

Artículo de revisión

*Un Rastreo por la Teoría de la Enfermedad Única

**Roberto Zaldúa

Resumen

En la historia del pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, en esa exploración sobre por qué nos enfermamos, para qué nos enfermamos, hay una idea, una posibilidad que fascinó a distintos estudiosos.

Eso, tan cautivante, podría formularse así: “¿no será que los seres humanos nos enfermamos por una razón que es anterior, primaria con respecto a los virus, a las comidas que nos caen mal, a la pequeña caída que terminó en fractura?”.

¿Qué había en vos, en mí, en cada uno de nosotros antes de enfermarnos? ¿Qué nos predispuso a enfermarnos? ¿Cuál es la causa última de la enfermedad sobre la que innumerables tratados de patologías, higiénicamente compartimentados, no ofrecen pistas?

Nosologías a las que, benévolo, Marañón llamó “artilugios pedagógicos”. Espejitos y espejismos que ilusionan al desprevenido médico cuando ve que se positiviza una placa de Petri, pero nada dicen sobre el fondo de la cuestión.

Pues bien, sobre tan misteriosa raíz, sobre esta etiología-madre de la que ramifican los vistosos e interminables cuadros clínicos, muchos fueron los que quemaron sus pestañas, entre ellos Samuel Hahnemann y Enrique Pichon-Rivière. Esta colaboración trata acerca de la manera en que esos hombres escarbaron aquella raíz. También deseo mostrar cómo pudieron entrecruzarse sus caminos.

Abstract

In the history of our thoughts about health and sickness, in that exploration of why and what for we get sick, there is an idea, a possibility that fascinated various studios. This so captivating could be formulated like this: “Could it be that us

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad única,
Conducta humana,
Enfermedad mental,
Depresión del desarrollo,
Constituyente genotípico,
Constituyente fenotípico.

*Publicado originalmente en la revista Homeopatía, órgano oficial de la Asociación Médica Homeopática Argentina. 2014, volumen 79, número 4; páginas 237-245.

**Docente adscrito a la Asociación Médica Homeopática Argentina.

KEYWORDS:

Only sickness, Human Conduct, Mental Sickness, Depression of the development, Genotype Constitutionalized, Fenotype constitutionalized.

human beings we fall into sickness for a reason that is first or primary regarding the virus, the food which is not good for us or the fall that finished with a fracture. What was in you, in me, in each one of us that led to our sickness? What made us predetermined to get sick? Which is the last cause of the sickness where a large amount of studies of different pathologies, hygienically divided, do not offer clues?

Nosologies in which Marañón kindly called "artilugios pedagógicos". Mirror and illuminations that blind the carefree doctor cuando he sees that the Petri plaque positivizes but nothing is mentioned regarding the the bottom of the issue.

Well, regarding the mother ethiological of the ramification of the virtues and never ending clinical cases, many were the ones that burnt their eye lashes, including Samuel Hahnemann. This collaboration is about the way in which these men dug deep into the roots. Also I would like to show how their paths could cross over their paths.

- ¿Tuvo de niño alguna tristeza?
- La tristeza me acompañó toda la vida, acaso por eso no recuerdo ninguna tristeza especial de mi niñez.
- ¿A qué se debe?
- En una primera época sentía la tristeza como algo presente, fijo, lastimándome siempre y sin saber el motivo real. Y desde entonces no he hecho otra cosa que estudiar para poder revelar algo de mi propio misterio.
- ¿Y ahora sabe de su tristeza?
- Lo suficiente para comprender que, más allá de mis intentos, nunca me abandonará. Esa primera tristeza tuvo origen en la situación familiar, en las características del segundo matrimonio de mi padre, de ser yo el único medio hermano de los seis... Primero, lo intuí; después, conocía la causa.
- Pero, cuando la intuición dejó lugar al conocimiento, ¿ese estado de tristeza no fue superado?
- No, ya era tarde. La tristeza me había marcado para siempre.

De *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*, de Vicente Zito Lema.

Recorridos

Ambos sabios, Samuel Hahnemann y Enrique Pichon-Rivière, nacieron a pocos kilómetros de distancia, pero vivieron en siglos, en continentes y en contextos socioculturales distintos. Sin embargo, cada uno a su manera se metió con el alma humana y recorrió en forma parecida sus propias historias personales.

Repasemos los rasgos destacados de sus vidas, más que nada aquellos que me animan a presentarlos juntos. Samuel Hahnemann nació en Meissen, una pequeña ciudad alemana, en 1755. Curioso y abierto desde niño, estudió varios idiomas y conoció obras de remotos autores.

A pesar de la hecatombe económica de su familia, Hahnemann se sobrepone a los infortunios y consigue ser respaldado por el rey para completar sus estudios medios. Aun así, en aquella real, reservada para los hijos de los nobles, Hahnemann debió soportar dos choques emocionales que lo perturbaron: la nostalgia por estar lejos de sus seres queridos y el rechazo de sus compañeros.

Resiliente, esa situación lo metió de cabeza en sus libros y lo ayudó a madurar su vocación de médico:

“Leeré a todos los autores, desde Hipócrates hasta los más recientes, y el diablo sea conmigo si no reúno en mi pensamiento la síntesis del saber para ser un gran médico que triunfe sobre la muerte.”

Desde su vehemencia, con esto de “la síntesis del saber”, ¿no avizora la concepción miasmática de las enfermedades mientras echa las bases de su indoblegable unicismo? Porque... ¿Qué pasaba con la medicina de su tiempo?

Todo era irracional y dirigido por la magia. Los procedimientos “terapéuticos” eran mezcolanzas de sustancias supuestamente beneficiosas que arribaban daño antes que cosas buenas al pobre paciente padeciente.

“Es para mí un suplicio el marchar siempre en la oscuridad. Tenía que tratar enfermos y prescribir de acuerdo a tal o cual hipótesis, cosas colocadas en la materia médica arbitrariamente.”

Así se lamentaba Hahnemann en 1808. Más aún: “se me hacía un cargo de conciencia el tratar los estados morbosos desconocidos de mis hermanos dolientes con estos medicamentos también desconocidos que, en su cualidad de sustancias muy activas, pueden hacer pasar de la vida a la muerte o producir afecciones nuevas y males crónicos, frecuentemente más difíciles de curar que la enfermedad primitiva”.

A su tiempo, la enfermedad mental era entendida como un íncubo que asaltaba al desgraciado y le colonizaba el cerebro.

Con este panorama, concluye en su ensayo *Esculapio en la balanza*: “después de haber reconocido la debilidad y los errores de mis maestros y de mis libros, caí en un estado de indignación melancólica. Me hallaba inclinado a creer que todo el arte se reducía a nada y que no había medio de perfeccionarlo. Me abandonaba a mis reflexiones solitarias y resolví no ponerles término hasta haber tomado un partido decisivo”.

Lo que siguió es historia conocida. Este alemán descontento y obstinado se sacude las telarañas y toma por el camino del **desaprender**. Jerarquizará sólo los síntomas, esas “perturbaciones o desviaciones que siente el paciente mismo, que señalan o destacan quienes lo rodean y que el médico observa” (notemos cómo ubica al ser humano ante la mirada de los otros: su grupo familiar, su médico). Síntomas que, sigue Hahnemann, “son la imagen exterior que expresa la esencia interior de la enfermedad, es decir, de la energía vital afectada”.

Nos acercamos a los cimientos de la doctrina homeopática: “la que primero es desarreglada por la influencia dinámica de un agente patógeno hostil a la vida es la energía vital o fuerza vital”. Más adelante, en otro orden, caracterizará a ese desequilibrio como de naturaleza inmaterial y alertará sobre el profundo significado de las noxas emocionales.

Es de los primeros en advertir que muchas personas “no quedan bien” después de una pérdida y, por eso, están expuestas al acecho de la tristeza y tantos otros sentimientos. Nace la **biopatografía**.

Estoy pensando en esas frases que escuchamos en el consultorio:

–Ya pasaron 22 años desde la muerte de mi mamá. Para mí, es como si fuera hoy.

–Desde que me echaron de la fábrica soy un *zombie*.

–¡Todos los días trago el mismo veneno! ¿Cómo quiere que no me ulcere?

Estas formulaciones (que mueven los rápidos dedos del homeópata hacia la página 91 del *Repertorio* de Kent) nos presentan una bisagra en la historia personal del paciente, una circunstancia desequilibrante, aquel quiebre del orden vital que habrá que colaborar a restablecer para que fluya, nuevamente, soberana, la fuerza de la vida.

César Vallejo, con el alma del poeta, lo dice así:

Hay golpes en la vida tan fuertes... ¡Yo no sé!
Golpes como del odio de Dios; como si, ante ellos,
La resaca de todo lo sufrido
Se empozara en el alma... ¡Yo no sé!

Son pocos; pero son... Abren zanjas oscuras
En el rostro más fiero y en la loma más fuerte.
Serán, tal vez, los potros de bárbaros Atilas;
O los heraldos negros que nos manda la Muerte.

Son las caídas hondas de los Cristos del alma
De alguna fe adorable que el Destino blasfema.
Esos golpes sangrientos son las crepitaciones
De algún pan que en la puerta del horno se nos quema.

¿Y el hombre? ¡Pobre... pobre! Vuelve los ojos, como
Cuando por sobre el hombro nos llama una palmada;
Vuelve los ojos locos, y todo lo vivido
Se empoza, como un charco de culpa, en la mirada.

Hay golpes en la vida, tan fuertes... ¡Yo no sé!

De estos golpes y sus cimbronazos supo mucho el doctor Enrique Pichon-Rivière.

Andariego

Como Hahnemann, Pichon-Rivière dedicó sus afa- nes a escudriñar el motor de la conducta humana.

“Podría decir que mi tarea a lo largo de la vida ha sido la búsqueda de la estructura y el sentido de la conducta humana”, resumiría Pichon-Rivière.

Pichon-Rivière nació en Ginebra, en 1907, por una cuestión accidental. Sus padres eran franceses. Vivió en Francia hasta los tres años. Luego, aparece aumentado, ¿crecido? Amuchado en la cubierta del vapor, como tantos.

Su infancia transcurre entre las provincias del Chaco y de Corrientes, en plena selva subtropical. Él nunca entendió por qué su padre —un floreciente industrial textil de Lyon— tomó el camino de venir a pintar algodón y tabaco a un lugar amenazado por los malones, en donde se fundió, financieramente hablando.

Pichon-Rivière también se fundió. Pero con la **cultura del lugar**. Esa experiencia infantil, el entremezclarse en el mundo campesino, su temprana inserción en el proceso productivo (como niño que trabaja la tierra), sus sucesivas circunstancias de migración (porque se muda de Europa al Chaco, del Chaco a Corrientes, de Corrientes a Rosario y de Rosario a Buenos Aires) le abrirán las condiciones para identificarse con el inmigrante y con el hombre del interior, con quienes se reencontraría, ya psiquiatra, en el Hospicio de Las Mercedes (hoy conocido como Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”) entre 1938 y 1947. Porque, si bien se mira, el manicomio está habitado en buena medida por inmigrantes y provincianos argentinos (migrantes seriales) que han pasado una y mil veces por la experiencia del desarraigo.

Todo esto despierta en el médico psiquiatra Enrique Pichon-Rivière el deseo de investigar el fenómeno de la transculturación. El significado, en la conducta de los internados, de la pérdida del lugar de origen, vivido como un severo ataque a la identidad (“Pago donde nací...”, nos recuerda la zamba; “es la mejor querencia”).

En ellos, en los arrumbados del “José Tiburcio Borda”, fue descubriendo y describiendo los dos miedos básicos que anidan en la conducta: el miedo a la pérdida y el miedo al ataque, miedos que se asoman tras situaciones de privación de aquello que sostenía una identidad. Y las nuevas exigencias adaptativas (y la vida te presenta una en cada esquina) encontrarán desinstrumentada a la persona.

Dos observaciones recoge Pichon-Rivière en el privilegiado rol del Servicio de Admisión del

“Borda”. La primera: “logró establecer el 60 por ciento de los internados, había un total de 3,500, tenía un retardo especial que no estaba relacionado con lesiones orgánicas. Era producto de retardos afectivos, denominados ‘oligotimias’ para diferenciarlos de las oligofrenias, originadas en alteraciones nerviosas.

“Este descubrimiento me hizo ver la importancia de detectar a los oligotímicos, aquellos que sufrían de trastornos de los vínculos afectivos, ya que ellos eran susceptibles de ser re-educados (o, mejor dicho, educados) ‘para el aprendizaje y la comunicación’.”

La otra observación también es sutil. Al recibir al paciente, al admitirlo en el Hospicio, Pichon-Rivière tenía la oportunidad de asistir al ataque, el momento de eclosión de la crisis, cuando la familia era incapaz de contenerlo, y, por eso, lo llevaban al manicomio.

La ausencia o presencia del grupo familiar decía mucho para quien estuviera interesado en descifrar. Pichon-Rivière afirma que el desborde, la urgencia psiquiátrica, nos ponen por delante a un grupo familiar en crisis. Sobre ese fondo, se recorta la figura del brotado, quien “alcahuetea” el drama de la casa.

Como ustedes ven, estas percepciones alimentan una **concepción del sujeto** y una construcción acerca de la conducta humana. Por eso, Pichon-Rivière se va deslizando desde la psiquiatría (puntualmente, desde el psicoanálisis) hacia la psicología social, en su afán de encontrar enfoques que mejor abarquen y comprendan al sujeto.

Ahora bien... ¿Cuál es, entonces, la concepción de sujeto para Pichon-Rivière?

Aproximados

Él sostiene que el “sujeto” lo es (es decir, **es** “sujeto”) porque está sujetado. ¿Sujetado en qué? ¿Sujetado a qué? Sujetado en un contexto vincular. Sujetado por otros. Por otros sujetos, semejantes, al mismo tiempo sujetados por él.

Este sujeto, cada sujeto, cada uno de nosotros está más o menos integrado y organizado en un funcionamiento vincular. Somos sujetos sujetados por los vínculos que establecemos.

La conducta reflejará el modo como el sujeto puede estar sujetado en este momento y en este lugar. Pero, ¿por qué el sujeto necesita vincularse? Necesita vincularse porque el sujeto es un sujeto de necesidad.

Desde el vamos, desde el mismo momento de nacer (en que se rompe esa unidad simbiótica con su mamá), el sujeto empieza a percibir necesidades. Necesidades que, a lo largo de su vida, se complejizarán y estarán permanentemente motorizando una conducta. La que sea, aquí y ahora.

Una conducta que Pichon-Rivière definiría como “el conjunto de operaciones materiales y simbólicas por las que un sujeto en situación tiende a resolver sus contradicciones internas, en una relación permanente de modificación recíproca con el contexto”.

Demos un ejemplo. El llanto. Tal vez es la primera conducta de un ser humano. Escuchamos a Ana Quiroga: “el llanto es el elemento visible de un sistema complejo que incluye reacciones metabólicas, movimientos viscerales, tensiones musculares, articulación de circuitos neuronales, estímulos y órdenes recogidos, transformados y transmitidos por el sistema nervioso, procesos físico-químicos, una primitiva actividad ideatoria, representacional, que permita asociar la tensión displacentera del registro de la necesidad, la descarga motora del llanto y la presencia de esa constelación en sensaciones gratificantes que implica el contacto con la madre, un proceso comunicacional, un llamado. Todo esto forma de esa totalidad orgánica, de ese sistema al que denominamos conducta”.

Desde el bebé que llora reclamando lo que necesita, la vida del ser humano es satisfacer permanentemente la necesidad. “El que no llora...”, ahora es el tango el que sentencia. Pero la necesidad no se satisface sin la asistencia del otro, del prójimo. De modo que el vínculo está inmediatamente allí.

“La necesidad –define Pichon-Rivière– es el fundamento motivacional del vínculo”. Por eso, para él, el síntoma principal de la locura es la soledad.

Necesitados

Sentados estos elementos, es hora de repasar los constituyentes básicos de la Teoría de la enfermedad única (TEU). Será agradable y enriquecedor leer los

próximos renglones teniendo en mente nuestra teoría de los miasmas.

Pichon-Rivière, como decíamos al principio, se siente atraído por la posible existencia de un núcleo único, desde el cual se desarrollarían las distintas formas de enfermedad mental.

En el siglo XIX, en el campo exclusivo de la salud psíquica, el suizo Griessinger apuntaba la idea de que un núcleo “madre” disparaba las diversas neurosis, psicosis y psicopatías. Ese núcleo, para él, era de carácter orgánico, “cerebral”.

Pichon-Rivière retoma esa hipótesis pero, ahora, enriquecido con el aporte inconmensurable de Sigmund Freud y de la escuela inglesa (hablamos de Melanie Klein). Sumando interpretaciones que son de su propia cosecha, en un ida y vuelta dinámico entre teoría y práctica, Pichon-Rivière propone que ese núcleo patogenético sería la depresión.

La idea central es que el sujeto, que ya entrevimos como “sujeto de necesidad”, pasa, a lo largo de toda su vida por situaciones de carencia, de pérdida, y esto lo convoca a elaborar duelos o micro-duelos permanentemente. La mayor o menor eficacia para la elaboración de ese dolor condiciona conductas más o menos sanas (entendemos que no hay un “tapial” entre la salud y la enfermedad).

En general, hablamos de un proceso más saludable cuando el sujeto logra una adaptación activa a esa realidad que le toca vivir, tratando de modificarse y de modificar su contexto, su alrededor, en un intercambio fluido.

Por el contrario, si predomina otro tipo de intercambio, rígido, estereotipado, sin variaciones, estaremos en presencia de un sujeto que procesa sus pérdidas de modo menos saludable, ya que apela a técnicas que si en algún momento de su desarrollo pudieron serle útiles para sortear situaciones de carencia, en este aquí y ahora ya no le sirven.

Ahora bien: para comprender mejor aquello de que el núcleo patogenético es de naturaleza depresiva, conviene hacer un paseo por el proceso de maduración y desarrollo de la psiquis, siempre de la mano de Pichon-Rivière. Él plantea que el sujeto vive, en el mismo momento de nacer, una situación signada por la pérdida y el ataque.

Porque, ¿cómo era la vida de ese ser humano en la panza de su mamá? Lo más parecido al pa-

raíso terrenal. No existe la necesidad, prácticamente. Hay un suministro automático y continuo de aquello que complementa a ese ser, hay una configuración estable de sensaciones.

Nadamos durante nueve meses en un líquido tibiecito, sin conocer despertadores ni teléfonos. Cuando nacemos, le abrimos la puerta a la necesidad. Pichon-Rivière llama a esta situación “protodepresión”.

Ocurre que lo primero que nos pasa al nacer es **necesitar**. Antes mismo de respirar, de cambiar la pasiva “respiración” placentaria por la activa respiración pulmonar, necesitamos, **necesitamos** respirar. Rudimentariamente, primitivamente, nos marca el displacer. Para siempre.

Aunque no podamos hablar de psiquismo, esta primera impresión queda tatuada como la primera pérdida y, ahí nomás, al toque, la masiva estimulación, la vertiginosa sucesión de sensaciones, se instalan como la primera experiencia de ataque, la primera experiencia persecutoria.

Tenemos, entonces, que pocos segundos después de nacer ya entendemos, al menos básicamente, qué es perder y qué es ser atacado. Y el niño queda en un estado confusional e inhibido como para poner en juego alguna conducta adaptativa, en esos momentos.

Como consecuencia del “párate”, es decir, de esta circunstancia de “paralización”, de inhibición, de haber elevado el umbral de excitabilidad (para frenar un poco el bombardeo de tantos estímulos: luz, aire, voces, tirones, que son ínsitos al parto), como consecuencia de este “pido gancho”, Pichon-Rivière propone que el bebé ingresa en la posición patoplástica (también llamada instrumental).

Una digresión: cuando hablamos de “posiciones” y de lo que experimenta el sujeto en estos primeros tramos de la vida, lo hacemos tentando una teoría. Ningún bebé ha relatado la inquietud inaugural pero el proceso que sigue después, a lo largo de los años, cuando ya existe una maduración, una organización psíquica y el desarrollo de su conducta, todo eso nos hace pensar que siempre está operando la experiencia del nacimiento, vivida como la primera situación de pérdida y ataque.

Habíamos señalado que, tras la **protodepresión**, el sujeto ingresa en la **posición patoplástica o instrumental**. En ella, aun groseramente, se pone

en juego algún mecanismo, algún instrumento que sirva para comprender, al menos “en bulto”, la realidad.

Melanie Klein dice que el bebé logra **escindir** el objeto. Construir una imagen primitiva de “objeto bueno” y “objeto malo”. Como puede, separa los tantos.

Queda claro que cuando se habla de “objeto” no se trata de “cosas”, sino de la “realidad”, “lo que está ‘puesto’, ‘colocado’ delante del sujeto (*objectum*)”. Fundamentalmente, los otros, y en el bebé, prácticamente, su mamá. Estos objetos (objeto bueno-objeto malo) podrán ser depositados en diferentes áreas de manifestación de la conducta y configurar, así, tipos distintos.

Por eso, esta posición es patoplástica ya que en ella existe una dis-posición plástica, aquello capaz de fundar distintas estructuras de carácter o distintos cuadros patológicos. Por ejemplo: un sujeto que deposite en el cuerpo el objeto malo (es decir, el conflicto está cifrado en un código somático) quedará con disposición para presentar una conducta histeroide (como estructura de carácter) o, más profundamente, una personalidad histérica (como cuadro patológico). Pero, en otro caso, un sujeto que deposita en el mundo externo el objeto malo, persecutorio, tendrá, ahora, una disposición para la paranoia o las fobias (esta disposición, observemos, queda emparentada, al menos parcialmente, con nuestra idea de miasma).

Hacia el sexto mes el sujeto deja la posición instrumental para experimentar una nueva depresión: **la depresión del desarrollo**. Gracias a la maduración neuropsicológica el bebé de seis, siete, ocho meses logra integrar el objeto.

¿Qué significa esto? Que culmina esa tajante diferenciación de objetos malos y buenos (los primeros vividos como terriblemente, persecutorios y los buenos idealizados como garantía de supervivencia), para pasar, antes bien, a la experiencia del objeto totalizado.

En adelante, la di-valencia (amor al objeto “bueno” y odio al objeto “malo”) dejará su lugar a la ambi-valencia. De aquí en más, estarán presentes el amor y el odio con relación a cada uno de los objetos. Y el sujeto también experimentará el amor y el odio provenientes del objeto y dirigidos hacia él.

Queda confirmado, según Pichon-Rivière, el vínculo a cuatro vías: sentimientos de amor y odio, al mismo tiempo, por parte del sujeto hacia el otro,

y sentimientos de amor y odio, al mismo tiempo, por parte del otro hacia el sujeto.

Esta depresión del desarrollo, a los siete u ocho meses de vida del niño, dejará “instalados”, según este modelo de sentimientos o, mejor dicho, las condiciones para sentir pena, abandono, tristeza, ansiedad de conciencia, compasividad, aversión a ser tocado y tantos otros.

Por ejemplo, la culpa o ansiedad de conciencia se establecería ante la sensación de haber dañado al objeto fuente de vida (en el período en el que el objeto permanecía “escindido”).

Frente a esta depresión del desarrollo, frente a esta experiencia en la que aparecen co-existiendo en el sujeto las tendencias opuestas de amor y odio, el bebé se inhibe, se “deprime” en procura de preservar al objeto, de sus sentimientos agresivos (de odio).

Este modelo infantil, especialmente referido al vínculo entre el bebé y la mamá, es un modelo que reaparecerá permanentemente en la vida adulta.

Partimos del supuesto de que aquellas conductas que desarrollamos en la vida adulta (algunas más cercanas a la salud, y otras a la enfermedad) reproducen, reviven un modelo que se construyó en las primeras experiencias del sujeto. “Nunca nos alejamos demasiado de la infancia”, decía Pichon-Rivière.

Y así, es frecuente ver cómo adultos, en situaciones críticas, confusionales de la vida, escinden a los objetos, hiperexaltando cualidades o sobredimensionando defectos o limitaciones.

En resumen, hay algo en las conductas primeras que prefigura lo que vendrá, que “anuncia” buena parte de la personalidad del sujeto.

Este es el modelo que Pichon-Rivière pone ante nosotros. En esta construcción, la posibilidad de preservar y reparar el objeto señala el camino de la salud. De lo contrario, nos acercamos a la enfermedad.

Si el bebé (y, más tarde, el niño mayor y el adulto) crece y madura con la capacidad de desarrollar técnicas instrumentales que preservan y reparan el objeto estamos ante una conducta más sana. Si no, si recurre, regresivamente, a mecanismos defensivos, propios de la posición patoplástica, asistimos

a un estancamiento, a una conducta menos sana. A tropezar dos y más veces con la misma piedra.

Dicho una vez más: completado aquel momento evolutivo que Pichon-Rivière llamó “depresión del desarrollo” tendremos una configuración tal que dispone a ese pequeño sujeto que aún no gatea a un desarrollo más o menos patológico, a una estructura de personalidad e, incluso, a una u otra forma de enfermarse.

Este concepto de disposición orilla nuestra idea de miasma.

Y la maduración continuará. Pero podrá haber “regresos” a ese punto disposicional en los momentos críticos de la vida. Es decir, el sujeto puede regresar, cuando está frente a una pérdida, a ese punto disposicional.

Por eso, las situaciones de pérdida (lo que Hahnemann llamaba “noxas emocionales”, y César Vallejo “los golpes de la vida”) ponen al sujeto en una situación depresiva que Pichon-Rivière denomina “depresión desencadenante”. ¿Desencadenante de qué? Desencadenante de “regreso” a aquel punto disposicional.

Y aquí, el sujeto, si ha tenido durante su vida un desarrollo más o menos normal, elabora el dolor y continúa. Pero, en cambio, si ese desarrollo ha sido traumático, patológico, entonces, frente a una situación de pérdida, no logra el sujeto realizar una elaboración afortunada. El resultado será un tipo de patología acorde con el punto disposicional de cada personalidad.

Este es el ABC de la Teoría de la Enfermedad Única.

Tal vez conviene agregar que este proceso de maduración y desarrollo sobre el que se asienta la conducta de cada sujeto es posible gracias a la combinación del caudal constitucional, el disposicional y, por otra parte, las vicisitudes de la vida, que puedan propiciar la enfermedad por articularse con las anteriores.

Se trata del concepto de series complementarias, con el que Freud resolvió la estéril cuestión de lo exógeno vs. lo endógeno (antiguo dilema que trataba de explicar la causa de la enfermedad de manera reduccionista).

Pichon-Rivière suscribe, por supuesto, a aquella formulación: la enfermedad como producto de una ecuación etiológica. Pero introduce observaciones propias en cuanto a la génesis del factor constitucional.

Distingue en éste a dos constituyentes: a) lo genotípico y b) lo fenotípico adquirido en la vida intrauterina (“adquirido” por influencia del medio exterior, que interactúa y modifica la fórmula hereditaria).

Es sus palabras: “el feto sufre la influencia del medio social aun en el aparente resguardo de la vida intrauterina, por razón de las modificaciones del medio materno.

Tienen que ver las distintas alternativas de la relación de sus padres, la presencia o ausencia del papá, los conflictos del grupo familiar, sus vicisitudes de orden económico, las situaciones de peligro individual o social”.

Como ustedes advierten, ya desde el vientre de la mamá, el sujeto es comprendido como emergente de un contexto vincular. Y, como vimos, todo lo que allí le acontezca tendrá resonancia en las diversas circunstancias de su vida posterior.

Por último, este recorrido “a vuelo de pájaro” sobre la vida y el pensamiento de Enrique Pichon-Rivière nos ofrece una mirada comprensiva sobre el ser humano como “sujeto en situación”. Un sujeto que necesita “recuperar el objeto” para “sentirse bien”, para “estar bien”. Este propósito no es lejano a la recuperación del encuentro consigo mismo, con sus semejantes y con los valores esenciales de la vida. O sea, homeopáticamente hablando, la armonía o equilibrio de su energía vital.

Paschero observaba: “curar la disposición miasmática que determina la estructura y el desarrollo de la personalidad caracterológica de cada paciente”. Y agregaba: “experimentamos la vida y estructuramos nuestra personalidad de un modo ya determinado por nuestra historia. El proceso de maduración o adaptación a la realidad, que el enfermo protagoniza a través de su relato, revela un básico conflicto de persona escindida que enfrenta su situación actual fijado efectivamente a pautas de conducta, sentimientos y emociones fraguados en la infancia”.

REFERENCIAS

1. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 1: una nueva problemática para la psiquiatría. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 13-31.
2. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 1: grupos operativos y enfermedad única. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 121-139.
3. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 1: una teoría de la enfermedad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 173-184.
4. Pichon-Rivière E. Del psicoanálisis a la psicología social, vol. 2: neurosis y psicosis. Una teoría de la enfermedad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985. p. 354-365.
5. Paschero TP. Homeopatía. Buenos Aires: El Ateneo; 1991.