

## DE LA SINOPSIS A LA RESIGNIFICACIÓN EN EL ESTUDIO PATOBIOGRÁFICO<sup>1</sup>

### Referencia bibliográfica:

**CHIOZZA, Gustavo (1996a) “De la sinopsis a la resignificación en el estudio patobiográfico”**

**Trabajo presentado en las 8vas. Jornadas Científicas del Centro de Consulta Médica Weizsaecker, Simposio 1996, Buenos Aires, 1996.**

---

<sup>1</sup> El lector interesado en una descripción detallada del método patobiográfico en general, o en las definiciones de muchos de los conceptos a los que haré referencia (como sinopsis, resignificación, anamnesis, factor eficaz desencadenante de enfermedad, fantasía mágica de curación, etc.), podrá consultar las siguientes obras: “El estudio patobiográfico como integración del conocimiento psicoanalítico” (s/f) en *La interpretación psicoanalítica de la enfermedad somática en la teoría y en la práctica clínica* (Chiozza y col., 1979), *¿Por qué enfermamos?* (Chiozza, 1986), “El Centro de Consulta Médica Weizsaecker” (Chiozza, 1995c) y “La conmovedora experiencia de resignificar una historia” (Chiozza, 1995f), ambos en *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis* (Chiozza, 1995).

*“Igualmente mortal es para el espíritu tener un sistema como no tener ninguno; el espíritu deberá resolverse a enlazar lo uno y lo otro.”*

Federico Schlegel.

En “La conmovedora experiencia de resignificar una historia”, Chiozza (1995f), refiriéndose al significado nuevo que, en la patobiografía, debemos darle a la historia conciente y manifiesta que el paciente nos trae, escribe: *“¿Dónde encontraremos, pues, el significado de la patobiografía actual? (...) Durante las supervisiones de los estudios patobiográficos hemos aprendido que ‘no está en los papeles’, que contienen solamente algunos indicios. Es en los mismos miembros del equipo que han discutido el estudio, donde se ha ‘refugiado’”*.

Sabemos también, cómo ese significado ha llegado a “refugiarse” allí. Muchas horas de contacto con el paciente durante la realización del interrogatorio y muchas horas de trabajo en la preparación de la sinopsis, han dejado en el anamnesista una profunda comprensión del drama que motiva, desde lo inconciente, la consulta.

Esta profunda comprensión es ya una resignificación de la historia que el paciente nos ha contado, y por lo tanto es también “otra” historia, donde los mismos acontecimientos se encadenan, ahora, de una manera nueva. No se trata solamente de identificar el afecto reprimido que, desde lo inconciente, sostiene el síntoma actual que motiva la consulta. Se trata sobre todo de comprender un significado reprimido en el pasado histórico y que ha determinado el “estilo” con que el paciente dibuja el mapa de su vida; es decir, su particular manera de interpretar los acontecimientos que componen su biografía (Chiozza, 1982b, 1995c).

Cuando, en la realización de una patobiografía alcanzamos este punto, nos encontramos siempre con una nueva dificultad. Cómo hablar con el paciente de eso que hemos comprendido; cómo acercar a su conciencia lo que ahora se halla en la nuestra. A partir de una misma biografía él ha construido un mapa y nosotros otro, y esto crea, inevitablemente, un hiato de incomunicación que deberemos superar, evitando ser malentendidos.

Si bien la palabra, hija del proceso secundario, es el agente privilegiado para el cambio que deseamos operar (Chiozza, 1978b, 1982b), la comprensión que hemos alcanzado no ha surgido del ejercicio del pensamiento lógico-racional, sino de una empatía afectiva, visceral, (que llamamos contratransferencia) más propia del proceso primario (Chiozza, 1966c, 1968c).

Por lo tanto, nos encontramos frente a la tarea de tener que “traducir” eso que comprendimos de golpe, de una manera global (Chiozza, 1966c) y atemporal,

sin un antes y un después, haciendo de ese significado que queremos transmitir una “historia”, es decir, un relato ordenado en el tiempo<sup>2</sup>.

Debemos “decidir”, entonces, por dónde empezar; qué importa decir primero y qué después. En el tapiz complejo de esa vida debemos construir un “hilo” argumental que nos permita recorrer esa biografía “marcando” un camino nuevo. Al “alejarnos” nuevamente, el camino “remarcado”, fundiéndose otra vez con la complejidad del conjunto, arrojará un nuevo panorama atemporal (Chiozza, 1978b).

Enfrentado con la dificultad de “armar”, en unas pocas páginas, la resignificación que se le dará al paciente, he elaborado un esquema que, más que un algoritmo, es un intento práctico de solucionar una dificultad en la técnica. Sin embargo, no es infrecuente que la técnica enriquezca la teoría, y, conversando con Chiozza acerca de este modelo, encontramos que la posibilidad de esquematizar en unos pocos puntos lo que le diremos al paciente, otorga una mejor conciencia de aquello que constituye el esqueleto esencial de toda resignificación.

Podemos representarnos este esqueleto como el tronco y las ramas principales de un árbol, donde el follaje está dado por los particulares personajes y acontecimientos que hacen de una biografía algo particular. El ordenamiento temporal en el que se suceden los distintos puntos, como veremos luego, es el que, a mi criterio, otorga a la resignificación el *timing* adecuado que debe tener toda interpretación.

No obstante, este ordenamiento frecuentemente debe ser alterado para adecuarse a las particularidades de cada caso. Esto se debe a que hay historias más simples e historias más complejas. Como ocurre en una novela, algunas historias “contienen”, a su vez, otras historias; por ejemplo, en una enfermedad de larga data y abundantes complicaciones, nos será de utilidad identificar junto al factor eficaz desencadenante de la enfermedad, aquellos factores que desencadenaron las distintas complicaciones.

Comencemos pues a exponer el esquema; todos los elementos que necesitamos no son otros que los que componen la sinopsis.

1) Recordemos que, a excepción de los estudios de urgencia, ya hace aproximadamente veinte días que no vemos al paciente; y si bien en ese lapso hemos estado íntimamente “conectados” con los aspectos más importantes de su vida (en el sentido de lo que es actual), la situación del paciente es, en un sentido, la opuesta. Es muy posible que él se haya “desconectado”, en mayor o menor grado, de la experiencia emocional que significó para él la anamnesis.

Su *timing* es otro y debemos adaptarnos a él si no queremos incurrir en un malentendido. Debemos restablecer el “contacto” para lograr un encuentro, y lo más adecuado es empezar por el principio, ateniéndonos al consejo técnico de

---

<sup>2</sup> No nos referimos al tiempo cronológico, secundario, sino al tiempo primordial, el tiempo de la vivencia (Chiozza, 1977c).

ir de la superficie a la profundidad, gradualmente. Utilizaremos, entonces, aquello que hemos identificado como el **motivo manifiesto de la consulta**.

- *Usted nos vino a ver porque, como nos dijo,...*<sup>3</sup>

2) Sabemos que junto al motivo manifiesto que motiva la consulta existe otro, inconciente, al que llamamos latente. Parecería adecuado pasar a hablar entonces de aquello inconciente que motivó la consulta; sin embargo, ya intuitivamente, nos damos cuenta que esto no daría el resultado que esperamos.

Identificamos como **motivo latente de la consulta**, una fantasía inconciente surgida de ese “estilo” configurado en la infancia con que el paciente traza el mapa de su vida. Hablar tan pronto de algo que constituye el núcleo caracterológico inconciente, sólo puede producir o bien un malentendido, o bien un conocimiento intelectual (que en última instancia es también un malentendido).

Además, si recordamos que aquello que motivó inconcientemente la consulta toma la forma de una pregunta que el paciente nos hace, veremos que hablar de eso es incluirnos nosotros como un personaje de su vida. Siguiendo el modelo de nuestra técnica psicoanalítica, preferimos no explicitar la transferencia, para evitar los inconvenientes que ello nos plantea (Chiozza, 1979a).

Entonces, ¿qué le diremos a continuación? Hasta aquí sólo le hemos repetido sus palabras, ahora debemos darle un significado nuevo; es decir, traer a su conciencia un contenido cercano a ella.

Es muy probable que luego de haber respondido al interrogatorio, durante la anamnesis, el paciente haya identificado en su vida otras vicisitudes, además de su enfermedad, que le ocasionan padecimiento. Hablar de ello nos permitirá comenzar a remontarnos hacia atrás en el tiempo; y de esta manera comenzaremos a hacer de nuestra comprensión una historia.

Utilizaremos ahora, aquello que en la sinopsis identificamos como el **factor eficaz desencadenante de la enfermedad**.

- *Sin embargo, nosotros pensamos que, ya antes, ...*

3) Si a este factor lo llamamos desencadenante es porque no ha actuado por sí solo, sino que su eficacia ha consistido en poder “precipitar” una determinada situación. Si bien este aspecto no está contemplado como un ítem de la

---

<sup>3</sup> He querido transmitir junto con este esquema, algo de la vivencia que acompaña a la tarea de resignificar una historia. Intentando producir ese diálogo visceral, afectivo, de corazón a corazón, me pareció adecuado agregar al esquema, las primeras sentencias verbales que utilizamos para hablar con el paciente. Soy conciente de que esto le quita cierta aplicabilidad universal; no obstante, recordando el epígrafe, creo que una vez comprendido y “aprehendido” este esquema puede ser modificado a los fines de adecuarlo mejor a cada caso.

sinopsis<sup>4</sup>, recurriremos al cuadro de situaciones dramáticas y enfermedades, para identificar el resto de los acontecimientos biográficos asociados temporalmente con la situación que desencadenó la enfermedad.

Le hablaremos entonces del **estado** sobre el cual opera el factor eficaz desencadenante de la enfermedad.

- *En ese momento, se le juntaron muchas cosas...*

4) Alcanzado este punto, ya hemos logrado contarle al paciente una nueva historia de su vida. Le hemos dicho que, si bien nos vino a ver por su enfermedad, esa enfermedad tiene historia. Se relaciona con algo que empezó antes de lo que él cree. Le mostramos cómo sentía las mismas cosas en distintos aspectos de su vida. Por ejemplo, en el trabajo, en la relación con su padre, con su mujer y con su hija.

Hemos podido hablar entonces del afecto reprimido que, desde lo inconciente, sostiene el síntoma que motiva la consulta y configura, además, la temática actual en torno de la cual gira la vida del paciente (tal como él la interpreta ahora). Pero nuestro trabajo no ha terminado aún; nos proponemos una meta más ambiciosa; resignificar la historia completa.

En efecto, en tanto ataque histérico universal, el afecto es producto de un malentendido. Malentendido que a su vez depende de un mapa trazado en la infancia, obedeciendo a una fantasía optativa inconciente. Este mapa, ahora, se ha vuelto deficitario; y, por decirlo en una metáfora, cuando el paciente busca en su mapa la puerta, se choca contra la pared.

Ha llegado el momento de traer a la conciencia ese mapa, si queremos cuestionar el “estilo” con que ha sido trazado<sup>5</sup>(Chiozza, 1986). Debemos en este punto, remontarnos atrás en el tiempo; hablar de la infancia, momento en el cual este “estilo” se configuró como un clisé transferencial; y traer a la conciencia el malentendido que, como fantasía optativa, le dio origen.

- *Esto es algo que tiene historia en su vida; ya desde que era un niño siempre sintió...*

5) Pero aún no hemos terminado; no podemos dejar aquí. Una vez visto el bosque, debemos volver al árbol, y no olvidar que la enfermedad es la mejor solución que el paciente ha podido encontrar para su drama. Nos proponemos “estropear” esa solución (Chiozza, 1986) ya que demuestra ser incompatible con la salud y con la vida (en el sentido de Eros). Hemos comprendido cuál es el propósito de su enfermar y debemos compartir con él nuestro esclarecimiento. Pensamos que si el paciente puede comprender este

---

<sup>4</sup> He agregado este punto al esquema por sugerencia del Dr. Chiozza.

<sup>5</sup> Sabemos que no podremos alcanzar un cambio caracterológico “estable” en la ocasión breve que supone el estudio, ya que para esto necesitaríamos un tratamiento psicoanalítico, “longitudinal” (Chiozza, 1986). Sin embargo, la práctica nos muestra que “cuestionar”, junto con el paciente, ese carácter, constituye un importante motor para operar ese cambio.

propósito a la luz del nuevo significado que le proponemos, tampoco él estará conforme con esa “solución”.

Sabemos que ese propósito inconciente sigue operando no sólo en su enfermedad actual, sino también en la idea que el paciente se ha formado acerca de cómo podría curarse. Esa idea se halla al servicio de mantener reprimido el afecto intolerable. Es lo que identificamos como la **fantasía mágica de curación**.

Necesitamos estar bien seguros de que el paciente comprenda bien este punto, ya que esta fantasía, producto de la disociación, es para él altamente destructiva (lo que los psicoanalistas llamamos tanática). Queremos que el paciente experimente estas fantasías como algo propio, ya que se hallan muy lejos de la conciencia. Para esto le dejaremos ver de dónde las hemos “sacado”; le hablaremos entonces del cuento que él mismo escribió, o el resumen que nos trajo de la película o la novela, o el sueño que nos ha contado<sup>6</sup>.

- *Ahora le gustaría poder hacer como el personaje que nos trajo...*

6) Sabemos que no podemos ofrecerle una solución; nuestra función consiste en estropear la suya para que, contando con todos los nuevos significados que surgieron al resignificar su historia, él encuentre para sí una solución mejor. Pero sin confundirnos con “darle” la solución, podemos sí, mostrarle el camino. Un camino de amor e integración (Eros) para afrontar las complicaciones que plantea la vida. Un camino que a veces el paciente ha intuido, y que otras veces deberemos aportárselo nosotros. Es aquello que identificamos como la **fantasía adecuada de curación**.

- *Sin embargo, como usted mismo nos dijo (o bien, nosotros pensamos) ...*

Veamos, entonces, para terminar, cómo queda el esquema completo:

1. *Usted nos vino a ver porque, como nos dijo, ...*  
(Motivo manifiesto de la consulta)
2. *Sin embargo, nosotros pensamos que ya antes, ...*  
(Factor eficaz desencadenante de la enfermedad)
3. *En ese momento, se le juntaron muchas cosas...*  
(Estado sobre el que opera el factor eficaz desencadenante)
4. *Esto es algo que tiene historia en su vida; ya desde que era un niño siempre sintió...*  
(Historia infantil que configura un carácter que se repite como *clisé* transferencial)

---

<sup>6</sup> Esto no implica que utilicemos únicamente el material del cuento, la película, la novela o los sueños, para comprender la fantasía mágica de curación; sino que ese material demuestra ser un agente privilegiado para la comunicación al paciente de dicha fantasía.

5. *Ahora le gustaría poder hacer como el personaje que nos trajo...*  
(Fantasía mágica de curación. Cuento, película, novela, sueño)
6. *Sin embargo, como usted mismo nos dijo (o bien, nosotros pensamos)...*  
(Fantasía adecuada de curación)

Resta aún hacer hincapié en otros aspectos de la sinopsis valiosos para la resignificación. Podemos, si así nos parece, hacer referencia a las **indicaciones terapéuticas** en la resignificación escrita; sobre todo en aquellos casos en que sentimos la necesidad de deshacer una resistencia que comprometa la posibilidad de que el paciente siga nuestros consejos terapéuticos.

Otro ítem importante es el **dosaje de esperanza** que hemos podido detectar. Si bien no le haremos mención explícita de su “pronóstico”, el conocerlo nos ayuda a determinar el “tono” general de la resignificación. Siguiendo la metáfora, será más “grave” cuanto más gravedad revista su estado.

Las **frases significativas** serán la materia prima verbal con que construiremos el lenguaje que utilizaremos para comunicarnos con él, es decir, en sus mismas palabras. Utilizaremos particularmente aquellas frases en que el contenido coincida con aquello que, en cada punto, le queramos decir. Esas frases serán, para nosotros, **puntos de coincidencia**.

Por último, creo que conocer mejor el esqueleto de lo que constituye la resignificación, nos ayudará también a ser más eficaces en la difícil tarea de identificar, entre los múltiples acontecimientos que el paciente nos relata durante la **anamnesis**, los elementos necesarios para resignificar su historia.

Toda mejor comprensión de aquello que “cura”, en el estudio patobiográfico, será también poder terapéutico para el psicoanálisis. Para escenificar, a modo de metálogo, la secuencia circular de las historias, donde el fin resignifica el comienzo, quisiera finalizar este trabajo volviendo al principio, y citar, otra vez, palabras del mismo artículo de Chiozza (1995f) acerca de lo que significa “la conmovedora experiencia de resignificar una historia”:

*“Estábamos lejos de imaginar, en los comienzos, que el procedimiento aportaría, como inesperado regalo, una nueva y mayor transparencia al proceso psicoanalítico que ejercemos cotidianamente en nuestros consultorios. Muchas horas del trabajo “patobiográfico” (...) nos permitieron contemplar y reconocer, una y otra vez, la escenificación histórica que re-presenta la significancia actual que constituye la raíz inconsciente de la crisis biográfica”.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

**CHIOZZA, Luis** (1966c)

El uso del pensamiento lógico en la interpretación puesto al servicio de la contrarresistencia, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1968c)

El qué-hacer con el enfermo, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1977c)

La realidad psíquica y la realidad material, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1978b)

Hacia una teoría del arte psicoanalítico. Estudio de un episodio en la relación Dora-Freud, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1979a)

Sobre la forma y la oportunidad del hablar y el callar la transferencia, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1982b)

Apuntes para una teoría de la psicoterapia, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1986)

*¿Por qué enfermamos?*, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1995c)

El Centro de Consulta Médica Weizsaecker, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.

**CHIOZZA, Luis** (1995f)

La conmovedora experiencia de resignificar una historia, en LUIS CHIOZZA CD, Obras Completas, Fepseo, In Context, Bs. As. 1995.