

RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS N° 38. REPENSANDO LA PSICOTERAPIA: UNA ALEGORÍA CONJETURAL.



Ps. Juan V. Gallardo C.

A pesar de ser un lugar común decir que la terapia ha existido desde siempre, esta afirmación pareciera no ser del todo correcta; de hecho, más bien lo riguroso sería decir, que siempre han existido las intervenciones psico-curativas junto a las somato-curativas -desde la madre que arropa con su cuerpo a un bebe aterido de frio o que lame las heridas de su hijo, hasta un curandero con su instrumento y cánticos acompañando a un poseso o entablillando a un herido- y atribuir parte de esas manifestaciones a un periodo proto-terapéutico en la historia de la humanidad. De tal suerte, hecha esta distinción, podremos preguntarnos, o al menos conjeturar, sobre cuáles y cuanto de esas intervenciones eran somato-curativas y cuales psico-curativas, y/o cuanto de cada una estaba presente en una intervención curativa -tema para nada obvio- y en base a ello, cuáles eran las razones, cuáles las intervenciones, y cuáles los propósitos que subyacían a dichas acciones. Esto que parecería de Perogrullo, no lo es tanto, una vez que se reconoce que la historia de la Medicina y la Psicología, y nuestra comprensión del acto terapéutico, está plagada de mitos, contrafactuales y *pars prototos*, y en particular de un pensamiento dicotómico, que separa los fenómenos en polos excluyentes, toda vez que reduce los datos a uno u otro elemento de dichos pares antitéticos.

En ausencia de un marco epistemológico común, testimonio de lo precario de los fundamentos racionales de nuestro acto del conocer, y de la existencia de paradigmas que compiten o coexisten entre si -reflejo de lo parcial de nuestro saber y de cuanto, de ideología, y cuanto de fe existe en la ilusión de conocer- es dable apreciar lo complejo que ha sido el proceso de construir una verdadera Medicina Psicobiológica. Y si bien, sería injusto no reconocer los avances alcanzado desde los inicios de esta proto-terapéutica a la fecha, también sería ingenuo, adjudicar al discurso racional todo el mérito de esta, y no ver cuánto de conocimiento real, cuánto de invento, cuánto de curación y cuánto de iatrogenia, se encuentran a la base.

El Bioanálisis o Modelo Psico-Bioanalítico de Medicina, propuesto por Sandor Ferenczi, y que en la actualidad desarrollamos en base a una epistemología Constructivista Monolética, a partir de un materialismo filosófico, creemos ha resultado desde Ferenczi mismo, un marco adecuado para pensar la clínica desde nuevos parámetros. Este modelo sustentado en un materialismo filosófico, como lo ha sistematizado Gustavo Bueno, y la Escuela de Oviedo, nos acerca una comprensión de la realidad a partir del reconocimiento de tres órdenes de la materia: la materia física, (la que tiene cuerpo), la materia psicológica (la representación psíquica) y la materia no corpórea (y sus niveles progresivos de materialidad incorpórea), y a partir de esta distinción proponer un Modelo de Continuos dinámicos antitéticos y un Modelo de niveles múltiples, sustentados en la noción de *Symploke*, que presupone entrelazamientos y conexiones de la materia, pero también discontinuidades. (noción que desde la Escuela de Oviedo, se definiría como “principio de las categorías”, al cual se ajustan los cierres categoriales, que presupone este principio). El modelo, se organiza en torno a tres principios epistémicos: el utraquismo, la anfimixia y la mutualidad, y el uso de una *vox temporare* y un pensamiento tetralógico.

El Bioanálisis, en tanto pretensión de construcción de un modelo paradigmático, que aspira a la sistematización de un conocimiento articulado en torno un método científico, racional, denotativo, empírico y ajustado a criterios de realidad, está organizado en torno a módulos utraquísticos, anfimixtico y mutuales;

a distinguir entre descubrimiento, invento, ficción o falacia dentro de cada módulo, e identificar los tipos de conocimientos existentes, en ellos, que van desde el cálculo algebraico y el conocimiento hipotético definitorio, pasando por el conocimiento lógico-formal y consistente, hasta el conocimiento conjetural, hermenéutico o surrealista (lírico, paranoico-crítico, dadaísmos, idioglosía).

Repensando la Psicoterapia, desde este marco teórico, observamos que la necesidad de contar con una *vox temporare*, y un pensamiento tetralógico es cada vez más urgente, a la luz de la proliferación de modelos psicológicos y psicoterapéuticos, que se han ido ideologizando cada vez más, divorciados de la realidad o la verdad; y que en consecuencia, ajenos a auténticos procesos de curación, irrumpen como alternativas que mezclan recursos terapéuticos genuinos con sugestión, seducción, tratamiento sintomático, desatención de lo dinámico o etiológico, o definitivamente se fundan en ideologías autocomplacientes: de científicidad, de trascendencia, de género, de grandiosidad; y que se ofertan como opciones exclusivas para todo tipo de trastornos, o como opciones coexistentes con otras para un mismo tipo de disfunción, y en el peor de los casos como un producto de consumo para eventuales clientes.

El uso de una *vox temporare* nos invita al esfuerzo de entender el acto terapéutico en el tiempo en que aquel ocurría, y a interrogarnos por las invariantes, las constantes y las circunstancias de cada momento; el pensamiento tetralógico nos alerta sobre cuánto de presencia, ausencia, simulación o camuflaje subyace a cada conjetura explicativa. Esta tarea de entender el acto terapéutico, ha resultado más compleja aun, toda vez que no hemos contado con un marco epistemológico, ni un sistema filosófico que nos permita contextualizar la naturaleza de los fenómenos analizados: ¿existía la locura o psicosis, existía el abandono? ¿la transexualidad, la homosexualidad, eran una condición o una anomalía, y la psicopatía? ¿la gente se deprimía y como ocurría ello; cual era la naturaleza del duelo, cuál de las patologías del carácter? ¿y... qué de la naturaleza del Trauma, de los actos conversivos, y los psicósomáticos? Y así sucesivamente... Todas estas preguntas, no del todo contestadas a la fecha, desde siempre han dificultado el poder pensar en la naturaleza del acto anómalo, dando pie a numerosos mitos explicativos sobre la locura, la identidad de género, los trastornos psicológicos, las afecciones psicósomáticas, los tratamientos terapéuticos, y suma y sigue, dificultando una comprensión científica de la anomalía psicológica y su tratamiento, haciendo del tema un dominio de una complejidad extrema a falta de un marco adecuado para estudiar dichos fenómenos.

Acercándonos a esta Alegoría Conjetural, en tanto intento de ofrecer “una representación de carácter simbólico de un juicio formado a partir de datos, indicios y supuestos incompletos”, ejemplificamos los alcances de un modo de pensar que entendemos, permite acercarnos más a una actitud de formulación de preguntas que buscan respuestas, que a respuestas parciales con carácter de definitoria; y a un intento hipotético de pensar un asunto que no solo no es bien conocido, sino que además, su desatención siguen teniendo implicancias en las actitudes actuales del ejercicio clínico.

Una alegoría conjetural, nos permite proponer qué en los albores de la humanidad, el porcentaje de intervenciones curativas era del orden del 2 al 3 por ciento de un potencial nivel de conocimientos reales que imaginamos, el 100 por ciento, cubriéndose el resto con mecanismos sanadores, en el mejor de los casos, o neutralizadores en el peor. De tal suerte, calor, agua, barro, yerbas, inmovilizaciones, hipnosis paternal e hipnosis maternal, eran recursos que bien podían colaborar con los mecanismos propios del organismo: dolor, fiebre, flemas, supuraciones, alteraciones de conciencia, desmayos, catalepsia, agitación u otros, como intentos de sanación; o, definitivamente, mecanismos órficos -por muy desconocido que sea el tema- del tipo reacciones autotómicas, autoplaticidad, escisiones, asintomatología, maduraciones precoces, paralizaciones o agitaciones primitivas, u otras que interactuaban con lo anómalo o patógeno, dando cuenta de ello, neutralizándolo o ralentizando su potencial destructivo.

Millones de años de evolución, hasta los inicios de la Civilización, hacia 10.000 años atrás; China y luego las culturas Hassuna, Samarra, Halaf y Obeid, antecesoras de Sumeria, Acadia y Babilonia, habrían variado este porcentaje a un 4 a 5 por ciento, en virtud de ciertas adquisiciones propias del desarrollo filogenético, las que habrían enriquecido el acervo inmunológico o autocurativo por medio de mejoras en los mecanismos biológicos naturales, y por medio de memorias filogenéticas que permitían transmitir

patrones conductuales diferentes: profilácticos, higiénicos, sanativos; y los inicios de la primera transmisión social de conocimientos curativos.

A partir de este punto, una secuencia de descubrimientos y creencias, progresivamente, fueron incrementando sus saberes, por dos vertientes: una somática de la mano de curanderos, practicantes, comadronas y dentistas; y otra, por vía de chamanes, sacerdotes, magos y brujos. Para los primeros, de la mano de un empirismo primitivo, el conocimiento de yerbas, y cirugía, y de acciones mecánicas básicas: partos, entablillados, amputaciones y extracciones, y para los segundos: sugestión e inducción de estados alterados de conciencia, vía psicotrópicos o deprivaciones, e hipnosis paternas y maternas.

Una comprensión órfica de la realidad, que permitía y permite capturar invariantes de la realidad, con independencia del habla de los humanos -al modo de esquemas de reacciones circulares piagetianas- y que frente a la dificultad de denotar dichos saberes -que por lo general son elementos de realidades incorpóreas, de abstracción máxima- encontraron su lugar en un discurso connotativo hipersimbólico, al uso de los mitos o la religión. Sacerdotes y curanderos, en torno al origen de las religiones, incorporan más o menos normas de higiene en sus ritos; de profilaxis en sus normas de conducta, alimentación y aseo; a la par que parteras, dentistas y médicos forman una praxis médica, en base a un ejercicio empírico con escasas bases de conocimiento.

Se podría argumentar, que dichas medidas de intervención tenían muy poca o nada de efectividad, no obstante, se sabe muy poco de la influencia de los procesos órficos en la acción curativa tanto del tratante como del doliente, ni de las derivas del acto curativo exitoso o fracasado, de hecho, es posible que la atribución del éxito al curandero fuese a la par con la atribución del fracaso a las fuerzas naturales -los dioses-; algo que podía salvar al curandero de la muerte, dado que en no pocos casos el fracaso del tratamiento era atribuido a la culpa del tratante.

Resulta meridianamente claro que en torno a 2500 años atrás, en Grecia de cara al Occidente surge la racionalidad como factor mediador de conocimiento, y vinculado a la escritura, es que se inicia el proceso de una protomedicina científica, y que dicho porcentaje se empieza a ordenar en torno a un 8 por ciento para lo somato-curativo, aunque no así lo psico-curativo. Dado que la racionalidad, empieza a demandar la capacidad de denotar, y en torno a ello, de reducir la penumbra de asociaciones de un concepto, era natural que fuese la lógica, como sistema regulador de las proposiciones formuladas y las relaciones cognitivas, por un lado; y la percepción, como base del origen de las conjunciones constantes de datos, por otro, que la realidad se hiciese presente a la percepción, primero por su materialidad corpórea, y luego por las expresiones más extremas de dicha corporeidad, los valores antitéticos extremos: frío-caliente; seco-húmedo; duro-blando; amargo-dulce, en lo somático; y lo común-extraño; infrecuente-hiperfrecuente, normado-trasgredido y otros pares antitéticos, en lo psíquico, permitiendo contar con algún criterio, que refiera a lo anómalo. No deja de ser llamativo que lo somato-curativo considerara variables espaciales, con énfasis en lo táctil y olfativo-gustatorio, en tanto las psico-curativas más bien en variables temporales, con énfasis en lo visual, auditivo (a excepción del dominio órfico donde la psicosis por así decirlo, presenta registros olfatorios particulares, así como otras manifestaciones psicopatológicas).

Estos valores extremos, que venían latamente sirviendo de base de toda intervención protocurativa, permite dar forma, tal como ya ocurría en China, India, Egipto y el Reino de Israel, a una sistematización de una medicina terapéutica, o intervención “terciaria”, que es cuando ya se ha instaurado lo anómalo, y se intenta evitar su evolución, controlar su sintomatología y en el mejor de los casos, revertir la condición a un estado original, siendo el propósito de estas intervenciones el tratamiento o la rehabilitación, el controlar, reducir o eliminar las consecuencias del desarrollo de la misma. Este nivel de intervención, evidentemente, se sustentaba en el hecho de identificar, reconocer y distinguir la manifestación anómala, denominándola, algo que, en la actualidad, llamamos el “diagnóstico”, y que, desde los orígenes, fue la fase que demandó los más ingentes esfuerzos, toda vez que vinculado a ello, se encuentran, primero la conjunción constante de síntomas, y luego, la etiología, la dinámica, y las interacciones somatopsíquicas.

Considerando el artefacto bioanalítico de lo invariante, constante y circunstancial, nos surgen dos consideraciones entendiendo que lo invariante es lo primero que se debe atender en este punto. Lo

invariante aplicado al par antitético externo-interno, nos lleva a considerar dos aspectos, surgidos de los valores más extremos de dicho par. Uno del orden de los factores internos, que considera aspectos que eran imposible de apreciar durante la fase proto-psicoterapéutica, y que refieren a la participación de mecanismos intraorgánicos dinámicos, que son invisibles a la percepción externa, excepto por sus productos finales, y que, paradójicamente, irrumpían como signos anómalos: dolor, angustia, ansiedad, síntomas físicos: diarreas, fiebres, temblores, parálisis y muchos otros, lo que en consecuencia obligaba a remitir todo juicio a las manifestaciones fenoménicas más extremas, y a las relaciones causales más radicales, concretas y básicas.

Otro, del orden externo, que comprometía, la capacidad de distinguir lo anómalo de lo que no lo es, que es algo que implica la presencia de algún criterio o noción de normalidad, fuese esta estadística, valórica o fenoménica, que permitiera distinguir aquello que sustentado en esta diferenciación primaria de lo anómalo, hacía posible reconocer lo que difería de la norma, se presentaba mal, o era una mezcla de ambos. En consecuencia, expresiones muy radicales, del ánimo: astenia, depresión, manías; de lo cognitivo: delirio, alucinaciones, reiteraciones; de la conducta: mutismo, estereotipias, automatismos y otras expresiones conductuales crónicas o de base neurológica, cuya manifestación fenoménica las distinguían como raras o inhabilitantes.

En ausencia de criterios etiológicos, el tratamiento se orientaba inevitablemente a la aminoración, erradicación o control de lo sintomático, y los recursos a utilizar, eran todo aquello que permitiera reducir la sintomatología, o controlar la conducta del doliente, fuesen estos recursos naturales, relacionales o sociales.

Grecia y el Imperio Romano permiten, cierto desarrollo de los tratamientos curativos, si bien privativos de las clases sociales dominantes, en el rol del sacerdote y templos de culto, y aparecen los primeros artesanos médicos en las grandes urbes tratando toda clase de dolencias. El componente psicológico, residuo de los mecanismos autocurativos extremos de sobrevivencia, se mantiene a nivel connotativo, y por lo tanto simbólico, bajo prácticas mágicas y religiosas, mientras que las somato-curativas, apoyadas en la teoría de los humores progresa hacia el control de la sintomatología, ya por medio del uso de analgésicos, ya por intervenciones opuestas (al frío, calor; al calor, frío, a lo duro, blando, y así sucesivamente), permitiendo un avance del 8 al 10 por ciento, de saber.

De la Edad Media, el porcentaje de conocimientos pareciera haber avanzado muy poco, el conocimiento adquirido por los médicos practicantes se subordina al clero, quienes de cara a los conocimientos griegos, a la sujeción del orden divino, y al control de la transmisión escrita del conocimiento, se apoderan del desarrollo del saber, dividiendo una medicina clerical de otra medicina popular de transmisión generacional, oral y de sujetos órficos; la que conviven con toda clase de brujerías, magias y hechicerías. Los conocimientos acumulados a la fecha, se circunscriben a grupos de poder, realeza y religión, y durante un milenio, un porcentaje mínimo de desarrollo del 10 al 11 por ciento, incrementará el saber de la medicina.

La enfermedad es atribuible a lo maligno, siendo el cuerpo el lugar de los defectos y pecados, y la curación una potestad divina, la que hacia 1650, terminará en la afirmación de una separación total de la mente y el cuerpo, determinándose el estudio de la mente a la religión y a la filosofía, y el estudio del cuerpo -entendido como una máquina- a la medicina. Esta afirmación, que parecería ser la antítesis del saber, no obstante, favoreció una radicalización tal que, al romper la unidad del continuo entre pares antitéticos, y bajo una postura dualista (luego, mecanicista) durante el siglo XIX, se hizo posible la coexistencia de nuevos avances y descubrimientos en Salud y Enfermedad. De la mano de la imprenta y el racionalismo ilustrado, a medida que el saber se independizaba de lo religioso como sistema explicativo, y se anulaba los valores intermedios, el conocimiento al ser reducido a uno u otro polo, lograba hacer más evidentes el encontrar regularidades en las manifestación extremas, y en base a ellas, generar conjeturas explicativas de lo que fuese; en la medida que se reducían los continuos antitéticos, a dichos extremos: blanco o negro, arriba o abajo, normal o anormal, etc...., aunque también materia y espíritu, cuerpo y alma, hombre y animal, y muchos otros continuos, surgía un racionalismo trascendente, otro teológico, uno inmanente y finalmente un racionalismo lógico.

Un salto significativo del 12 al 18 por ciento, en lo somato-curativo, y el origen de lo que se llamaría una “medicina científica”, que a partir del uso de un método novedoso, operará como el marco de posibles

serendipitis, errores creativos, accidentes fortuitos, que sostenido en una construcción lógico-racional no exenta de ideología, hizo posible una serie de hallazgos que en el dominio de lo mecánico y lo macrocósmico permitieron una serie de descubrimientos y avances de numerosas patologías, y en base a ello de identificar modos de tratamientos, de los cuales el descubrimiento de las enfermedades infecciosas, junto al de las vacunas es uno de los más relevantes. No obstante, junto al surgimiento de la concepción de una “etiología de causa específica” empezaría a surgir una tendencia a un reduccionismo que tendría gran impacto en el pensamiento médico. Esta aproximación, si bien una de cuyas virtudes esenciales ha sido la de permitir la elaboración de teorías y prácticas fundacionales, no obstante ha estado plagada de innumerables errores, como lo testimonian decenas de modelos pseudo-médicos tales como las primigenias teoría de la patología celular, la teoría microbiana de la enfermedad y su impacto tanto en la generación de vacunas como de antibióticos, la microbiología del suelo, la teoría de la inmunología, el uso del óxido nitroso y el éter sulfúrico precursor de la anestesia y muchas otras.

Hacia finales del siglo XIX, con la irrupción de Sigmund Freud en adelante, lo psico-curativo inaugura el dominio de la psicoterapia, y los conocimientos de los frenópatas, sobre la locura, con sus tres estadios: demencias, confusiones y psicosis, y sus tratamientos mediante confinamiento y castigos: inmovilizaciones, torturas, flagelaciones; dan paso a modalidades terapéuticas, en base a modelos cognitivos, afectivos, de aprendizaje o relacionales. Lo psicocurativo progresa de un 6 a un 9 por ciento de la mano de ingentes esfuerzos por encontrar los procedimientos, parámetros y técnicas que faciliten el desarrollo de procesos curativos, y la clínica psicológica avanza no sin dificultades en un mar de recursos, opciones y propósitos. No obstante, esterilizaciones, lobotomías, callosotomías, electroshock, conducción psíquica (borrado de memoria, radiación, uso de psicodélicos), coexistían a la par con modelos de tratamiento psicológicos de todo tipo, incluidos el psicoanálisis, las intervenciones conductistas, y otras que empezaban a aparecer en el horizonte.

Desde ese entonces a la fecha, hemos avanzado desde los más exóticos y variados tratamientos desde duchas frías, masajes, corrientes psicogalvánicas, dietas, hipnosis además de electroshocks, comas insulínicos, lobotomías, paralelamente a condicionamientos clásicos y operantes, cura por la palabra, hasta un amplio repertorio actual que recorre un espectro desde las terapias corporales y bioenergéticas, las sistémicas, las cognitivo-conductuales, las psicodinámicas, las transpersonales y las farmacológicas.

Estas sucesiones que parecen lineales, monolíticas y progresivas al carecer de una *vox temporare*, son en definitiva construcciones secuenciales realizadas desde el tiempo en que se escriben, y en consecuencia son contrafactuales, que suelen estar plagadas de implícitos, juicios y categorías más del tiempo en que se escriben que del tiempo de lo descrito, además de incluir una serie de preconcepciones y prejuicios compartidos por la mayoría de la comunidad a quien se quiere llegar, y en ese sentido son construcciones ideológicas. Concomitantemente, se observa en ellas una serie de recursos más retóricos que racionales con los cuales se instalan “relatos”, bajo la forma de serie de afirmaciones sin respaldo directo construidas a partir de creencias razonables y creíbles, con las cuales se crean impresiones, se estructura la credibilidad de los supuestos y se pretende mantener una confianza constante en ellos. (Boyle, M.)

Durante el primer cuarto del siglo XXI, la revolución tecnológica y la globalización implícita a ella, está siendo sin duda, uno de los mayores impactos a los que asistimos tanto en los usos y costumbres del planeta, como en los flujos de información existentes. La III Revolución industrial, con su conjunción de tecnología de comunicación, Internet, multimedia y energías renovables; y la IV revolución industrial caracterizada por la inteligencia artificial, y una nueva gama de tecnologías que fusionan los mundos físicos, digital y biológico, impactan en todas las disciplinas, economías e industrias, y conllevan un reto sustantivo a la acción curativa. Sin embargo, lo que podrían parecer conocimientos extraordinarios, sólo nos sorprende en un 20-22 por ciento de desarrollo en lo somato-curativo y en un 16-18 por ciento en lo psico-curativo, generando la ilusión de un conocimiento definitorio, a partir de la premisa de que la ausencia de dolor y la erradicación del síntoma son los criterios de la sanidad, y que la felicidad, placer, ocio y consumo los índices de salud mental.

No obstante, dicha ilusión, contrasta con los índices de morbilidad y comorbilidad de la población

mundial, con la proliferación de nuevos cuadros y trastornos clínicos, con los índices de calidad de vida o salud mental, y con los fundamentos epistemológicos de una ciencia positiva ideologizada, autosustentada en la consistencia interna de sus propios modelos, y que se ha perdido en consolidar su espacio de poder. Confrontándose a otros modelos o coexistiendo con ellos, la Medicina se engecece a la búsqueda de la epistemología derivada, que le permita poner en duda algunos de sus conocimientos, provocando que aquello que irrumpe como una potencialidad y una promesa de Salud, también augure una catástrofe, al hacer de ella un producto de consumo, de mercado, sujecionado a las reglas de la mercadotecnia y de la posverdad, alejándola de los criterios de realidad, y enajenando la naturaleza última del ejercicio clínico.

Por ello repensar la clínica psicológica, demanda una actitud crítica sobre el devenir de los fenómenos, una reconsideración de los fundamentos esenciales de la salud y la enfermedad, de los criterios diagnósticos, y en base a ello de los genuinos procedimientos de intervención clínicos, y por esa vía continuar la senda de miles de clínicos que se esforzaron por develar los órdenes que hacen posible el desarrollo de una clínica psicológica. Charcot medio en broma, medio irónicamente decía, “la théorie c’est bon mais ça n’empêche pas d’exister”, (la teoría es buena, pero ello no impide que los hechos que no calzan con ella existan); Ferenczi, señalaba “nada más importante que la verdad”, y Groddeck agregaba “natura curat, medicus sanat” (la naturaleza sana, el médico cura), y por esa vía se esforzaban por descubrir los principios que subyacen a la verdadera clínica biopsicológica.

Volver a Recursos Terapéuticos
Volver a Newsletter 10-ALSF

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.