

Pontificia Universidad Javeriana

Grupo de lectura: filosofía del dolor

Director: profesor Luis Fernando Cardona

Libro: Patosofía de Viktor Von Weizsäcker.

Relatora: Alicia Natali Chamorro Muñoz

Apartado reseñado: Proyecto para una teoría especial de la enfermedad segunda parte. (2005,186-203).

A partir del camino recorrido ahora es posible para el autor construir una patología especial de la enfermedad. Esta patología especial parte de una nueva comprensión particularísima de lo enfermo, que asume como postulado una visión amplia de la enfermedad no reductiva ni a los órganos ni al cuerpo, es decir, se puede estar enfermo del espíritu, de la cultura e incluso pueden existir enfermedades sociales. De acuerdo con lo anterior, podemos postular dos ideas centrales: “1- que no sólo se enferma el cuerpo humano sino cualquier esfera de la vida y 2- que cada enfermedad es una originalidad casuística” (2005,187).

Así, lo primero que se debe eliminar es la diferencia entre normal y anormal. Estos dos conceptos no permiten captar las interrelaciones que implica a nivel particular lo patológico y, peor aún, termina en un círculo vicioso entre lo que sería lo ideal y los casos existentes, “lo único totalmente cierto es lo siguiente: que no se puede ignorar ni el caso concreto ni la pretensión absoluta” (2005,187). Por eso se necesita una nueva teoría especial de la enfermedad, pero ¿Qué significa lo especial de una patología especial? Para el autor resulta fundamental entender esta particularidad que encierra el sentido de lo especial, fundamentalmente porque permite ver como en cada enfermedad se da lo no común, lo desconocido. En este sentido, la patología se relaciona con lo oculto que se puede manifestar en lo simbólico. Asumir la simbología del mundo implica tomar la responsabilidad de ser médico y de mediar la tragedia de la enfermedad de otra manera, pues no porque exista lo oculto se debe negar la opción de la cura o caer en el nihilismo; antes bien, estar ante lo oculto como símbolo debe conducir a una perspectiva optimista del médico y del sentido de la curación: “en la patología siempre hay algo oculto detrás de cada cosa, y en esto son iguales todas las enfermedades”, más adelante afirma el autor que al tomar seriamente esto oculto es que se entiende “que también todas las enfermedades pueden considerarse como transformaciones” (2005,188). A partir de lo anterior, la biografía parece ser un método que puede responder a esta particular comprensión de la enfermedad. Ahora bien, la comprensión de la biografía se centra fundamentalmente en dos preguntas dirigidas a lo circunstancial y al sentido: ¿por qué precisamente ahora? ¿por qué precisamente aquí?

Como veremos este deseo de *situacionalidad* que da la biografía es la forma privilegiada con que podemos asumir la complejidad simbólica y oculta de la enfermedad. Es importante tener en cuenta es su diferenciación con el psicoanálisis; pues, podría pensarse que la biográfica es un método menor o una forma de psicoanálisis. Desde ahora es bueno aclarar que este no es el caso. Aunque pueden tener puntos comunes no son lo mismo y el centro de la discusión es encontrar el lugar propio de la biografía, superando la inferioridad o subordinación del que puede ser acusada.

1. Los fundamentos de la biográfica como exploración, método y transformación de la curación:

Parece que a la biografía se accede a partir de la conversación y, sin lugar a duda, la conversación es un aspecto tradicional en la relación entre médico y paciente. Pero, asaltan dos dudas: ¿Qué aspectos influyen en la enfermedad y en la conversación?, ¿Cómo las características particulares influyen en la enfermedad? La exploración como un buen tacto entre médico y paciente permitiría entender cómo las diferentes particularidades de “clase, tipo y situación” contribuyen a originar la enfermedad. La relación de médico y paciente es importante tanto en el caso de operar, de recetar o de hacer una terapia psicológica, tanto así que toda relación de cura implica una psicoterapia y, por ende, es importante la transferencia. Se sabe de la psicología que el momento de la transferencia es fundamental en el proceso de terapeuta y paciente para poder descubrir la enfermedad a partir de verla proyectada. Para el autor, la transferencia en la curación médica llevaría a una especie de comprensión de cómo dentro de la cura está la enfermedad y, por ende, la conversación y el encuentro en la consulta es parte de la patología misma.

Pero ¿qué debemos acentuar en el encuentro? Hablemos del horizonte de las preguntas que se dan dentro del consultorio, seguro existen las determinadas por la dolencia que, como forma de coordenadas, procuran ubicar las dolencias del enfermo ante la experticia lectora del médico. Ahora bien, teniendo en cuenta la ampliación del concepto de enfermedad, resulta necesario ampliar el horizonte de las preguntas y respuestas. Esta anchura del horizonte podría pensarse incluso como caos o locura, si es un horizonte que se amplía, podría ser imposible de abarcar, pues cuáles son las preguntas suficientes si ya no nos dedicamos sólo al rastreo del órgano adolorido, como quien camina hacia el horizonte la gran duda es cuándo parar.

Por lo tanto, se necesita hacer una cierta selección y dejar de lado aquello que parece no tener un efecto real sobre la patología; empero, como decíamos anteriormente, el dilema es el del ocultamiento, parece que la selección depende más de una disposición: “la excepción, seriamente considerada, puede decir más que la regla. Oscilamos otra vez entre observación casuística y sistema” (2005,191). Ahora bien, desde el psicoanálisis aquello biográfico se remite continuamente a la sexualidad y, en el descubrimiento del drama sexual oculto se logra la curación. Pero, de nuevo, qué será aquello decisivo que se oculta en la biografía para poder conformar la patogénesis.

El entender el ocultamiento y la manifestación de los diferentes motivos podrían llevar a un irresoluble nihilismo, una imposibilidad por tanto de curar o de tratar la enfermedad. Ante este peligro Von Weizsäcker acota que la radical particularidad a la que se avecina la biografía lleva a un tipo de nihilismo teórico, que se resuelve al entender que toda teoría es contingente, como también lo es cada biografía. Las decisiones que han hecho una vida son contingentes, pero al estar en el pasado, al haberse convertido en nuestras elecciones, la biografía parece retomar una facticidad inequívoca de lo que ya ha pasado. A partir de lo anterior el autor afirma “lo que se debe acentuar en una biografía es el pasado fáctico y nada más” (2005,191). La biografía elige un camino intermedio entre lo más general y lo más íntimo. No le interesa la ley ni la generalidad, pero

tampoco se queda en el carácter o disposición de un hombre, se detiene en la facticidad histórica, que parece ser la prehistoria de la dolencia o la facticidad originada.

Volvamos a las mismas preguntas que el autor plantea “¿qué es lo eficaz en la biografía? ¿cómo actúa? ¿qué se realiza en la enfermedad?” (2005,191). La biografía no es un mero poner los datos de lo que fue o lo que es un hombre; al contrario, implica que en el *trato* se revela qué es y qué era. La explicación del surgimiento de una enfermedad no puede ser reducido a una explicación de las ciencias naturales, no busca la causa en el sentido científico, ni trata de mostrar cómo es evidente naturalmente el surgimiento de la enfermedad. Cabe aclarar que el camino de la causalidad es inadecuado de suyo y no por razones temporales, no quiere decir que es incompleto porque no hemos descubierto las verdaderas causas y, entonces, cuando la ciencia avance la causalidad se convierta en evidente. No. Aunque se pueda manipular por completo una enfermedad “no por ello sabremos más acerca de lo que en realidad se oculta detrás de ella” (2005,192).

Partiendo de la psicología profunda el autor comienza la vía positiva afirmando la relación entre el desear lo que queremos y producir al mismo tiempo lo que no queremos (como en el acto fallido). El autor considera que debemos pensar que estos actos son la regla y no la excepción, incluso afirma que este ser paradójico “constituye la realidad misma” (2005,192). Lo anterior es ilustrado como el principio *Leibniz-Freud*, que resultaría en una particular unión entre la razón suficiente que hace que este sea el mejor de los mundos posibles y la teoría del cumplimiento de los deseos del psicoanálisis. En este principio se daría, lo que ya anteriormente hemos considerado, la realización de lo imposible.

La nueva patología asume así las siguientes hipótesis: lo patológico es transformación, la biografía enlaza la subjetividad y, el asumir la enfermedad necesita una forma dinámica de entender lo tiempo. Con relación a la transformación podemos decir que en cuanto la enfermedad se entiende como misterio que se manifiesta, la enfermedad es una transformación, donde algo que esta oculto permanece y algo nuevo aparece. Con relación a la subjetividad, lo patológico debe asumir la relación íntima entre sujeto y objeto, la enfermedad no se comprende sin la conexión de los dos polos, muy cercana a la versión fenomenológica de la intencionalidad, a decir verdad. Finalmente, sobre la relación de esta nueva patología y el tiempo podemos decir que para el autor el sentido temporal se aleja de la versión mecanicista o de la física. Con el tema del tiempo tenemos un problema mayor: ¿cuál sería el tiempo adecuado para la biografía? todos sabemos que la biografía y el tiempo vivido están íntimamente conectados, pero no es claro el cómo desarrollarlo para una teoría de la enfermedad, y de qué manera se pueden entender las relaciones profundas del pasado y el futuro:

No es lo vivido sino sólo lo no vivido lo que es activo y que no es lo posible sino lo imposible lo que es realizado [...] la enfermedad debe ser considerada, y esto con exclusividad, como efecto de lo no vivido y como realización de lo imposible. Podemos hablar de una verdadera biografía cuando se la construye en el sentido de esta interpretación histórica (2005,194)

Incluso el autor considerara la irrupción de esto no vivido como una creación que en su novedad se parece a un milagro. Donde nos lleva a una interpretación paradójica de la enfermedad, no se entiende como una serie causal, sino como una transformación de algo que no era. En este caso, vale retomar la discusión sobre la posibilidad. Ya nos ha

dicho el autor que lo realizable es lo imposible, donde la realidad misma sería el devenir del milagro, de lo que no es previsible. Por supuesto, el autor no puede demostrar lo anterior lógicamente porque evidentemente desde la tradición tanto la afirmación que todo lo que acontece es un milagro o que lo que se realiza es lo imposible carece de sentido. Por ende, Von Weizsäcker tomará otra vía de demostración a partir de la predicción profética o proléptica. La proléptica es una forma diferente de entender la relación con el futuro que la propuesta por la causalidad. El autor afirma que muchas veces se da lo que se espera, es decir, sucede causalmente lo esperado, por ejemplo, en la expectativa simple de que amanecerá, que la comida satisface, que una herida sin cuidado se infecta. Pero ahora nos pone un escenario propio del médico: el caso de una persona querida o valiosa, “su destino deja las estadísticas sin efecto. Ahora no queremos saber como ocurre por lo general, sino cómo será realmente en este caso. Si durará mucho o poco, si terminará con la muerte o no” (2005,195). Parece que siempre salva el milagro y que el sentido del enfermar está puesto en el futuro. A la vez el médico sería un poco escéptico en su diagnóstico: “no sólo ve lo posible, sino también lo imposible y evalúa uno en comparación con el otro” (2005,196). El trabajo de la curación se da en relación con el futuro, pues asumir lo imposible como lo realizado pone el acento en el futuro y no en el pasado, es una apuesta por la forma en que desde el presente se apuesta por el futuro. Llegamos entonces a afirmar que la historia clínica biográfica implica ese reconocimiento de lo imposible realizable y de la vida no vivida. Una biografía no puede ser la conexión causal de acontecimientos, sino que, como la vida misma, debe estar abierta a la causalidad, a la libertad, a lo no esperado. Para la medicina esto significa que en la forma biográfica de pensar se asume las características fundamentales de lo humano, a saber: su libertad y su indeterminación, características que no desaparece en la enfermedad.

Pero entonces, ¿cómo enfrentar entonces el pronóstico? Tanto en las enfermedades del cuerpo como en las de la psique las preguntas que le preocupan el enfermo tienen que ver con el futuro, cuándo mejorará, si será crónico, si es un sueño premonitorio.

2. La estructura proléptica de la biografía y los resultados terapéuticos de esta perspectiva

Solo se puede entender esta relación entre biografía y pronóstico desde la estructura proléptica de la biografía. Al principio parece incoherente sostener que lo que actúa es lo no vivido y, al mismo tiempo, que el futuro se anticipa, para el autor esta paradoja solo puede comprenderse a partir del desciframiento de la estructura proléptica de la realidad. Una estructura que no se puede contener en la explicación causal sostenida en el pasado, sino que viene determinado por el futuro y sólo por este futuro es que se ha vuelto posible.

El fundamento de esta comprensión es antropológico y se remite a la misma oscuridad que somos para nosotros mismos, pese a que la humanidad ha descrito rasgos de lo que somos como naturaleza y especie aun así por esencia somos lo no determinado, lo inconsciente, lo no comprensible. Por esta oscuridad que somos y nos determina ni la mera explicación causal ni la finalidad teleológica permiten explicarnos. De la estructura proléptica también hace parte la idea de “que cuando lo imposible es realizado, también se podrá formular que lo imposible se hace posible” (2005,199). También en este caso es una versión optimista de que lo imposible es lo realizable.

Aquí nos encontramos con una afirmación contundente del autor: “la biografía no solo aporta menos sino también más que el psicoanálisis y en ello un punto importante, aunque no exclusivo es la prolepsis” (2005,200). La pregunta infantil del “por qué” nunca se supera y, en efecto, cubre toda nuestra vida. Este preguntar “por qué” encierra tanto la causa como el motivo, lo que denominaríamos clásicamente la causa final y la eficiente, cuando preguntamos el porqué de una enfermedad también estamos situados en la necesidad de responder a estos dos niveles, sobre su pasado y su futuro:

La estructura proléptica no es una especialidad de la biográfica, es inherente a cada investigación ya sea esta etiológica o sintomática. Porque en cada uno de estos métodos uno se pregunta desde el comienzo tanto “de donde proviene eso”, como también “qué resulta de ello”, y aquello de dónde proviene es también una decisión sobre aquello que resulta (2005,201).

En el síntoma siempre está algo que se oculta. Todo síntoma es lo visible de algo que se oculta de la enfermedad, que permanece oculto en la profundidad. Lo interesante de hecho es que el autor pone en el mismo nivel de importancia para el diagnóstico tanto los sueños como los bacilos de la tuberculosis, un diagnóstico que se enfrenta a aquella sustancia oculta: “ya sea que se trate del sarampión o del cáncer o de la melancolía, siempre son sólo una sustitución de aquel *hypokeimenon* de aquel ser que yace oculto en una profundidad” (2005, 200)

En el camino de asumir una nueva clasificación de la enfermedad encontramos la versión biográfica. Si la enfermedad es biográfica, por ende, el conocimiento de la enfermedad es biográfico. En su método asumimos que requiere una conversación libre con los enfermos acerca de su historia de la enfermedad y de su vida. El autor trae una analogía interesante: entender la conversación como una que se tendría con alguien en el tren, en este hilar desde la casualidad se podrá encontrar la relación de la enfermedad con la biografía. También decide sustentar siete principios que resumimos a continuación:

1. El paciente relata libremente su experiencia y el médico puede referir esta narración subjetiva a lo que sería una enfermedad original.
2. Los síntomas tienen una historia oculta. No se determinan por cuando *parece* que aparecieron o desaparecieron, sino que tiene una referencia pregnante en lo posterior y en lo anterior. En este proceso se pueden diferenciar las enfermedades agudas de las crónicas.
3. El problema de la subdivisión. Se entiende la generación de especialistas, pero parece que para ciertas enfermedades se necesita un trabajo conjunto.
4. Se trata es al hombre, que es una totalidad y no puede subdividirse en alma y cuerpo.
5. La meta. El proceso de curación debe estar enfocado por la meta del hombre enfermo, todo hombre se propone un objetivo y el médico no lo puede olvidar, curar está relacionado con este objetivo que generalmente tiene un matiz individual.
6. La clasificación del método médico no coincide con la clasificación de la enfermedad. Mientras que la enfermedad abarca múltiples dimensiones el médico solo se puede especializar en un método, en una forma de abordaje y no se puede olvidar esto. Necesitamos clasificaciones de acuerdo con los órdenes

vitales y también médicos que, aunque se limitan a lo que saben, comprenden el horizonte de la totalidad de la enfermedad.

7. No se puede explicar el contenido de la medicina sino sus límites. La clasificación de las enfermedades se ven *contaminadas* por otras dimensiones sociales, económicas y políticas que no son del dominio específico del médico.