

## CONTAR UNA HISTORIA

Gustavo Chiozza.

Mi tarea hoy, consiste en hablarles del estudio patobiográfico; comenzaré haciendo un breve repaso de la historia que fundamenta la creación del método, partiendo de sus orígenes en el método psicoanalítico.

Como todos ustedes saben, el psicoanálisis surgió de los intentos de Freud por resolver los síntomas histéricos. En un principio —podríamos decir en la prehistoria del psicoanálisis—, los primeros éxitos cosechados fueron mediante el método hipnótico que consistía en recoger, mediante hipnosis, una parte de la vida del paciente que éste no podía recordar. Se trataba de escenas y situaciones que habían suscitado afectos penosos que el paciente había reprimido. Así surgió el concepto de “trauma” del que tanto se habló en tiempos posteriores. Una vez identificada esa historia que se ocultaba tras los síntomas, ya fuera de la hipnosis, se la comunicaba al paciente.

Pero el método hipnótico, amén de que no era aplicable a todas las personas, tampoco era tan efectivo y sus resultados muchas veces no eran duraderos. Freud comprendió que no siempre era suficiente que el médico comunicara al enfermo lo que este había reprimido; que “hacer consciente lo inconsciente” implicaba algo más. Sin ese algo más, el paciente no identificaba como propia la historia de esa “confesión” que le había sido “arrancada” en estado de hipnosis.

De modo que Freud abandonó la hipnosis y la reemplazó por un método más efectivo: El paciente debía comunicar sus asociaciones libremente; y el médico debía interpretar ese material. Esta tarea, aunque más lenta, permitía que ambos descubrieran juntos la historia reprimida. De modo que el analista se dedicaba a interpretar, es decir a analizar las asociaciones del paciente. La síntesis de esa labor analítica, es decir el armado de la historia, ocurría de manera espontánea. La tarea de interpretar ganó tanto protagonismo que se suele olvidar que la meta del análisis es la síntesis. En otra oportunidad (Chiozza, G., 2002a [2001]), apoyándome en el concepto freudiano de construcción, me ocupé de mostrar que pese a la importancia aparente que tiene la interpretación, la meta es la construcción de una historia.

Vemos que, a pesar de las apariencias, el psicoanálisis no es tan distinto del método hipnótico; ambos persiguen la misma meta: traer a la conciencia la historia que se oculta tras los síntomas. La diferencia está en la manera de alcanzar esa meta común; y vemos que el camino más corto no siempre es el mejor.

Efectivamente, con el abandono de la hipnosis los tiempos del tratamiento se prolongaron. Mientras el método hipnótico podía realizarse en uno o dos meses, el

psicoanálisis implicaba, en tiempos de Freud, unos seis meses con sesiones diarias, de lunes a sábados. Este nuevo método fue aplicado con éxito a otros tipos de síntomas y a otras formas de neurosis.

Como era de esperar, los desarrollos posteriores, trajeron nuevos esclarecimientos. Al contemplar la historia que se ocultaba tras el síntoma que se deseaba cancelar, se descubrió que era justamente la manera de ser y de sentir del paciente, la que lo había llevado, al modo de un destino, a vivir esos sucesos traumáticos que, ahora reprimidos, se habían transformado en síntomas. En un esquemático ejemplo, podríamos decir que de poco servía la tarea de deshacer, una por una, las ofensas del pasado, si en el carácter del paciente estaba la susceptibilidad a la ofensa como modo de enfrentar cada nueva dificultad en la vida.

Del mismo modo que los síntomas, también el carácter de una persona se fue forjando lentamente a través de la vida que le tocó vivir y que supo hacer. Esquemáticamente podemos decir que el carácter es una estratificación de sucesivas historias vividas y olvidadas que se han transformado en hábitos.

Con estos nuevos descubrimientos, el concepto de curación en psicoanálisis cambió de signo y con él, cambió el concepto mismo de enfermedad. Curar al paciente pasó a significar cambiar su manera de ser. Ya no se trataba de ir hacia atrás, intentando restablecer un estado de salud anterior perdido, sino al contrario; ir hacia delante; promover cambios en el carácter del paciente; hacer del paciente una persona más y mejor desarrollada. Y con estos nuevos alcances, el psicoanálisis trascendió el ámbito más restringido de lo que se considera una terapia. En efecto, el psicoanálisis no se restringe solamente a la idea de un médico sano curando una enfermedad en un paciente enfermo. El psicoanálisis muchas veces encuentra su mejor definición en un sujeto ayudando a otro a cambiar, en su manera de ser, los aspectos que le impiden vivir mejor. Se comprende que a esta definición, difícilmente se le apliquen los conceptos de "indicación de tratamiento", "duración del tratamiento" o "alta médica", tan pertinentes en otras ramas de la medicina.

Si pensamos en el psicoanálisis como una forma de modificar los vicios del carácter que deparan un sufrimiento que podría evitarse deberíamos considerarlo más un hábito saludable que una terapia. El ejercicio físico, por ejemplo, puede ser considerado una terapia tendiente a restablecer la salud perdida (con una indicación precisa y una duración acotada) si pensamos, por ejemplo, en la rehabilitación luego de una lesión. Pero no si pensamos en los efectos benéficos que puede tener sobre el sedentarismo de la vida moderna.

No obstante esta aclaración, continuamos refiriéndonos al psicoanálisis como una terapia; en parte por costumbre pero también porque no es del todo incorrecto. Al fin y al cabo, esa manera de ser que queremos cambiar es, en algún sentido, un

trastorno en el desarrollo de la persona; trastorno que, a su vez, valga la redundancia, trastorna su vida.

Pero volvamos a nuestro relato. Una vez más, en la medida que se fueron ampliando las metas y los alcances del tratamiento se extendió también su duración. Modificar el carácter de una persona implica cambiar hábitos de conducta profundamente arraigados; recuperar y resignificar todas esas historias que forjaron su particular manera de ser. Se comprende que esta inmensa tarea no puede lograrse prescindiendo de un trabajo, a la vez, profundo y prolongado.

Hasta aquí, hemos recorrido la historia del tratamiento psicoanalítico hasta llegar a su forma actual, que todos ustedes conocen. Pero para comprender la necesidad de implementar el método patobiográfico debemos proseguir un poco más.

Esta prolongación de los tiempos del tratamiento psicoanalítico trajo a la luz un nuevo obstáculo, imperceptible en los tiempos de los tratamientos que se sustanciaban en pocos meses: el hecho de que mientras el tratamiento se lleva a cabo, la vida continúa... En los primeros tiempos, al iniciar la terapia, Freud solicitaba a sus pacientes posponer hasta la finalización del tratamiento toda decisión de importancia en sus vidas: no contraer matrimonio, no mudarse, no cambiar de trabajo, etc. Era razonable suponer que esas decisiones pudieran estar influenciadas por motivos inconcientes, como fantasías de triunfo, culpa, envidia o rivalidad. Era probable que el paciente, luego del tratamiento, viera esos mismos proyectos con otros ojos. La propuesta era hacer una suerte de paréntesis en la vida; luego del tratamiento, la vida retomarí su rumbo o quizás tomaría uno distinto. Si debemos efectuar reparaciones en un buque, la situación ideal es hacerlo en la tranquilidad del astillero, y no mientras navega en alta mar.

Sin embargo la propuesta de que el paciente suspenda toda decisión importante hasta la finalización del tratamiento resulta impensable en los actuales tratamientos que tienden a durar varios años. Debemos, pues, disponernos a arreglar el buque con el vaivén de las olas, lo cual comporta también sus ventajas; al fin y al cabo, es en la cancha donde se ven los pingos. Pero a veces, tanto en la vida como en el mar, se presentan tormentas. Entre las muchas tormentas que pueden presentarse en la vida de nuestros pacientes, hubo una que causó particular interés e inquietud en los albores de la psicología psicoanalítica: la urgencia que impone la enfermedad orgánica.

Habiendo comprendido que la enfermedad orgánica representa una historia que el enfermo no puede hacer conciente, resultaba particularmente frustrante quedarse de brazos cruzados cuando el tratamiento se interrumpía por una internación o una intervención quirúrgica del paciente. Justo en el momento en que era más necesario traer a la conciencia los afectos reprimidos que, desde lo inconciente, sostienen esos trastornos. ¿Cómo saber qué emociones inconcientes habían

desencadenado estos nuevos síntomas? O aún intuyendo esos motivos, ¿cómo traerlos a la conciencia, si el paciente no puede concurrir a las sesiones?

Y más importante aún: ¿cómo reaccionará el paciente, desde sus emociones inconcientes, al tratamiento médico? ¿Acaso no es razonable pensar que son esas mismas emociones inconcientes las que determinan o influyen para que un mismo tratamiento médico sea exitoso en un enfermo y en otro redunde en efectos adversos o en inesperadas complicaciones? Y aún suponiendo que el tratamiento médico consiga curarlo, ¿no habrá pagado quizás un precio demasiado alto, por ejemplo, con la mutilación de un órgano? ¿Por qué no pensar que quizás ese precio hubiera sido menor si hubiera podido traer a la conciencia los motivos inconcientes que lo llevaron a enfermar? Como podemos comprender, son preguntas cuyas respuestas no sólo pretendían extender los alcances del psicoanálisis, sino que abrían las puertas a una nueva forma de medicina.

Así surgió en Luis Chiozza, Víctor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini, hace ya casi 40 años, la idea de diseñar un método psicoanalítico que fuera breve y, a la vez, profundo; un "psicoanálisis de urgencia" que sirviera de complemento del tratamiento psicoanalítico para aquellos casos en los cuales el paciente, que podría beneficiarse de aquello que puede ofrecer el psicoanálisis, no disponía, por su enfermedad, del tiempo necesario que requiere el tratamiento tradicional.

Dos elementos son los que permiten combinar, en este método, brevedad y profundidad: el primero es la diversidad de metas; mientras que el tratamiento psicoanalítico persigue el cambio estable en el carácter, el estudio patobiográfico sólo se propone deshacer el síntoma; torcer el curso de la enfermedad para reinstalar al paciente en las aguas navegables del tratamiento psicoanalítico.

El segundo radica en el trabajo en equipo de varios psicoanalistas, donde muchas de las horas que se le ahorran al paciente y al analista —semana tras semana, mes tras mes—, las invierte el equipo en un prolongado trabajo individual y conjunto.

Primero un psicoanalista se reúne con el paciente para llenar un cuestionario que toca los aspectos más importantes de la vida del paciente. Su familia, su trabajo, su infancia, su educación, sus estudios, la historia de sus enfermedades anteriores, la historia de la enfermedad actual, su pareja, su sexualidad, sus amistades, sus deseos y proyectos... Este trabajo, normalmente, se sustancia en cuatro a seis reuniones de dos horas cada una; pero puede acortarse si la urgencia lo demanda. Puede hacerse en nuestro Centro o, de ser necesario, en el lugar de internación. También un médico clínico revisa al enfermo y de ser necesario, se convocan los especialistas pertinentes al caso. De este modo se elaboran dos historias: una historia biográfica y una historia clínica.

El psicoanalista que entrevistó al paciente y otro más, en calidad de jefe de equipo,

estudian y procesan, primero por separado y luego en una reunión conjunta todo el material recabado siguiendo pautas precisas cuyo detalle excede el marco de esta breve presentación.

Posteriormente el caso es tratado sin límite de tiempo preestablecido, en un ateneo general, donde participan, además del médico clínico y los especialistas que hubieren intervenido en el caso, todos los otros psicoanalistas del plantel del Centro, experimentados en el método patobiográfico.

El objetivo es doble; por una parte determinar si el diagnóstico y los tratamientos ofrecidos o iniciados son los pertinentes para el caso; si son, además, lo mejor que puede ofrecer la medicina de nuestro tiempo. En este punto es importante destacar que, dado que no nos ocuparemos sólo del cuerpo del paciente sino también de las vicisitudes anímicas que determinan el curso de su enfermedad, podemos optar, la mayoría de las veces, por los tratamientos menos agresivos y más conservadores del espectro terapéutico que ofrece la medicina. La experiencia de muchos años nos da la razonable confianza en que el otro objetivo de nuestro trabajo —del que me ocuparé a continuación—, influya favorablemente en el ánimo del paciente, de modo que su necesidad por el tratamiento médico sea menor y su respuesta al mismo esté más libre de complicaciones y efectos adversos.

El otro objetivo del trabajo, el principal, el propiamente terapéutico, consiste en elaborar los contenidos de una comunicación que daremos verbalmente al paciente. Llamamos a esto “resignificación” porque consiste justamente en eso. Primero identificamos la historia que se oculta tras sus síntomas tal cual el paciente la experimenta, es decir, como algo que no tolera en su conciencia. Luego la reelaboramos para que el paciente la pueda comprender de un modo nuevo; la resignifique para no necesitar ya reprimirla. Como anticipamos al comienzo, la esencia continúa siendo la misma: contar una historia. El gran desafío que hace tan difícil pero también tan interesante nuestra tarea es determinar qué historia necesitamos contar y cómo debemos hacerlo.

Para finalizar esta breve introducción sólo diré dos cosas más: la primera es que los beneficios que demostró tener este método llevó, por iniciativa de los mismos pacientes, a extender su aplicación a otras crisis vitales, distintas a la enfermedad somática. Justamente, aquellas mismas situaciones en las que Freud pedía posponer toda decisión hasta finalizar el tratamiento. El mismo enfermo que años atrás había consultado por una afección somática ahora requería los mismos servicios frente a una crisis laboral. O el terapeuta que había visto los efectos del estudio en los enfermos consultaba, él mismo, por una separación conyugal conflictiva.

La segunda, quizás la más sorprendente para nosotros mismos —psicoanalistas— y

para los médicos clínicos y especialistas de nuestro Centro, es que el estudio patobiográfico se reveló como una nueva forma de medicina. En los actuales tiempos de la medicina especializada —por momentos caótica—, donde rara vez existe el tiempo y el lugar para que los distintos especialistas que asisten al enfermo se reúnan a consensuar criterios, los ateneos clínicos que hacemos en el Centro Weizsaecker representan una suerte de oasis, donde se intenta una visión global del caso, en la que el enfermo no es menos importante que la enfermedad; en la que su vida, sus intereses y sus afectos, son considerados más allá de la simple supervivencia, tantas veces confundida con la salud.

Quizás los atemorice enterarse con cuánta frecuencia, en los ateneos, luego de considerar la utilidad de un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico a la luz de esta visión global que no solo reúne a todos los especialistas del caso sino, sobre todo, a las vicisitudes biográficas del enfermo, los especialistas cambian las indicaciones que sustentaban al inicio del ateneo. No debemos horrorizarnos ni ver en esto un hecho lamentable. Así ha sido la historia de toda evolución y la historia de la medicina no es una excepción. La aparición de un nuevo recurso terapéutico necesariamente obliga a recalcular y redefinir todos los pronósticos; así ocurrió siempre, tanto con la penicilina como con la anestesia o el cateterismo. Si bien es cierto que un enfermo grave es siempre un enfermo grave, aprendimos que esa gravedad no es otra cosa que desesperanza e incomunicación. Nuestra tarea es intentar llamar la atención sobre este progreso; tratar de transmitir a todos aquellos que quieran escuchar nuestra convicción de que ahora, contamos con algo mejor.

En definitiva, transmitir nuestra convicción de que el estudio patobiográfico es una medicina mejor ha sido el objetivo de esta presentación.

Muchas Gracias.