

Enfermedad coronaria: aprendiendo a utilizar y pensar nueva información

I. RINGHELHEIM

Grupo de Estudios de Aspectos Psicosociales en Cardiología (SAC), Buenos Aires

Nos referiremos particularmente a aquellos pacientes que desarrollan una coronariopatía como respuesta prevalente a una situación de cambio en sus vidas.

Exageramos las características de los mismos con el objeto de transmitir con mayor claridad lo que sigue. Esto llevó a la invención de un arquetipo, un modelo artificial, que responderá, en la clínica, a la distinta presentación de uno como de otro enfermo y que en sí constituye una sumatoria. Hagamos un poco de **historia**.

La relación entre una madre y un hijo puede recorrer diversos caminos pero nos ocuparemos sólo de señalar las diferencias entre dos de ellos: el normal (con mayor o menor grado de rasgos neuróticos) y el del fenómeno psicósomático, muy diferentes entre sí.

El bebé establece habitualmente un tipo determinado de vínculo con su madre o con la figura que cumple esta función, regido por esta impronta: presencia o no presencia materna. Cuando no hay presencia física, existe la posibilidad de simbolizarla con el juego (léase: mamá no está pero vuelve). Pero esto se da así porque hay una figura que alternativa y gradualmente, sin brusquedades, está o no está. La ausencia de dicha madre produce un hiato que el sujeto intenta superar mediante el juego del carretel que va y vuelve y la consecuente alternancia presencia-ausencia. Entre estos dos elementos se introduce la función y el lugar exacto del intervalo.

En los pacientes con respuesta somática prevalente se juega, en lugar de la alternativa antes mencionada, un dilema imposible de ser resuelto: ni presencia ni ausencia total. O sea, la madre está pero en otra cosa, o no está, pero sin delegar por completo sus funciones. Como se ve, en esta presencia con ausencia, o ausencia con cierto monto de presencia, se dan circunstancias que crean confusión, ya que todo es a medias. **No hay intervalo** para que se introduzca nada. Como un bandoneón cerrado en los bloqueos de rama intermitentes. Esto imposibilita al bebé la incorporación de las funciones parentales, faltando, por lo tanto, la imagen interna de la madre dispen-

sadora, constituyéndose esto último en un obstáculo para la estructuración completa de la psiquis. No hay intervalo entre el sujeto mismo y su necesidad de cuidado o de respaldo.

El paciente deviene idéntico a su necesidad. Para constituirnos como sujetos, todos necesitamos un nombre propio que opere en nosotros como marca (identidad) y un lugar en el amor del Otro (figura parental). Cuando no se dan estas circunstancias, se desarrollan algunas defensas por el "peligro" que ello implica, ante la confusión que genera y que, en oposición a las del neurótico, son muy arcaicas. Por ahora mencionaremos sólo la toma de distancia y la desafectivización para poder, de ese modo, zafar de la ansiedad que promueve la figura antedicha, con la que nunca se sabe si se cuenta o no porque, en realidad, solamente piensa en sí misma.

Nos encontramos también con el denominado pensamiento operatorio que, a semejanza de la anulación del obsesivo, intenta, muchas veces con éxito, la desconexión entre el sujeto y un afecto doloroso y/o amenazante. Esto puede constituirse en un modo de vida, denominada vida operatoria o fáctica (remitida solamente al aquí y ahora).

Yendo a lo más extremo (o volviendo al modelo) se puede, eventualmente, observar alexitimia que es la no distinción de los estados afectivos y, por lo tanto, la extrema dificultad en nombrarlos como por ejemplo miedo, tristeza, etc.

Ahora bien, estos signos pueden ser observables en la clínica pero es fundamental tomar en cuenta que lo que subyace y condiciona, al menos en parte, el futuro, es aquello que está dado por el **desamparo** y la **falta de sostén**.

Haremos una digresión para conceptualizar más fácilmente la evolutividad de esta historia.

En boxeo, el 1-2 es una combinación de dos golpes sucesivos aplicada por un boxeador a otro, en la cual el primero de los golpes abomba y el segundo puede noquear.

Todo lo dicho hasta aquí implica el golpe 1 y sus consecuencias.

Volviendo al tema de la falta de sostén, el mismo

puede más tarde estar representado por una pareja, un negocio o empresa, una fuerte posición económica, conocimientos, etc. Todo vale para compensar aquella carencia de seguridad.

La no contención vivida en su primera infancia marca a estos pacientes. Son buscadores de sostén y ya aprendieron a agrandar, no contrariar, seducir, adaptarse y sobreadaptarse, conductas que, en lo ilusorio, les permitirán sobrevivir. Tienen que defenderse. Están contra las cuerdas.

Yendo al coronario en particular se plantean interrogantes: ¿la sensación de desvalimiento puede ser tan terrorífica? ¿No sería éste un buen momento de entender la importancia de la presencia y la escucha de un médico que los contenga?

Los conflictos del neurótico circulan del sí mismo al otro. Vale decir que el otro existe. En el paciente que nos ocupa, o en el modelo artificial, el otro existe poco y nada. Ossler, en 1910 (Lancet, Vol. II, pág. 839) señalaba que los pacientes anginosos se preocupaban casi nada de sí y tampoco de los demás. Aquí, el tema es **sobrevivir**; porque el fin último es el equilibrio y la supervivencia mental, la cordura y, frente a la posibilidad de una crisis, se ofrece, para que se juegue el conflicto, otro terreno: el **cuerpo real**.

Magnífico ring.

Tenemos entonces que la falta de respaldo es percibida precozmente (primeros meses de vida) y resulta intolerable. Por lo tanto, es expulsada del campo mental parcialmente transformándose de una

manera siniestra, para así reintroducirse. **Retorna lo ominoso**.

Habitualmente en el interrogatorio de dichos pacientes se recoge que muy poco antes del episodio hubo algo que se tradujo como pérdida de sostén. Se repite visceralmente una situación ya conocida desde etapas muy tempranas.

Este es el golpe del K.O.

No siempre es una pérdida real (muerte de un familiar, venta de "la" casa, separación, casamiento de una hija en el caso del varón, pérdida del empleo, alejamiento de un ser querido, etc.), sino que también puede ser, paradójicamente, el pasaje a una situación exitosa que en última instancia significaría la pérdida de un lugar para pasar a otro con distintas exigencias.

En el caso de una pérdida o de aquello que es vivido como tal, habría una transferencia del anhelado sostén materno a un objeto y/o a un otro, pero de un modo particular. Esta otra persona o cosa se constituye en una extensión del sujeto y, por lo tanto, la pérdida es vivida como una "rajadura" de sí mismo, de dicha expansión.

Se desprende algo que imaginariamente provee y contiene, poniendo así en peligro la vida.

Ante una determinada situación de pasaje, el paciente tiene posibilidades, en presencia de otros factores de riesgo clásicos, de desencadenar un "episodio coronario".

Y en ausencia de los mismos, también.