruzamiento entre las distintas perspectivas y las zonas donde las suturas entre los diferentes métodos no son posibles.

En esta exposición partiré de un ejemplo clínico, para seguir el hilo de los puntos donde me parece que se impone un diálogo entre el psicoanálisis y las ciencias de la salud, tomando como base mi experiencia como analista y el trabajo en el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina. A lo largo de esta recorrida encontramos ciertos problemas que requieren una consideración especial, vinculados con la relación entre el método psicoanalítico y otros métodos, y la forma en la que las distintas perspectivas metodológicas se relacionan entre sí en lo que llamaré el trabajo de la interdisciplinariedad.

.....

En un libro reciente dedicado a las neurociencias y a las nuevas ciencias de la mente, titulado “*¿Del cerebro a la conciencia?*”, Mary Midgley, filósofa inglesa, escribe un capítulo final titulado “*One world, but a big one*”, que podríamos traducir un poco libremente como “*Un único mundo, pero grande*”. He tomado prestada esta idea para el título de la conferencia, porque creo que ciertos problemas son comunes a ambos textos.

Midgley parte de la pregunta: “*¿Es la materia más real que la mente?*”, lo cual la lleva a interrogarse acerca de cuáles son las explicaciones que consideramos fundamentales: si, por ejemplo, las explicaciones en base a las neurociencias (o, a la

inversa, podríamos agregar, en base al inconsciente) son más fundamentales que cualquier otro tipo de explicación.

El mundo grande que postula la autora es un mundo en el que caben diferentes tipos de realidades y que, por tanto, no empuja a mirar todo a través de un único lente, sea el de las neurociencias, el del inconsciente o cualquier otro. Es un mundo, dicho en otros términos, en el que tanto las muelas como el dolor de muelas son igualmente reales. Es también un mundo que invita a ser explorado desde diferentes mapas hechos desde múltiples perspectivas, mapas que, sin embargo, son todos del mismo mundo y a los que trabajosamente hay que buscar hacer concordar.

El concepto de cuerpo es correlativo al concepto de aquello que en el hombre no es cuerpo. Nuestra cultura está influida por tradiciones metafísicas que contraponen el cuerpo a aquello que no lo es, sea concebido como alma, psiquis o mente. Para ciertas tradiciones dualistas, el cuerpo es la prisión del alma (Platón) o un cadáver potencial: como dice Descartes en las Meditaciones, “toda esa máquina compuesta por carne y hueso, tal como aparece en un cadáver, a la cual daba el nombre de cuerpo”. Esta visión del cuerpo como máquina facilitó el desarrollo de una biología apoyada en las ciencias fisicoquímicas, pero dificultó la comprensión de la compleja interrelación de lo biológico con lo psicológico y lo social.

Conviene tener presente que existen muchas maneras de concebir el cuerpo, dependiendo de la cultura o posición filosófica de la que se parte. El concepto de “carne” (“basar”) en el pensamiento hebreo apunta al hombre entero (cuerpo y psiquis) visto en su fragilidad, contrapuesto al alma viviente (ruah) de origen divino. La línea entre lo que es cuerpo y lo que no lo es puede, por tanto, pasar por lados muy distintos o incluso borrarse en las posiciones monistas. Debemos, pues, partir de ciertos supuestos conceptuales, pero admitir al mismo tiempo su provisionalidad y la necesidad de revisarlos cuando no se ajustan a los fenómenos en estudio.

Cuando hablo de un cuerpo único, pero suficientemente complejo, me refiero al hecho de que los diferentes discursos sobre el cuerpo se refieren a una realidad única. Somos tanto el cuerpo que puede chocar con una puerta como el cuerpo que, por ejemplo, en la anorexia, puede representarse a sí mismo más ancho que el espacio que ocupa al pasar por esa puerta. Existe un único cuerpo del que hablan los poetas, que es comercializado por la moda, entregado al amor, desvitalizado por la depresión, herido por la violencia o sanado por el calor humano.

De lo anterior se desprende que no comparto la afirmación de que el cuerpo del que habla el psicoanálisis es un cuerpo que no guarda relación con el cuerpo de la biología. En realidad ambos, el psicoanálisis y la biología –junto a las demás disciplinas– hablan del mismo cuerpo. Se podría decir que no hablan de la misma manera, pero incluso esta afirmación habría que relativizarla, pues frente a ciertos problemas es necesario encontrar un modo de hablar que sea comprensible para todos. Esto no quiere decir que sea posible, y ni siquiera necesario, un lenguaje único, sino una más modesta aceptación de la necesidad de traducción y complementación entre abordajes que son todos ellos parciales y provisorios. El psicoanálisis puede ir muy lejos en la comprensión de la geografía inconsciente del cuerpo; pero puede también quedar preso de los aspectos lingüísticos, desconociendo el alcance de los procesos subsimbólicos, las memorias no declarativas o el sustrato de los afectos. La biología a

su vez puede caer en visiones reduccionistas, pero puede también reconocer, como lo hace Kandel, que el siglo actual será, para las neurociencias, el siglo de la memoria y del deseo.

Aceptemos, pues, como punto de partida, la distinción entre el cuerpo y la psiquis; pero al mismo tiempo cuestionemos esta distinción postulando un cuerpo viviente y un psiquismo encarnado y reconozcamos en las fronteras entre ambas zonas de superposición y tierras de nadie. Este cuerpo complejo es objeto de estudio de distintas disciplinas. En lo que sigue me ocuparé de la relación entre dos abordajes, el del psicoanálisis y el de las ciencias de la salud. Intentaré partir de la experiencia clínica para, acto seguido, remitirme a los conocimientos básicos y a los procedimientos metodológicos que sustentan la práctica clínica.

Me basaré para ello tanto en mi experiencia de psicoanalista como en la que surge de mi actividad como Profesor de Psicología Médica de la Facultad de Medicina. Se me dirá: ¿pero a quién vamos a escuchar: al psicoanalista o al que habla desde las ciencias de la salud? Déjenme decirles que la pregunta así formulada no resuena dentro de mí como un dilema real, ni logro significarla de una forma que me resulte útil para la reflexión. Voy a ocuparme de una zona de interfase entre el psicoanálisis y la medicina y recurriré a una u otra disciplina cuando piense que ella es la que permite el aporte más significativo sobre ese punto. Si queremos investigar los aspectos inconscientes de un paciente, es necesario que lo hagamos desde una identidad analítica. Cuando estamos indagando problemas en los que es necesaria la confluencia de distintas disciplinas, no es útil partir de una preocupación por la propia identidad; conviene concentrarse en buscar cómo responder a las preguntas planteadas de acuerdo a la mejor evidencia disponible. La posición a tomar es la del clínico o el investigador que evalúa críticamente y sin prejuicios todos los conocimientos disponibles, provengan de donde provengan, para apoyarse en los que demuestran mayor fundamento. Luego vendrá el momento de reflexionar cómo se integra esta búsqueda con la trayectoria personal.

Cuando nos situamos en el campo de las ciencias de la salud, las preguntas relevantes pasan a ser las de cómo mantener y promover la salud, limitar y combatir la enfermedad y recuperar el funcionamiento pleno de la persona. Los resultados buscados pueden resumirse en tres variables: cambios en la morbilidad, en la mortalidad y en la calidad de vida. ¿Son estas preguntas relevantes para el psicoanálisis? Tal vez para algunos analistas la respuesta sea no. Los cambios en la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida, o sea, en el enfermar o curar, dirán, son, sin duda, importantes para el paciente, y, si se quiere, también interesan al psicoanalista en cuanto ser humano; pero no atañen al psicoanálisis, el cual debe mantenerse atento sólo al inconsciente. De más está decir que no comparto esta posición, a la cual encuentro insostenible tanto desde el punto de vista práctico como del epistemológico. Si Freud postuló al inconsciente fue precisamente por su capacidad de producir efectos: lo postuló allí donde las cadenas de pensamientos conscientes no alcanzaban para explicar y para modificar lo que ocurría en el paciente. Los cuestionamientos epistemológicos mayores al psicoanálisis, como los de Grünbaum, apuntan precisamente a poner en duda la existencia de estos efectos atribuibles al inconsciente, en los que se apoyó Freud cuando lanzó la hipótesis del inconsciente. Hoy en día siguiendo a Thomä y Kächele podemos distinguir con mayor nitidez los aspectos constitutivos del psicoanálisis en cuanto de conocimiento básico y en cuanto técnica terapéutica, y abrir estas cuestiones al abordaje desde múltiples metodologías, pero no podemos excluir la pregunta por los efectos del psicoanálisis en

el campo de la salud. Si lo hacemos estamos limitando al psicoanálisis en ambas dimensiones, como conocimiento teórico y como método terapéutico. Corremos el riesgo de convertirlo en una provincia de las humanidades, o en un psicoanálisis literario, en el cual sólo importa la producción de narrativas plausibles de distinto cuño, sean freudianas, lacanianas, winnicottianas, kleinianas, etc., pero carentes de criterios de validez que permitan evidenciar su correspondencia con algo real.

Es interesante notar cómo los marcos epistemológicos que se toman como punto de partida pueden facilitar o dificultar el diálogo interdisciplinario. La evolución de estos problemas en el Río de la Plata resulta aleccionadora. En la década de 1960 los trabajos de Bleger sobre los niveles de integración de los conocimientos científicos, nos muestran su preocupación por afirmar tanto la especificidad y autonomía de las distintas disciplinas como la profunda interconexión entre todas ellas. Este es el camino que han seguido también quienes han buscado desarrollar el enfoque bio-psico-social en medicina. La preocupación de Bleger, era, además, la de hacer frente a las discusiones interminables que existían en aquél momento entre el marxismo y el psicoanálisis, ambos muy influyentes en los ambientes intelectuales de la época, acerca de si ambas concepciones debían o no fundirse en una sola o subordinarse una a la otra. El interés por los niveles de integración no se mantuvo igual durante la década de los 70', en la cual, junto a muchos otros cambios, se hizo sentir la influencia creciente del pensamiento francés, en especial del estructuralismo. Durante dicha década se afianzó la idea de que es la estructura interna de cada teoría la que determina su objeto, privilegiándose la independencia conceptual y metodológica de cada teoría en vez de la interconexión entre ellas. En el caso del psicoanálisis esta postura condujo a rechazar la aplicación de otros métodos, como los de la investigación empírica cuanti o cualitativa, en el campo del psicoanálisis, llevando a que se confundiera la especificidad del psicoanálisis con su aislamiento metodológico.

Los problemas mencionados no fueron exclusivos del psicoanálisis. Escribiendo sobre el problema de los niveles de integración, G. Klimovsky (Rev. de Psicoanálisis, XXX, 2) decía en 1973 que: "*hacer de la independencia de las teorías un principio tiene en algunos casos el desagradable sabor de un dogma, y es motivado a veces por el temor a que las pseudoinvestigaciones que se realizan en algunos círculos sean sometidas a serias pruebas originadas en la metodología general o en otras teorías más básicas o exitosas*" (p.503). Un doble ejemplo aclarará lo dicho. Las medicinas llamadas alternativas no pueden ofrecer garantías sobre sus efectos, no porque sus hipótesis sean más o menos plausibles que las de la medicina, sino porque se rehúsan a someter sus resultados a investigaciones rigurosas. Por el contrario, algunas hipótesis a primera vista ajenas al campo de la ciencia, como la de los efectos de la oración a distancia sobre la evolución enfermos graves, pudieron ser sometidas a ensayos clínicos controlados, con resultados inesperados. El abordaje desde múltiples metodologías resulta, pues, crucial para el desarrollo científico.

La confluencia de distintas metodologías para el abordaje de los problemas que propongo es muy distinto al pseudodiálogo entre disciplinas basado en el recurso a analogías aparentes para establecer conexiones entre ellas. Físicos como A. Sokal y J. Bricmont han criticado fuertemente el uso que psicoanalistas como J. Lacan o J. Kristeva (junto con otros pensadores de orientación postestructuralista o postmoderna) hacen de conceptos tomados de la física o las matemáticas. Más que simples errores conceptuales o un desconocimiento del tema, encuentran una ligereza científica a la que

consideran extremadamente grave (A. Sokal & J. Bricmont, *Impostures intellectuelles*. Ed. O. Jacob, Paris, 1997). Desde el lado de la filosofía, J. Bouveresse ha también criticado esta ligereza en un libro titulado sugestivamente “*Prodigios y vértigos de la analogía. Sobre el abuso de la literatura en el pensamiento*” (Ed. Raisons d’Agir, Paris, 1999). En él señala los problemas aparejados al « *uso desconsiderado e incontrolado de la analogía, la elección del ‘flou’ literario con preferencia a un estilo de discusión más exacto, el poco gusto por las distinciones precisas, etc.*”.

Creo que el diálogo interdisciplinario exige un camino diferente. He denominado “*trabajo de la interdisciplinariedad*” a la reelaboración de un mismo problema desde distintas metodologías. El resultado de este trabajo no conduce por lo general a conceptos idénticos, sino a conceptos apenas similares que mantienen entre sí una tensión que estimula el avance de las investigaciones. Si tomamos las propuestas de J.C. Tutté y G. Bouza a este Congreso podemos ver que ciertos conceptos originados en las neurociencias, como los de “*memorias en estado lábil*” y “*memorias afectivamente dependientes*” pueden entrar en un diálogo útil con el concepto psicoanalítico de “*a posteriori*” y llevar a nuevas indagaciones clínicas. Volveré más adelante sobre los conceptos de mecanismos de defensa y de afrontamiento (*coping*) o de apego (*attachment*).

Creo útil en este punto abordar estos problemas dejándonos llevar por las preguntas que plantea un caso clínico. Tomaré para ello una situación en la cual el psicoanálisis se ve compelido, al igual que las otras ciencias de la salud, no sólo a buscar la mejor comprensión de la experiencia del cuerpo, sino también a hacer frente a preguntas acerca de cuáles son los factores que inciden en la salud o la enfermedad del paciente y que influyen en su calidad de vida.

Vayamos al ejemplo clínico.

Ema me llamó porque quería, me dijo, hablar con un psicoanalista que entendiera su situación. Cuando la vi, en su domicilio, estaba en la etapa terminal de un cáncer con múltiples metástasis. Recibía, según pude apreciar, una atención médica correcta por parte de un equipo de cuidados paliativos con el que se entendía bien y que la había informado adecuadamente acerca de su enfermedad y de su situación. Ema era consciente del momento que estaba viviendo. ¿Qué era, entonces, lo que quería que yo comprendiera como psicoanalista?

A medida que transcurrió la conversación, Ema me hizo saber que ya había estado anteriormente en tratamiento psicoanalítico. Lo que la había decidido a buscar nuevamente ayuda era un problema que la desbordaba. Ella creía que ella misma había contribuido a provocar su enfermedad. Un tiempo antes de que se le declarara la enfermedad, Ema había vivido una situación que la había afectado mucho. Un poco por omnipotencia y otro poco por negligencia no había hecho lo suficiente para evitar que personas a su cargo se hicieran daño en forma muy seria. Esto fue el motivo de amargos autoreproches, y pensaba que su enfermedad era una forma de expiar su falta. Creía firmemente que algo inconsciente, relacionado con aspectos autodestructivos y con su necesidad de castigo, había contribuido a desencadenar su enfermedad. Cuando se le declaró el cáncer, ella lo tomó como una corroboración de esa creencia. De acuerdo a la peculiar geografía corporal de sus fantasías, ella encontraba lógico que el cáncer hubiera comenzado por un órgano que marcaba su fracaso en cuidar la vida. Esto agregaba a los

sufrimientos propios de la enfermedad, uno más íntimo y privado, y también más difícil de tolerar: el sentirse culpable de una enfermedad mortal que en poco tiempo la iba a separar de sus hijos pequeños y de su marido.

No debe sorprendernos la intensidad de los sentimientos de culpa en Ema. El superyó no se adormece cuando la vida está amenazada, y con frecuencia los enfermos graves buscan explicarse lo que les ocurre como un castigo por faltas o errores pasados. Tampoco se debe pasar por alto la relación circular de estos autoreproches con estados depresivos que forman parte del cuadro global de la enfermedad. Nada de esto llama la atención en el caso de Ema. Lo que sí se destaca es la fuerza de las creencias sobre la psicogénesis de la enfermedad, creencias que otorgan a los factores inconscientes un papel casi omnipotente en la determinación del cáncer. No puedo afirmar en qué medida el tratamiento analítico de Ema colaboró a desarrollar estas ideas, pero ciertamente no logró resolverlas. Un inconsciente que todo lo puede ofrece así el último reducto a las fantasías de omnipotencia, pero a costa de dejar el yo inerme frente al superyó.

En realidad, como señala Piera Aulagnier, es muy duro para el yo admitir que no tiene respuesta a la pregunta: ¿por qué me pasa esto a mí? Igualmente duro es reconocer la limitación de las posibilidades terapéuticas y lo inexorable de la muerte. Sabemos también que no se puede estar vivo sin depositar alguna esperanza en algo. Es, por tanto, natural, que Ema busque explicaciones que le permitan, al menos, la ilusión de controlar y dar sentido de alguna manera a su destino. La creencia en el poder del inconsciente sobre la enfermedad ofrece una esperanza de este tipo. Pero ¿existen razones que sustenten esta creencia?

No hay ninguna evidencia de que mecanismos similares a los de la histeria de conversión jueguen un papel decisivo en el desencadenamiento o agravamiento del cáncer o de la mayoría de las enfermedades orgánicas. Las fantasías inconscientes no se convierten en síntomas somáticos de acuerdo a un lenguaje simbólico. Incluso en los fenómenos conversivos, la “complacencia somática” de la que hablaba Freud sigue constituyendo un enigma. Más aún: si tomamos en cuenta el conjunto de los fenómenos somatomorfos, y atendemos a lo que ocurre en los trastornos por somatización, en los trastornos por dolor, en el trastorno dismórfico corporal, etc. este enigma se hace más complejo y debemos reconocer que no disponemos de una explicación global sobre la forma en la que interactúan los factores psíquicos y somáticos en estos trastornos.

Cuando pasamos ahora a las enfermedades propiamente orgánicas, la posibilidad de una traducción directa de fantasías inconscientes en fenómenos corporales se vuelve más remota. Se dirá que muchas veces es posible postular que la enfermedad tiene un sentido. ¿Pero se trata de un sentido que existía a priori o que adquiere fuerza a posteriori? Incluso en el caso de que estuviera presente a priori ¿podemos atribuirle valor causal? En el campo de los fenómenos mentales la comprensión del sentido o significado de un fenómeno puede tener el valor de una explicación causal. Pero esta relación directa se va perdiendo a medida que entramos en fenómenos en los que pesa un tipo de determinaciones biológicas que responden a una lógica diferente a la de los fenómenos mentales. Entonces, si queremos articular procesos mentales y corporales, es necesario buscar con cuidado cuáles pueden ser los mecanismos que establecen las mediaciones entre los dos órdenes de fenómenos. Esto es materia de investigación y no se soluciona con fórmulas verbales. Podemos, como hace Lacan en los Escritos, decir que el lenguaje “es cuerpo sutil, pero es cuerpo”, pero ciertamente eso no nos autoriza a

considerar al cuerpo como lenguaje, sea éste sutil o no. Las metáforas que describen al cuerpo como “hablado” o como “hablante” tienen una validez restringida, y no pueden hacer olvidar que las relaciones causales entre los fenómenos corporales no están estructuradas como un lenguaje. Reconocer en el cuerpo mecanismos causales diferentes a los del psiquismo no implica necesariamente una vuelta al dualismo; más bien creo que es compatible con la idea de un monismo anómalo, en el cual, como propone Davidson, las explicaciones causales son dependientes del modo en el que se describen los eventos.

Freud creía que el psiquismo inconsciente estaba influido por los procesos somáticos, en especial los de índole sexual. Fue mucho más cauto en afirmar, en sentido opuesto, la influencia del inconsciente sobre los procesos somáticos, salvo cuando existía un factor económico en juego, donde el nivel somático estaba directamente implicado en los procesos de acumulación o transformación de la libido. Tal era el caso de la angustia o de ciertos trastornos psicógenos de la visión. Otros psicoanalistas y pensadores, comenzando tal vez por Groddeck, tomaron otro camino, que en mi opinión fue poco afortunado, buscando utilizar los conceptos metapsicológicos como explicación de fenómenos somáticos. El costo de este camino es el de convertir a los conceptos de la metapsicología en nociones oscuras e imprecisas, capaces de explicar todo, pero a la vez incapaces de establecer un verdadero diálogo con las disciplinas vecinas e incluso de dar cuenta de los problemas reales de la práctica clínica. Mientras que para el trabajo clínico pueden, en ciertas condiciones, resultar útiles algunos conceptos metafóricos exclusivos del psicoanálisis, para el diálogo interdisciplinario, en cambio, son necesarios conceptos que establezcan puentes con las otras disciplinas, como ser las neurociencias, las ciencias cognitivas y con la investigación biomédica y psicosocial en general.

Conviene comenzar por los hallazgos más firmes en el campo psicosocial. Existe una evidencia abrumadora, confirmada en múltiples estudios, de que ciertos fenómenos de los que los analistas nos ocupamos relativamente poco, han mostrado una incidencia clara en las cifras de morbilidad y de mortalidad general. Me refiero a factores tales como el estrés, los estilos de vida, el tabaco, el alcohol, el abuso de sustancias, los hábitos alimenticios, el sedentarismo, la promiscuidad sexual, la no adhesión a los tratamientos y la falta de sostén social. En todos ellos es posible, además, avizorar los mecanismos que explican la relación entre estos factores y la enfermedad orgánica. Si queremos avanzar desde el psicoanálisis en el conocimiento de los factores psicosociales que inciden en la salud, convendría no descuidar el estudio de estos comportamientos, cuya gravitación ha sido demostrada. En realidad no tenemos una comprensión psicoanalítica adecuada de los caminos que permitirían modificar estos factores. Ellos aparecen a primera vista como más “blandos” que los determinantes biológicos: sin duda debería ser más fácil modificar el consumo de tabaco que cambiar la predisposición genética al cáncer de pulmón. Sin embargo, para el conjunto de las técnicas disponibles, es difícil encontrar porcentajes de éxito en el tratamiento del tabaquismo que superen cifras que van entre un 15 y un 30% un año después. Todo este campo está aún esperando una contribución mayor del psicoanálisis.

Creo también que los psicoanalistas nos hemos autolimitado para trabajar en relación con los factores de riesgo que acabo de examinar. Cuando estudiamos el caso de las personas que han tenido éxito en cambiar sus hábitos de vida encontramos que han pasado por experiencias que de alguna forma han introducido modificaciones a

nivel del yo y de los vínculos. Pensemos, por ejemplo, en el efecto de los grupos de autoayuda. Pero el interés por el yo y sus mecanismos no ha sido fuerte ni tampoco continuado en la tradición del Río de la Plata. Tanto la tradición kleiniana, opuesta al enfoque de Ana Freud, como la influencia lacaniana, con su desprecio por todo lo adaptativo y por los aportes anglosajones al respecto, favorecieron que el psicoanálisis rioplatense descuidara el tema del yo y de los mecanismos de defensa. No estoy proponiendo, como es obvio, volver al estado de este tema en los años 50, sino reelaborarlos de acuerdo con los nuevos aportes actuales. R. y R. Zukerfeld, por ejemplo, han buscado reformular las nociones de vulnerabilidad, sostén social, etc. a partir de los conocimientos psicoanalíticos actuales.

Nos hemos referido a los factores que pueden prevenir el desencadenamiento de la enfermedad orgánica. Pero ellos no actúan por igual en las diferentes patologías. Por ejemplo, un estilo de vida agresivo, hiperactivo y controlador, como el que se ve en las personalidades de tipo A, es de mayor riesgo para los trastornos cardiovasculares que para otro tipo de trastornos. Pero volvamos a la pregunta de Ema: ¿podemos afirmar que hubo factores psicosociales – de cualquier tipo – que jugaron un papel en el desencadenamiento de su cáncer? Lamentablemente no tenemos ninguna evidencia conclusiva en ese sentido. ¿Podemos entonces afirmar que no lo jugaron? Tampoco podemos pronunciarnos con certeza, pues la ausencia de evidencia no es evidencia de ausencia. Están en marcha investigaciones dentro del campo de la psicooncología y de la psiconeuroinmunología que tal vez nos den respuesta a estas preguntas. Se ha podido demostrar que ciertas respuestas de estrés se asocian con cambios en el estado inmunitario, en especial en la actividad de las células encargadas de la defensa del organismo. También el soporte social y ciertas formas de psicoterapia han demostrado producir cambios en el nivel inmunitario. Pero aún no se ha logrado diseñar estudios que muestren de qué forma estos fenómenos se traducen en resultados a nivel de los estudios epidemiológicos, por lo cual se impone la cautela. Esta cautela es imprescindible frente al aluvión de nuevos estudios. Ciertas investigaciones recientes, por ejemplo, muestran una mayor longevidad en los psicoanalistas comparados con la población general y con los psiquiatras y neurólogos. Esto podría deberse a que el mayor tiempo de análisis asegura un mejor dominio de las fuentes internas de estrés, lo cual beneficia la respuesta inmunitaria y otros factores de protección, pero el número de variables en juego es demasiado alto como para sacar conclusiones sin nuevos estudios más rigurosos.

Esta línea de investigación, con todo, nos señala un camino que puede resultar fecundo para el psicoanálisis. La investigación actual ha mostrado que la enfermedad orgánica constituye una situación traumática importante. El concepto de estrés hace referencia al modo de respuesta del organismo frente a un sobreesfuerzo –se origine éste en fuentes internas o externas– que le exige poner en juego sus mecanismos de adaptación. El psicoanálisis ha estudiado estos mecanismos desde el ángulo de la psicopatología con el nombre de mecanismos de defensa; a su vez, la psicología cognitiva ha examinado los mecanismos normales de afrontamiento o “*coping*”. Las diferencias entre defensa y afrontamiento y su continuidad o discontinuidad son materia aún de discusión. Pero lo que resulta interesante es que la investigación actual tiende a mostrar que las estrategias de afrontamiento activas, la actitud de aceptación del diagnóstico y el espíritu de lucha (Watson and Greer, 1998) tienden a acompañarse de una sobrevida mayor en el caso del cáncer (otras enfermedades pueden requerir otro tipo de adaptación). Por el contrario, el predominio de mecanismos de tipo pasivo, que

implican una actitud de desamparo y desesperanza, se asocian a una sobrevida menor en el cáncer y a una peor respuesta a los tratamientos. En esta línea de investigación está trabajando en nuestro medio Berta Varela, estudiando los mecanismos de defensa y de afrontamiento en enfermos con cáncer de mama. Sus resultados preliminares tienden a confirmar la presencia de mecanismos de desesperanza y pasividad en las pacientes en las que el laboratorio confirma el diagnóstico de cáncer y también en las que tienen un peor nivel socioeconómico. Es preciso no olvidar que la falta de soporte social puede también contribuir a la enfermedad. Los resultados que encuentra Varela habían sido adelantados por Schmale (Adv. Psychosom. Med., vol 8, 1972) quien había comprobado que era estadísticamente más frecuente hallar un cáncer en pacientes que mostraban, en etapas previas al diagnóstico, actitudes de desesperanza y desamparo. Pero no hay que olvidar que no hay evidencia concluyente que la depresión aumente la morbilidad o mortalidad por cáncer, y que, en cambio, los cuadros depresivos son extremadamente frecuentes una vez instalada la enfermedad.

En forma más específica, los factores psicosociales que he mencionado no apuntan tanto al cuadro depresivo en su conjunto, como a ciertos componentes especiales, que pueden o no estar asociados con la depresión clínica. En este punto puede ser de utilidad recordar la noción de “depresión esencial” de Pierre Marty. Este autor designa con este nombre un tipo especial de estado mental, que no se caracteriza por el conflicto ambivalente en torno al objeto perdido, sino por la ausencia de tono vital y el silencio de los conflictos libidinales, objetales o narcisistas. Esta disminución de la vida pulsional prolonga y agrava los períodos de pensamiento operatorio y es patognomónica de movimientos profundos de desorganización de la vida fantasmática. Atención: desde esta perspectiva las fantasías masoquistas y los autoreproches de Ema, lejos de ser un factor de riesgo psicosomático, significan lo opuesto: un punto de anclaje de su libido que la previene de desorganizaciones mayores. Estamos, pues, en las antípodas de pensar que las fantasías de autodestrucción pueden tener una traducción directa a nivel corporal. Desde el punto de vista terapéutico la actitud aconsejable sería la de intentar reanimar la vida fantasmática para que actúe de colchón protector frente a las desorganizaciones somáticas, y para lograr esto es necesario prestar especial atención a las cualidades del sistema preconiente que facilitan la vida fantasmática.

Desafortunadamente, pese a que la teoría psicosomática de Pierre Marty es una teoría de indudable coherencia y riqueza clínica, no existen estudios que demuestren que el tipo de intervenciones que preconiza modifica la esperanza de vida de los pacientes o la evolución de su enfermedad. Ciertos estudios realizados, que mostrarían que esta forma de psicoterapia logra abatir los costos globales de atención en los pacientes atendidos (lo cual es una medida indirecta del estado de salud) no han sido tampoco concluyentes. En realidad el tema de los estudios de eficiencia es complejo. Diversos estudios han mostrado que las psicoterapias pueden disminuir el gasto global en salud de los pacientes, los días de internación, el ausentismo laboral, etc. El Instituto Psicoanalítico de Berlín realizó investigaciones pioneras en este campo en la década del 30. Pero diversos estudios han mostrado resultados no coincidentes. Es necesario determinar con más claridad qué técnica psicoterapéutica para qué trastorno, en qué paciente y en qué circunstancias. Por tanto, también en este punto se impone la cautela y la espera de nuevas investigaciones. En resumen, volviendo a las hipótesis de Marty, podemos decir que pese a su valor clínico, aún necesitan ser corroboradas en estudios rigurosos. Ciertos conceptos, como el de alexitimia de P. Sifneos, emparentados con la descripción que hace Marty del pensamiento operatorio, se mostraron de utilidad en este

tipo de investigaciones, pero aún son necesarios estudios más amplios del proceso y los resultados terapéuticos.

¿Podemos, entonces, ofrecer algo a Ema en respuesta a su pedido de ayuda? Ciertamente es muy poco o nada lo que podemos ofrecer en términos de prolongar la sobrevida en el estadio avanzado en el que se encuentra su enfermedad. Pero sí podemos hacer algo –que en esos momentos siempre es mucho- en cuanto a la calidad de su sobrevida.

Como dije antes, Ema estaba recibiendo una atención muy adecuada de parte del equipo de cuidados paliativos, y lo que se destacaba en lo manifiesto era el dolor que le producían sus autoreproches por pensar que ella había contribuido a enfermarse. Podía esperarse que la medicación antidepressiva aliviara en algo estos síntomas cuya presentación era de tipo obsesivo y su contenido depresivo. ¿Era adecuado intentar ir más allá y buscar resolver este síntoma por medio de recursos psicoanalíticos clásicos basado en la asociación libre y en la interpretación? Creo que este camino estaba contraindicado. La proximidad de la muerte, y la disminución cognitiva producida por la enfermedad misma y por la medicación, hacían desaconsejable colocar a Ema en un encuadre analítico. Por cierto no era el momento para que su yo debilitado y abrumado por la enfermedad se expusiera a más frustraciones y abriera nuevos frentes con el ello y con el superyó. Freud ya había señalado que el psicoanálisis no está indicado en las situaciones de crisis y la presente lo era en forma paradigmática.

¿Qué podía hacerse, entonces, para aliviar la angustia de Ema? Explicarle que no había razones científicas para pensar que su cáncer había sido culpa suya podía servir al menos para no ratificarle sus pensamientos más dolorosos. Pero había algo más. Al examinar las fuentes de esta angustia podía verse que no se originaba sólo en el miedo a la muerte; a Ema la asustaba también la posibilidad de que aumentara el dolor y la pérdida de la dignidad en los momentos finales. Pero ante estas eventualidades confiaba en la ayuda que podía darle el equipo médico. Lo que le resultaba más difícil de soportar –y esto lo percibí claramente a través de mis propios sentimientos contratransferenciales- era el pensamiento de que su muerte iba a significar la separación con sus hijos. Percibí entonces que Ema estaba mirando la muerte no solo con sus ojos adultos, sino también con los ojos de un niño que pierde a su madre. Esta angustia infantil, sumada al temor adulto a la muerte, le resultaba intolerable. Me pareció entender que esta fuente de angustia alimentaba sus autoreproches y su sentimiento de culpa. De lo que se culpaba, en última instancia no era sólo de lo ocurrido en aquel episodio pretérito sino de algo actual: no se perdonaba el tener que abandonar a sus hijos aún niños.

No hay poder en el mundo que pueda hacer desaparecer este dolor. Sin embargo, algo puede hacerse para mitigarlo. Le prometí a Ema hablar con su familia acerca de la forma de apoyar a sus hijos frente a las etapas futuras. El esposo, abrumado por la situación, necesitaba también apoyo. Un material informativo que le brindé a la familia acerca de cómo comunicarse con los niños frente a la pérdida de los padres lo ayudó a estructurar la situación. Tuve la impresión de que Ema experimentó un alivio en la medida en que sintió una presencia más activa del padre frente a los hijos.

Este tipo de situaciones, que son las que se presentan con frecuencia en las consultas de Psicología Médica, requiere un tipo de intervención en crisis que parta de

un diagnóstico situacional y haga un uso libre de los distintos recursos psicoterapéuticos disponibles. Este uso más libre de distintos recursos requiere establecer cuáles son los criterios que guían este uso.

La intervención realizada no puede ciertamente ser denominada “psicoanálisis”. Pero eso no quiere decir que no tenga interés para el psicoanálisis. Como psicoanalistas podemos aportar mucho a la comprensión de estas intervenciones y también aprender mucho de ellas, siempre y cuando nuestro objetivo no sea el aplicar a toda costa determinados modelos psicoanalíticos, sino buscar el mayor beneficio para el paciente. Nuestra fidelidad no debe dirigirse al psicoanálisis sino al paciente; si cumplimos este segundo compromiso, el primero vendrá por añadidura. Pero mientras por lo común estamos alerta frente a la tentación de imponer al paciente nuestras propias soluciones personales, no es raro que se nos cuele un punto ciego cuando se trata de dejar de lado nuestras teorías psicoanalíticas predilectas.

En cuanto a qué recursos usar en estas intervenciones en crisis y cómo hacerlo, el criterio no puede ser otro que el de guiarnos por los resultados de nuestras intervenciones, evaluándolas críticamente y buscando nuevos caminos cuando sea necesario. Para esto es preciso tener en cuenta que la práctica clínica nos enfrenta a diferentes tipos de preguntas. Cuando buscamos que emerja lo más verdadero de la subjetividad del paciente nos enfrentamos a un problema de naturaleza hermenéutica y tenemos necesidad de un lenguaje metafórico, que a veces conviene dejar abierto a múltiples sentidos. Pero cuando debemos responder a las preguntas relacionadas con los factores que inciden en la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida, debe desarrollar un lenguaje y metodologías que sean compatibles con las de las ciencias de la salud. Como decía hace un tiempo un editorial del Lancet, conviene no decir con números lo que se dice mejor con palabras, ni decir con palabras lo que se expresa mejor con números.

En los últimos años se ha desarrollado, en las ciencias de la salud, un fuerte movimiento hacia una Medicina basada en pruebas o evidencias (Evidence-based Medicine, Sackett et al, 1997) que busca, precisamente, desarrollar metodologías que permitan evaluar el grado de sustento de nuestras hipótesis. La sola evidencia clínica tanto en medicina como en psicoanálisis conduce con frecuencia a posiciones discrepantes y eso hace necesaria la búsqueda de criterios más rigurosos. Esta demanda de evidencias se extendió también al campo de las psicoterapias y en este momento se están discutiendo los criterios que permiten establecer cuáles son las psicoterapias sustentadas empíricamente. No puedo ahora entrar a discutir las ventajas e inconvenientes de este movimiento, ni los refinamientos metodológicos que requiere el campo psicoterapéutico. Estos temas están en la agenda del psicoanálisis y fueron objeto de discusión en el último Congreso psicoanalítico (Niza, 2001).

Si bien puede haber mucho para debatir, hay algo que me parece fuera de discusión. No es posible realizar afirmaciones sobre los factores que pueden afectar la morbilidad, la mortalidad o la calidad de vida apoyados en la sola evidencia clínica o en las múltiples y muchas veces contradictorias teorías metapsicológicas que derivan de ella. Debemos ser muy cuidadosos cuando afirmamos que el paciente puede haber provocado inconscientemente su enfermedad. Si esto no puede demostrarse fehacientemente, el afirmarlo constituye una crueldad hacia el paciente a la vez que una ligereza científica que puede conducir a la malpraxis.

Conviene ver en estas metodologías de evaluación de resultados un aliado y no un enemigo. Muchas psicoterapias han demostrado una eficacia comparable o superior a los psicofármacos en trastornos tales como la depresión o la ansiedad, el estrés postraumático o muchos trastornos de personalidad. El psicoanálisis, cuando se ha prestado a estudios de este tipo, ha demostrado su efectividad, aún cuando la complejidad de sus metas no hacen que las evaluaciones sean fáciles.

Si bien la evaluación de la acción del psicoanálisis y de las psicoterapias en términos de morbilidad y mortalidad es aún una tarea a largo plazo, existe una variable más próxima, la calidad de vida relacionada con la salud, que reviste una particular importancia teórica y práctica. Teórica, porque da expresión a una concepción biopsicosocial de la salud y la enfermedad, tomando en cuenta la subjetividad del paciente, sus valores y su sentido de la vida. Práctica, porque apunta a determinar las consecuencias de las decisiones terapéuticas en términos de cambios en la vida cotidiana de los pacientes, haciendo, de ese modo, de puente con la metodología empleada habitualmente para evaluar los resultados del psicoanálisis y las psicoterapias.

En suma: para el diálogo del psicoanálisis con las ciencias de la salud, el problema de los criterios de evidencia o de prueba debe colocarse al comienzo en la agenda de las conversaciones. Esto requiere traducir nuestras hipótesis en un lenguaje que pueda ser compatible. La metapsicología no puede convertirse en un lenguaje hermético y autosuficiente, de difícil de traducir en términos clínicos, y más difícil aún de operacionalizar y de servir para el intercambio con otras disciplinas.

¿Cuál es el lugar del inconsciente en este diálogo? En primer lugar, es necesario señalar aquello que por el momento no podemos asegurar de un trabajo psicoanalítico sobre el inconsciente reprimido. No podemos afirmar que disminuirá la morbilidad ni la mortalidad, esto es, que protegerá de enfermar o de morir. Podemos esperar en lo íntimo que nuevos estudios lo demuestren, pero no podemos prometer lo que no sabemos.

Otros campos, en cambio, están más próximos. Ya señalé algunos de ellos, como ser el estudio los aspectos inconscientes del yo y el papel de los mecanismos de defensa y su papel en los procesos de adaptación. Mencioné también la conveniencia de operacionalizar hipótesis como las de P. Marty que ofrecen sugerencias valiosas sobre los factores de protección frente a los estresantes tanto internos como externos. El psicoanálisis también puede aportar a los estudios de calidad de vida la complejidad su comprensión sobre la vida psíquica humana, por ejemplo, en los aspectos relacionados con la agresividad primaria. Para continuar mencionando solo los campos trabajados en nuestro medio, quisiera señalar los estudios de M. Altman y S. Gril sobre la relación entre el apego y el intercambio verbal durante las intervenciones terapéuticas en la relación madre bebé. El apego abre a su vez múltiples caminos a la investigación. Estudios recientes, por ejemplo, muestran que existen relaciones entre las pautas de apego, la no adhesión al tratamiento y las complicaciones de la diabetes (Ciechanowski et al. *Am J Psychiatry*, 158, 2001). Los ejemplos podrían multiplicarse; lo que todos ellos señalan es un camino que pasa por la búsqueda de puentes que hagan posible el abordaje de los problemas desde múltiples metodologías.

Quisiera, para concluir, volver al título de esta conferencia. Un cuerpo único, pero complejo implica un cuerpo cuyo mapa es construido por múltiples disciplinas.

Cada una de estas disciplinas, el psicoanálisis incluido, es conciente que su mapa es parcial y fragmentario y que vale dentro de los límites de su método, pero también sabe que cada uno de estos mapas ofrece indicaciones preciosas que pueden orientar la búsqueda de las demás, pues todos ellos se refieren al mismo cuerpo real.

mayo de 2002