

**EL ESTUDIO PATOBIOGRÁFICO**  
**en el V Encuentro Internacional**  
**“El drama en el alma y la enfermedad en el cuerpo”**  
**Bariloche-2006**

*Gustavo Chiozza.*

Mi tarea hoy, consiste en contarles el trabajo que realizamos en las jornadas de Bariloche en torno al estudio patobiográfico, pero como temo que quizás muchos de ustedes no sepan con exactitud de qué se trata este método terapéutico, para evitar malentendidos, comenzaré haciendo un breve repaso de la historia que fundamenta la creación del método. Intentaré ser, a la vez, claro y breve.

Como todos ustedes saben, el psicoanálisis surgió de los intentos de Freud por resolver los síntomas histéricos. Los desarrollos posteriores, fueron ampliando las metas del tratamiento psicoanalítico y, conforme se ampliaban los alcances del tratamiento, se ampliaba también su duración. En nuestros días, sabemos que para una cancelación duradera de los síntomas debemos apuntar a una modificación del carácter y esta meta, que implica cambiar hábitos de conducta profundamente arraigados, no puede lograrse prescindiendo de una terapia, a la vez, profunda y prolongada.

Esta prolongación de los tiempos del tratamiento 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.; una propuesta impensable en los actuales tratamientos que tienden a durar varios años. Si comparamos a través de una metáfora la situación en los tiempos de Freud, con la situación actual, vemos que no es lo mismo sacar un buque del agua para efectuar reparaciones en la tranquilidad del astillero, que intentar repararlo mientras navega en alta mar.

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 psicósomática psicoanalítica: la urgencia que impone la enfermedad orgánica. Habiendo comprendido que la enfermedad orgánica representa un drama 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 que era más necesario traer a la conciencia los afectos reprimidos.

Así surgió en Luis Chiozza, Victor Laborde, Enrique Obstfeld y Jorge Pantolini, hace ya 34 años, la idea de diseñar un método psicoanalítico que fuera breve y, a la vez, profundo; una especie de "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 prolongado que requiere el tratamiento tradicional. Dos elementos son los que permiten combinar, en este método, brevedad y profundidad: el primero radica en el trabajo en equipo de varios psicoanalistas con un elevado nivel de formación, 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 conjunto. El segundo 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 tranquilas aguas navegables del tratamiento psicoanalítico.

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. 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. Cada miércoles por la noche, antes de proceder a las consideraciones propiamente psicoterapéuticas, el equipo de psicoanalistas se reúne en un ateneo con el médico clínico y con los distintos especialistas que hubieren intervenido en el caso, a los fines de debatir, sin límite de tiempo preestablecido, todo lo que hace al establecimiento de un diagnóstico preciso y a la determinación del tratamiento más adecuado acorde a cada caso. En los actuales tiempos de la medicina especializada —por momentos caótica—, donde brilla por su ausencia el antiguo médico de cabecera —tan añorado por algunos—, donde rara vez existe el tiempo, el dinero 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.

La convicción que poseemos de haber descubierto un recurso terapéutico valioso, sumado al hecho lamentable de que entre los 68 miembros que fuimos a

Bariloche se encuentre el total de las muy pocas personas que hoy, en el mundo entero, son capaces de implementarlo, nos coloca frente a la responsabilidad de darle al estudio patobiográfico, a su mejor conocimiento y a su enseñanza, una prioridad destacada en nuestras actividades. Por ese motivo, en los cinco encuentros internacionales que venimos realizando desde 1997, una parte importante de los mismos se destinó a tratar los distintos aspectos de este método.

Luego de haber profundizado, en los cuatro encuentros anteriores, en los aspectos teóricos del método, para este V Encuentro nos propusimos abordar al estudio patobiográfico desde un nuevo ángulo. Resolvimos seleccionar, para su completa revisión, dos casos de los —aproximadamente— 2.500 que llevamos hechos en Buenos Aires. Dos casos elegidos entre aquellos que consideramos más exitosos, desde el punto de vista terapéutico. Excluimos, para esta selección, tanto aquellos casos que ya se hubieran publicado como aquellos donde, contrariamente, hubiera riesgo de que la identidad del paciente pudiera quedar al descubierto. Nuestra meta partía de la necesidad de comprender mejor por qué en casos como estos, habíamos logrado mayor éxito que en otros.

El primero de estos casos era el de un niño de tres años y nueve meses de edad, concebido por inseminación artificial y nacido prematuro, luego de un embarazo gemelar de 29 semanas de gestación, con un peso de 1400 gramos. A los 8 meses de edad, el niño comenzó a tener convulsiones refractarias a los múltiples esquemas terapéuticos implementados, llegando a requerir, a los 3 años, de una internación de 21 días por estatus epiléptico en la que requirió ARM en coma farmacológico inducido durante 12 días, presentando, además, un *distress* respiratorio como complicación posterior. Luego de la internación y hasta el momento del estudio, recibía una combinación de cuatro drogas antiepilépticas, no obstante lo cual presentaba convulsiones intensas en una frecuencia de 5 episodios por mes, a veces con salvas de 4 ó 5 crisis seguidas.

Además de la epilepsia refractaria al tratamiento —que, según el neurólogo, probablemente fuera secundaria a una displasia cortical—, el niño presentaba un retraso madurativo con trastornos cognitivos y de conducta que hacían pensar en un probable autismo. Se sumaba un daño hepático aparentemente no relacionado con la medicación y un leve trastorno en la marcha. La consulta fue realizada por indicación de la analista del niño.

En la entrevista de seguimiento, realizada luego de dos meses de haber finalizado el estudio patobiográfico, los padres relataron que el niño se encontraba francamente mejor, que estaba más conectado y tranquilo; contaron que el niño recordaba el estudio patobiográfico y preguntaba cuándo volvería a ver a la terapeuta del estudio; con respecto a sus convulsiones, contaron que en

los dos meses transcurridos sólo había tenido dos episodios convulsivos separados en el tiempo, y ambos habían sido leves.

Dado lo breve de esta comunicación, no podemos reflejar aquí todo lo que salió a la luz en el estudio patobiográfico; sólo mencionaré las cosas que más nos impactaron durante las jornadas de Bariloche. Como era de esperarse en una enfermedad tan grave, la situación familiar del niño, evidenciada por el trabajo realizado con los padres, era por demás caótica; como si el niño fuera, al modo de un fusible, la parte más débil del circuito por donde estalla una situación familiar patológica. El estado de aparente autismo del niño hacía pensar en que las convulsiones eran, la mayoría de las veces, su única posibilidad de expresión afectiva. Fue sumamente conmovedor comprobar cómo, pese a las dificultades de comunicación con el niño, una vez que la terapeuta empezó a hablar con él, su actitud cambió. De estar hiperquinético en la primera entrevista de comunicación de las conclusiones del estudio, sin escuchar —aparentemente— lo que se le decía, pasó, en la segunda entrevista, a sentarse y escuchar atentamente; asintiendo y comentando los distintos contenidos que se le iban comunicando.

La comunicación a los padres, en cambio, no pareció ser tan lograda, pese a que la comprensión alcanzada en el estudio nos resultara satisfactoria; por lo cual, pensamos que si, no obstante esto, el cambio en el niño fue tan favorable, ello se debió a que la modificación en el niño bastó como para cambiar aspectos importantes de la dinámica familiar.

El segundo caso estudiado en Bariloche se trataba de una mujer de 28 años, HIV positiva desde sus 24 años, con frondosos antecedentes de drogadicción y promiscuidad sexual. Esta joven, con una historia de vida inusualmente trágica —una conmovedora y triste historia de abandonos desde su temprana infancia—, con marcados conflictos en la constitución de su identidad, consultaba por la angustia que le producía la expectativa de que su única hija, de 4 meses de edad, HIV positiva —presuntamente por anticuerpos maternos— se hubiera contagiado la infección materna, cosa que recién se sabría en los próximos meses si persistieran los anticuerpos contra el virus. Según sus propias palabras, desde el comienzo del embarazo, su condición de HIV positivo empezó a tener “una presencia de muerte” que antes no tenía. Luego del estudio la paciente inició una psicoterapia que abandonó a los pocos meses. Transcurridos diez años de la finalización del estudio, sabemos, indirectamente, que madre e hija están sanas, aunque la paciente no ha vuelto a contactarnos.

En la revisión del caso, se podía comprender con claridad cómo la necesidad de reprimir afectos muy penosos —ligados a esas experiencias de abandono muy tempranas— le impedía formarse una idea clara de su propia historia, que era, para ella, algo muy confuso y fragmentado; donde no podía diferenciar sus

propios recuerdos de las cosas que le habían contado sus padres. Resultó conmovedor ver cómo esta historia fue surgiendo, poco a poco, a través de la posibilidad de ir nominando, en las conclusiones del estudio, los dolorosos afectos reprimidos.

También resultaba impactante ver cómo, en las conclusiones, habían podido hablar con ella, en un lenguaje llano y comprensible, de cosas muy profundas; por ejemplo, hacerle conciente que ella había buscado dañarse a sí misma, como un modo de vengarse de la vida y los padres, en un intento de burlarse del destino que la hacía sufrir, anticipando el sufrimiento y el daño. Pero que esto lo hacía con la fantasía de que conservaba, dentro de sí, algo puro e intacto; y que la noticia de ser HIV positiva le quitó esa ilusión que era, sobre todo, una esperanza. Que, a partir de entonces, sentía que había perdido el control del daño que podía hacerse a sí misma y que era, sobre todo, esa pérdida de control lo que la tenía tan angustiada.

También le hablaron de que así como ella, llena de resentimiento, sentía que había tenido que pagar en carne propia las decisiones equivocadas de sus padres, ahora temía que ese ciclo se repitiera en su hija y que temía también que su amor por la beba no fuera suficiente para mitigar el resentimiento que imaginaba en su hija hacia ella, si el contagio se había producido. Pero que también, a mismo tiempo, le daba mucho miedo que, si su hija se negativizara y fuera HIV negativa como el padre, volviera a sentirse en el seno de su nueva familia, otra vez, distinta a todos; siendo otra vez "la diferente", excluida, abandonada y celosa de la unión entre su marido y su hija.

En síntesis, de la contemplación retrospectiva de ambos casos dedujimos que la evolución favorable se debía, principalmente, a la lograda comunicación que había podido establecerse con ambos pacientes. Esto nos llevó a reflexionar sobre la importante diferencia que existe entre la posibilidad que brinda el estudio patobiográfico de comprender el drama que se oculta tras la enfermedad y la no siempre equivalente posibilidad de comunicar al paciente aquello que con el estudio pudimos comprender. La dificultad principal estriba en cómo poder decir aquello que el paciente necesita comprender pero, al mismo tiempo, no puede escuchar; cómo decir aquello que el paciente prefiere ignorar, ocultándolo tras la enfermedad como si se tratara de una lápida de dolor. Una situación análoga a la del cirujano que debe extirpar un tumor localizado en un sitio inaccesible, rodeado de estructuras vitales cuya lesión accidental traería consecuencias similares o peores, que las del mismo tumor.

Casos como los estudiados en Bariloche nos llenan de entusiasmo para seguir mejorando la implementación de nuestro método; nos animan a difundir su enseñanza y reafirman nuestra convicción de que poseemos una valiosa herramienta para asistir al enfermo; una herramienta que, utilizada con pericia,

muchas veces puede hacer la diferencia entre la enfermedad y la salud; entre una mala evolución y una mejor. Pero, sobre todo, nos ayudan a mitigar el pesar que, como médicos, siempre sentimos en las numerosas ocasiones en que todos los esfuerzos no fueron suficientes.