

¿QUÉ ES NORMAL Y QUÉ ES PATOLÓGICO?

Francesc Roca

“Llamamos normal o 'sana' a una conducta que aún a determinados rasgos de ambas reacciones: que, como en las neurosis, no desmiente la realidad, pero, como en las psicosis, se empeña en modificarla.”

S. Freud: “La pérdida de realidad en las neurosis y las psicosis” (1924)

En primer lugar quisiera disculparme si la apariencia de mi intervención lleva a considerar que me limito a recurrir a lugares comunes, a obviedades para salvar el expediente ante vosotros a quienes no tengo la suerte de conocer. Me dirijo, por tanto, a ciegas a un auditorio del que desconozco cuáles son sus intereses, cuál es su formación, qué expectativas tiene,.. y a quien, además, pretendo plantear cuestiones básicas que considero fundamentales, cuestiones que, a mi modo de ver, deberían estar en el fundamento de toda reflexión sobre la clínica.

Pero, tras la conversación con Fabiana de la que surgió la invitación a participar en esta reunión, mi intención fue justamente la de interrogar a estos lugares comunes que habitualmente, por sabidos, son ignorados aunque, como trataré de mostrar, tienen un alcance determinante para entender todo aquello que podemos englobar bajo este nombre de “clínica”.

De este planteamiento deriva la pregunta con la que he titulado mi intervención en la que los términos “normal” y “patológico” aparecen como juicios de atribución. Esta pregunta, por tanto, podría formularse de esta manera: ¿A qué atribuimos el carácter de “normal” y a qué atribuimos el carácter de “patológico”?

Un juicio de atribución no es más que el reconocimiento de una cualidad en un ente del que previamente se ha reconocido su existencia, ente que en nuestra pregunta correspondería a este “qué” cuya existencia reconocemos implícitamente en la propia formulación de la misma.

Por tanto, a esta pregunta podemos añadir una pregunta más: ¿Quién emite este juicio de atribución, quién determina la existencia de aquello a lo que reconoce el carácter de “normal” o de “patológico”?

Es decir, que en la determinación de estas dos características, aparentemente opuestas y excluyentes entre sí, el lugar del observador es importante ya que determina a qué realidad apunta su juicio de atribución, a la vez que, como trataré de mostrar, determina el campo semántico de ambos conceptos.

Respecto de la consecuencia de determinar quién es el observador que realiza nuestro juicio de atribución, es decir, la capacidad del observador de determinar la realidad a la que se aplican dichas atribuciones, quiero remitirme de manera algo tangencial al texto de Freud que os habéis propuesto utilizar como referencia para vuestro trabajo de este curso: “La pérdida de realidad en las neurosis y las psicosis”, texto del que yo mismo he extraído el exordio con el que, como es mi

costumbre, he iniciado esta exposición.

Mi primer punto de parada será el propio título de este texto en alemán, y más en concreto el término que emplea Freud para esta “pérdida de realidad”: “realitätverlust”, compuesto a su vez de dos términos: “verlust” que se puede traducir por “pérdida”, pero también por “daño” o “avería”; y “realität” que en castellano hace referencia a la realidad objetiva, en contraposición con el término alemán “wirklichkeit” que haría referencia a la realidad subjetiva, a la realidad que produce efectos en quien la vive, término que además tiene también el sentido de “verdad”.

Así pues, Freud se refiere a esta realidad objetiva y, si se lee el texto con atención, se puede apreciar que su esfuerzo se dirige a buscar los mecanismos que permiten entender la causa por la que los fenómenos clínicos observados en el paciente se presentan como se presentan. No habla, pues, de ninguna realidad subjetiva, de ninguna “wirklichkeit”, sino que en su discurso parece querer dialogar con quien se forma en esta disciplina del psicoanálisis para dar argumentos con los que pensar los fenómenos clínicos en su manifestación.

En el texto se puede observar también como los fenómenos clínicos observados adquieren cierto carácter de “normales” en relación con el contexto en el que se producen, es decir, como la consecuencia que cabe esperar en relación con el mecanismo del que derivan. Así, en mi exordio, Freud llama “normal o ‘sana’” a una realidad subjetiva cuyos mecanismos podemos reconocer bien en la neurosis, bien en la psicosis, realidad de la que podemos intuir que es “normal”, o “sana” si no hace sufrir a quien vive en esa realidad, es decir, que no es patológica. Recordemos que nuestro término “patológico” viene del griego “Pathos”: lo que se sufre, lo que se experimenta, y “Logos”.

Entonces, desde este punto de vista de la realidad subjetiva, que es el lugar que ocupa el paciente –recordemos que el término “paciente” también deriva del término griego “Pathos”–, cabe pensar que “normal” hace referencia no sólo a lo que no hace sufrir, sino también a lo cotidiano, a lo que cabe esperar, a lo tranquilo y sin sobresaltos, a lo que se puede manejar con más o menos esfuerzo, mientras que “patológico” haría referencia justamente a este malestar, a la impotencia para vivir eso que se presenta como realidad subjetiva, a la idea de conflicto, etc.

Por otro lado, en el texto también se puede apreciar que el alcance del concepto de “diagnóstico” se limita a reconocer las peculiaridades subyacentes al mecanismo de producción de los fenómenos observados, presencia del “Nombre del Padre” en la neurosis y forclusión del mismo en el caso de la psicosis con las consecuencias que de ello se derivan en uno y otro caso, concepto, pues, de difícil encaje con el contenido que da a este “diagnóstico” el discurso de la medicina clínica, de la psicología y, por extensión, del trabajo social o de cualquier otro discurso que derive de lo que habitualmente se conoce como “discurso científico”, concepto este de diagnóstico que, además, siempre va indisolublemente unido a la idea de “patológico” ya que “normal” lo que comporta es justamente la ausencia de diagnóstico.

Recapitemos un momento antes de ocuparnos brevemente de este “discurso científico”. En la escena que cabe imaginar a partir del texto de Freud podemos pensar al paciente, en tanto que sujeto cartesiano de su propia existencia, como situado en el centro de la escena, como protagonista absoluto de lo que allí ocurre, mientras que el terapeuta quedaría situado en una cierta penumbra como observador del paciente, como observador que escucha a quien se sitúa como protagonista de su propio devenir, de su propia realidad subjetiva y cuya intervención apunta a que sea cada vez más el paciente quien ocupe el centro de esa escena.

¿Qué pasa en esta escena cuando tomamos en consideración este “discurso científico” que, en lo que aquí nos concierne tiene su origen en el siglo XVIII con el paso de la llamada medicina hipocrática a la llamada medicina clínica?

Lo primero que debemos tener en cuenta es que el centro de nuestra escena cambia y pasa a estar ocupado por el clínico, por quien observa el sufrimiento y trata de conocer sus mecanismos para poder transmitir este conocimiento sobre la enfermedad. Entonces, en este cambio ¿cuál es el destino del paciente, de quien soporta este sufrimiento?

Podemos pensar, por tanto que este cambio en la escena supone, a su vez, un cambio en el discurso. Con el fin de evitarme digresiones que no tienen cabida en esta presentación, me limitaré a traer dos citas en lo que se refiere al destino del paciente en este discurso: La primera de ellas se puede encontrar en el libro de M. Foucault “El nacimiento de la clínica” y corresponde a un autor francés llamado Aikin, quien en 1777 decía que “si en el hospital (lugar donde aun se practicaba una medicina hipocrática) el enfermo es sujeto de su propia enfermedad, es decir, se trata de un caso, en la clínica, donde no es más que un ejemplo, el enfermo es el accidente de la enfermedad, el objeto transitorio del que ella se ha apoderado”. Finalmente serán estos ejemplos los que acabarán por ser contados y agrupados por identidades y diferencias, midiendo la regularidad con la que dichos ejemplos de enfermedad aparecen, lo que dará lugar a una nueva acepción del concepto de “normalidad” que también conviene tener en cuenta. Me refiero a la normalidad estadística, en relación con la cual conviene plantearse qué hay que entender por “patológico” si es que este concepto aquí tiene cabida.

La segunda cita viene de un cirujano también francés, René Leriche, quien en 1936 escribía de manera más cruda que “si se quiere definir la enfermedad hay que deshumanizarla... (dado que) en la enfermedad lo que hay de menos importante es el hombre”.

Es decir, que la ciencia médica que surge de la práctica clínica, la llamada medicina clínica no será más que una ciencia de la enfermedad, de sus síntomas y sus signos, de sus causas y de sus consecuencias, una ciencia por tanto de lo patológico, quedando lo normal fuera de su esfera de actuación, relegado a lo sumo al conocimiento en el laboratorio por parte de las llamadas ciencias básicas como la fisiología o la anatomía de esta realidad perdida que es la normalidad.

Podemos empezar a intuir qué alcance tiene aquí nuestro concepto de “patológico”. Pero cabe seguir insistiendo en qué pasa con el concepto de “normal”.

Por resumir mucho, me limitaré a considerar que en este contexto “normalidad” y “salud” son cuasi-sinónimos.

En este sentido cabe señalar las dificultades que siempre ha comportado una definición de este concepto de “salud”. Así, nuestro cirujano René Leriche se limitaba a firmar que la salud no era más que la ausencia de enfermedad, o por decirlo con sus propias palabras “el silencio de los órganos”, la realidad por la que se sienten concernidas estas ciencias básicas, pero no la ciencia clínica.

En 1978 la O.M.S., en la conferencia de Alma Ata para salir de este atolladero se afirmó que el concepto de salud no podía limitarse a la ausencia de enfermedad, definiendo esta idea de salud en relación con el bienestar físico, psicológico y social.

Es a partir de esta definición como podríamos pensar que este discurso clínico se haya extendido a estos tres ámbitos, el de la “salud física” en la medicina, el de la “salud psicológica” en la psiquiatría y la psicología, y el de la “salud social” en el trabajo social, cada una con sus matices.

Pero dos preguntas persisten: la primera ¿quién decide qué es “bienestar”?; pregunta que abriría todo un abanico de interpretaciones sobre cómo cada una de estas disciplinas entiende su

cometido.

La segunda pregunta es si con esta definición de “salud” realmente se ha desterrado esta idea de la salud como el silencio de los órganos o si, por el contrario, esta idea persiste agazapada tras esta otra idea de “bienestar”.

Dejo esta cuestión abierta para no clausurar otras posibles consideraciones sobre estos conceptos de “normal” y “patológico”, de mucho mayor alcance que lo que aquí he podido desplegar.

Para tratar de ilustrar todo lo dicho y para aligerar un poco el final de mi intervención quiero concluirla con una viñeta clínica con la que intentar aportar algo más de luz a esta disquisición por la cual pido disculpas de antemano si ha resultado más árida de lo que era mi intención.

Se trata de un joven de poco más de 30 años que acude a mi consulta con una queja: ha perdido el interés por todo aquello que antes le llenaba y sentía que le orientaba en la vida. Ahora se siente extraño a sí mismo y tiene la sensación de no saber quién es. Esto le hace sentir triste y con frecuencia nervioso.

Detengámonos un momento y retomemos nuestras consideraciones anteriores. Si nos colocamos en la perspectiva del discurso científico del que acabo de hablar, podemos pensar que un diagnóstico se impone: “Trastorno ansioso-depresivo”, aunque este sentimiento de extrañeza pudiera hacer pensar en otro diagnóstico, el de un “Trastorno de personalidad”, diagnóstico compatible con el anterior. En cualquier caso, se trate del diagnóstico que se trate, podemos intuir que dicho diagnóstico condicionará la respuesta del terapeuta. No entraré en estas posibles respuestas.

En cambio, si nos colocamos desde la perspectiva del psicoanálisis, no muy alejada de la perspectiva de la medicina hipocrática, la cuestión que se impone es la de preguntar a qué responden estos afectos, en qué contexto se producen, o mejor, a qué piensa el paciente que responden estos afectos, desde cuándo los vive, a qué los atribuye,...

Preguntado el paciente, éste comenta que su malestar aparece tras una ruptura sentimental.

Al diagnóstico de “Trastorno ansioso-depresivo” esta circunstancia no le aporta gran cosa. En cambio para el psicoanalista este desencadenante abre la pregunta de si este afecto responde a un duelo por la relación perdida.

De nuevo preguntado el paciente por las circunstancias de esta ruptura sentimental, comenta que fue él quien sintió que esta relación, que duraba apenas unos 3 meses, ya no le aportaba nada y que por ello decidió interrumpirla. ¿Duelo o melancolía?

Posiblemente el clínico que se sostiene en este discurso de la ciencia ya tiene bastante con su diagnóstico y estos detalles empiezan a resultarle superfluos para planificar su respuesta dirigida a alcanzar el objetivo de devolver al paciente a su estado de “bienestar” para lo cual la queja del paciente debe cesar, pensamiento que parece responder al siguiente silogismo: si hay queja hay malestar; no hay queja, luego no hay malestar (¿o hay bienestar?). Por tanto, ¿Silencio de los órganos?

En cambio, para mí, psicoanalista, se impuso el preguntar por la historia de estos sentimientos y especialmente por la culpa que pudiera esconderse detrás de estos afectos con los que formulaba su queja.

Efectivamente el paciente comenta que este episodio no ha sido el único dado que hace dos años hubo otro similar, con un desencadenante parecido, una relación sentimental por la que paulatinamente había ido perdiendo interés, episodio que fue tratado con antidepresivos, lo que abrió un periodo de calma, de bienestar dirá, que acaba cuando interrumpe la medicación que se le había prescrito por no considerarla ya necesaria al sentirse lo suficientemente bien como para “arriesgarse” a iniciar una relación sentimental que es la que suscita la demanda de tratamiento, la chica súbitamente empieza a resultarle indiferente al tiempo que empieza a sentir desinterés por otros aspectos de su vida, sintiéndose luego culpable por no haber sido capaz de mantener el interés por la chica, por su relación con ella, por no poder pensar en un proyecto juntos, por sentirse indiferente a sus aficiones, a su trabajo, etc.

En este contexto comenta que en otra ocasión anterior a estas dos tuvo otra relación sentimental que acabó cuando la chica se fue con otro, lo que para él no supuso ningún malestar, más bien indiferencia, ya que en esta ocasión la culpa no era de él.

Llegados a este punto, nuestro discurso de la ciencia podemos pensar que marchó hace rato y ya no se le espera. Pero para mí, en este punto del relato se abrió la cuestión de cuál era el papel de la culpa en las relaciones sociales de este paciente.

Preguntado sobre ello, el paciente habla de que siempre ha tenido un sentimiento de responsabilidad que lo abruma y que siempre le ha hecho sentirse inseguro de sí mismo porque cada fallo, cada negligencia, cada momento de desaprobación, o incluso cada vez que se planteaba el temor de que los demás no se sintieran satisfechos con él esta culpa afloraba en forma de inquietud o de angustia, lo que se unía a la tensión de vivir siempre pendiente de hacer bien las cosas, de comportarse como él pensaba que se esperaba que se comportara, de no defraudar ni desilusionar a las personas con las que se relacionaba o frente a las cuales había asumido alguna responsabilidad.

Aquí decidí interrumpir esta primera sesión para colocar esta inseguridad y la culpa que la acompaña como argumento principal de su malestar.

No quiero acabar esta intervención sin plantear una posible conclusión a todo lo dicho: en este escenario del que he hablado antes, si lo pensamos como si de una escena teatral se tratara ocupado por el terapeuta y el paciente, podemos concluir que el punto de vista que sostenga el terapeuta va a determinar el desarrollo de la escena ya que la realidad que se cree para el paciente en dicha escena va a quedar determinada por la decisión del terapeuta de instalarse en el discurso de la ciencia y no conceder al paciente más que una “realidad objetiva” que el terapeuta pueda compartir con otros colegas, o de sostenerse en el deseo del analista permitiendo aflorar en la escena la realidad que el paciente vive como “realidad subjetiva”, como realidad que habita y que en él produce efectos, realidad en la que será él quien determine qué vive como normal y qué le produce malestar.

Vale.

Valencia, noviembre de 2022.