

No hay psiquiatría sin historias. Apuntes preliminares

Daniel Abadi

*Médico psiquiatra. Proyecto SUMA
E-mail: danielabadi@gmail.com*

Santiago Levín

Médico psiquiatra. Universidad de Buenos Aires (UBA)

Daniel Matusevich

Médico psiquiatra. Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

“... la nostalgia reflexiva, en contraste, es personal; se abstiene de la arena política en favor del ensueño, o se autosublima a través del arte, la literatura y la música. Lejos de querer resucitar una edad dorada perdida, la nostalgia reflexiva se complace en la neblinosa lejanía del pasado y cultiva las agridulces punzadas de lo conmovedor. Pero el nostálgico reflexivo comprende en el fondo que la perdida es irrecuperable: el tiempo hiere todas las totalidades.”

Simon Reynolds, 2012

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar la aplicación de los conceptos que se originan en la narrativa al aprendizaje y la enseñanza de la psiquiatría. Asimismo exploraremos como se desarrollan los procesos de lectura y escritura en la especialidad.

Palabras clave: Narrativa - Historia clínica - Médico lector - Médico escritor.

NARRATIVE AND PSYCHIATRY

Abstract The aim of this work is to analyze the application of the concepts that originate in the narrative, to the learning and teaching of psychiatry. We will also explore how the reading and writing processes in the specialty are developed.

Keywords: Narrative - Clinical history - Doctor as a writer - Doctor as a reader.

Introducción

Escuchar historias es, tal vez, la tarea principal del médico. Historias narradas por el/la paciente, historias contadas, balbuceadas, proferidas al modo de un quejido, “escritas” en el cuerpo del paciente, en sus gestos y su marcha (el anticuado término prosopografía, que viene de la retórica y se refiere a la descripción de los rasgos externos de una persona). Desde el primer instante de encuentro con el otro el médico se convierte, lo sepa o no, en un lector, un descifrador de signos, un organizador, un dador de inteligibilidad y coherencia y, finalmente un narrador que construye y co-construye una historia con esos elementos que trae el paciente.

El quehacer médico transcurre en un proceso narrativo complejo que lo incluye como oyente, “lector” y narrador, que se inicia aún antes del conocimiento personal con su paciente, y que se perfecciona y ramifica de los modos más insólitos de allí en más: cada vez que un pensamiento, una intuición, una alarma, cruzan por la mente del psiquiatra (en adelante hablaremos del y de la psiquiatra, porque es desde allí que escribimos) en el momento menos esperado, la narración continúa su curso. Queremos significar aquí que el proceso narrativo tiene vida propia, fluye más allá de las personas, las trasciende y lo mismo sucede con sus efectos, mucho más allá del marco teórico que acompañe a cada profesional; vivimos, entonces, en un mundo de narraciones.

En este artículo nos proponemos revisar algunos de los supuestos narrativos que subyacen en el encuentro con el paciente, proponiendo algunas ideas que creemos tienen una cierta relevancia ya que los modos de pensar la clínica y los modos de “contarla” están indisolublemente relacionados, y un cierto empobrecimiento de las “narraciones clínicas” se acompaña seguramente de un empobrecimiento del pensamiento clínico.

Cabe preguntarse, en el contexto actual, adónde fueron a parar las historias en nuestra especialidad, dónde quedaron las narraciones, las aventuras de los pacientes, los increíbles historiales de Freud, los anales de Binswanger o del impar Jaspers. Una pista para pensar esta cuestión la podemos encontrar en la progresiva separación, que se vislumbra inexorable, entre las ciencias sociales y la psiquiatría. Quizás tenga alguna significación recordar aquí que las mejores historias de pacientes en los últimos veinte años no fueron escritas por psiquiatras precisamente, sino que fue un neurólogo, Oliver Sacks, quien nos permitió acceder a los maravillosos mundos de sus pacientes a través de sus incomparables crónicas.

Aquel que escribe historias clínicas debería leer (leer lo que sea) ya que leer adiestra el oído, desarrolla el sentido del ritmo, ayuda a encontrar un estilo propio, produce humildad y sirve para no creer que uno ha inventado el paraguas. No es preciso que el psiquiatra sea un émulo de Kafka, pero tampoco nos parece conveniente que se transforme en el personaje de Caparrós conocido como “el lector que no lee”.

Asistimos a una encrucijada vital donde las historias clínicas psiquiátricas se están separando de manera progresiva de los relatos y las narraciones; no siempre fue así y no tiene por qué ser así ahora. Las páginas que siguen proponen un recorrido posible para el médico interesado en seguir siendo parte de la historia. Dadas las características del trabajo nos tomamos algunas libertades en el modo de citar que se ven reflejadas en la bibliografía final.

Géneros

Intentando una suerte de organización del campo, creemos que el aspecto narrativo de la tarea médica tiene, al menos, cuatro géneros. Estos son: la historia clínica propiamente dicha, la viñeta destinada al ateneo clínico (que puede elevarse al estatuto de historial clínico), la siempre rica, aunque casi nunca escrita, “charla de pasillo” entre colegas y la narración literaria (al estilo de Oliver Sacks, por mencionar un solo caso).

Lo que queremos remarcar aquí es que la división entre géneros es a los fines explicativos y de aportar un cierto orden, pero de ninguna manera se nos escapa que la realidad es mucho más compleja que cualquier intento de cercarla. O sea que, una vez establecidas las divisiones, se comienzan a producir los cruces y las transgresiones (Piglia *dixit*) que dificultan sensiblemente todo intento de estructurar los relatos de nuestros pacientes y nuestros relatos acerca de ellos.

Dijimos que todo psiquiatra es un narrador, le guste o no le guste. No dijimos que es un escritor, porque sería simplemente falso; dejemos a la literatura por fuera de estas reflexiones. Habrá médicos literatos, pero eso es harina de otro costal. Nos interesa aquí el aspecto narrativo de la tarea del psiquiatra, nos interesa reflexionar sobre el lenguaje con el que se capta al otro, ese conjunto de símbolos con el que el otro se hace inteligible y se revela.

Y también nos interesa la imagen del psiquiatra como lector, como alguien que desarrolla esa habilidad que le permite “evadirse por autopistas infinitas de vidas imaginarias” para finalmente encontrarse con el paciente y su circunstancia. A Stephen King le llaman la atención aquellos que pretenden escribir sin leer: la lectura y la historia del paciente también pueden funcionar como un par inseparable.

Para capturar la narración de los otros con sus matices inabarcables es importante asomarse a los mundos imaginados y escritos por aquellos que se dedican a contar historias. Quizás los psiquiatras deberían formar parte del grupo que Ricardo Piglia dio en llamar “lectores puros”, para los cuales la lectura no es solo una práctica sino una forma de vida. Es por esto que escribimos unos párrafos atrás que es imposible concebir un profesional de la mente que renuncie a la lectura; sería como un nadador que rechaza el agua o un piloto que no disfrute las alturas. Ahora sí, la lectura siempre debe ser según el interés y la necesidad del que lee, una marca

de autonomía a ser respetada y que permite que cada uno construya su propio canon que inevitablemente trascenderá modas y tiempos.

El mismo Piglia (interpretando a Borges) plantea que cada obra va produciendo su propio lector quien a su vez a través de la escritura también produce lectores y que es así como evoluciona la literatura; en los espacios institucionales las historias clínicas escritas por los psiquiatras van pasando de mano en mano, volúmenes *"alineados en los anaqueles silenciosos de una biblioteca"* admitiendo relecturas y significados infinitos, pero cuyo sentido depende no solo de quien la construye sino también de quien la lee.

Historia clínica

La historia clínica no es sólo un documento médico legal, ni un ayuda-memoria: es la expresión gráfica del esfuerzo por conocer a un ser humano, el intento de capturar la esencia de una vida que a su vez nos allane el camino para ayudar a alguien que sufre. Más allá y más acá de la jerga técnica puesta en juego, su riqueza expresará la riqueza simbólica de quien la escribe.

A mayores recursos, mayor complejidad y capacidad de captar lo singular de cada historia, convertida en este caso en una Patobiografía. En palabras de Luis Chiozza *"...Patobiografía será, pues, una biografía en la cual se prestará especial atención al encadenamiento, a la sucesión, o a la sustitución, de las múltiples enfermedades, afecciones y trastornos que forman parte de una vida. Pero Patobiografía será, además, y sobre todo, el relato escrito de una vida en cuanto tiene de padecimiento y de pasión, y en cuanto alude a lo inacabado de esa vida que se encamina, siempre, de modo inevitable, hacia una meta incumplida"*. Una biografía que apunte a la enfermedad y a la pasión, que incluya a la ficción y a la poesía, a la música, al cine y al arte, es decir, a todo aquello que haya hecho que el redactor de la historia sea quien es, de alguna forma vamos siendo cada historia que escribimos, con sus luces y sus sombras, con todos sus matices.

Sabemos que las exigencias legales, la falta de tiempo y el saludable interés por la investigación, transformaron a la historia clínica de las últimas décadas en un texto que pocas veces nos permite "ver" al paciente. Nos encontramos con siglas y cruces puestas en largas filas de casilleros por un lado y en textos escritos "para el juez" por el otro: formulismos que poco dicen del padecer del paciente o del pensamiento del médico que más bien busca "cubrirse" y defenderse.

Lo preocupante es que, como decíamos, aquello que pensamos y hacemos está indisolublemente ligado a lo que escribimos y, así, se corre el riesgo de que el pensamiento clínico termine siendo también esa "check list" o eso que se hace (escribe) para un eventual juez (Como decía Victoria Ocampo: *"Cuando no se tiene el coraje de vivir como se piensa, se termina por pensar como se vive"*).

La apuesta es a salir del modelo de historia clínica defensiva e intentar un regreso actualizado a los histo-

riales clínicos; no estamos apelando aquí a un romanticismo trasnochado o pasado de moda sino a poner en valor viejos modos de contar y de escribir pasándolos por el tamiz de nuestro tiempo. Los listados de síntomas están totalmente alejados del espíritu de estas líneas, que, en cambio, están cerca de las palabras que componen textos imperfectos donde podemos buscar al paciente y sus contradicciones.

Viñeta

La viñeta es un recorte destinado a mostrar un caso clínico ante colegas, con el propósito de discutir alguna dificultad diagnóstica o terapéutica. Se trata siempre de un escrito ficcional: el paciente no está allí. Está el escrito, y nada más que el escrito, un escrito que es una producción atravesada por la subjetividad de quien presenta el caso, sus intenciones y necesidades, así como su lectura. Para complejizar la cuestión podemos agregar aquí que todo escrito es ficcional; veamos qué dice Leila Guerriero cuando revisita a Talese: *"...escribo no ficción como una forma de escritura creativa. Creativa no quiere decir falsa: no invento nombres, no junto personas para construir personajes, no me tomo libertades con los datos..."*. Muchas de las historias de pacientes que contamos no son verídicas, pero sí son verdaderas ya que condensan en un determinado paciente hechos auténticos y circunstancias reales recopiladas a través de nuestro trabajo como clínicos; decimos lo que los pacientes nos cuentan, no decimos lo que nosotros decidimos decir.

En la misma línea Juan Nasio propone que el relato de un caso (el "armado" de un caso) tiene *"una función didáctica –por ser un ejemplo que respalda una tesis–, una función metafórica –porque es la metáfora de un concepto– y hasta una función heurística, como destello que está en el origen de un nuevo saber"*. Luego nos dice que eso *"no impide que el informe de un encuentro clínico nunca sea el reflejo fiel de un hecho concreto y que sea en cambio su reconstrucción ficticia. El ejemplo nunca es un acontecimiento puro; siempre es una historia modificada."*

Más adelante, al explicarnos algo de la importancia de contar con esos textos y valernos de ellos para favorecer un intercambio que redundará en un enriquecimiento de nuestro quehacer clínico, nos dirá: *"Es así como el caso clínico resulta siempre de una diferencia inevitable entre lo real de donde surgió y el relato en el cual cobra forma. De una experiencia verdadera, extraemos una ficción y, a través de esta ficción, inducimos en el lector efectos reales. Partiendo de lo real creamos la ficción y, con la ficción, recreamos lo real"*.

Historias verdaderas o ficciones verdaderas, John Coetzee y Arabella Kurtz proponen escribir las historias de manera narrativa, con la intención de obtener una comprensión holística del individuo y su historicidad, rescatando fragmentos que reflejan la complejidad de los pacientes pero que resguardan totalmente la identidad de los mismos, de esa forma evitando obstaculizar el proceso terapéutico.

Intercambio de pasillo

Son incontables (e invalores) las charlas de pasillo en las que un profesional “cuenta” un paciente a un colega. Extrañísima escena para los no iniciados: dos sujetos en guardapolvo farfullan datos e impresiones. Al cabo de un minuto, a veces menos, el que está en silencio mira hacia arriba y pronuncia dos o tres oraciones rápidas. El que habló primero asiente, y una vaga sonrisa asoma en su rostro: el intercambio funcionó. Ya puede “volver” a su paciente con ideas nuevas. El relato de pasillo es limitado, pero su valor en la práctica del médico es incalculable. Eso sí: hay que aprender a “contar” un paciente en un minuto y medio; de nuevo, la habilidad de narrar (que siempre es también la de recortar, seleccionar y, a su vez, invitar al otro a que pueda sentirse motivado para intervenir, disentir, proponer y hasta hacerse cargo indirectamente de ese paciente) tiene que poder desarrollarse.

Esos intercambios divertidos, motivantes, apasionados, sumamente enriquecedores que se dan en los pasillos (y que son en gran parte lo que nos motiva a querer trabajar con otros o en instituciones) muchas veces no aparecen siquiera insinuados en las presentaciones de casos tan condicionadas por las exigencias teóricas, los obligados guiños de pertenencia, el miedo de quedar expuesto con alguna vacilación y los formalismos a los que el género parece “obligar”.

En el Ateneo se pierde el ritmo y la espontaneidad del pasillo, aunque probablemente se gane en profundidad. Por eso es que todos estos modos de conexión y contacto son complementarios y necesitan uno del otro para retroalimentarse. No se reemplazan ni se excluyen, sino que se potencian.

Narración literaria

La narración literaria es un grado más de profundización, de complejidad y de extensión que la historia clínica convencional. Debemos remontarnos a los historiales del mismísimo Freud, los casos relatados por Binswanger o más cerca en el tiempo las historias de Sacks para vislumbrar a que nos estamos refiriendo. Aquel interesado en transitar estos caminos requerirá un entrenamiento especial, que en los tiempos que corren no es fácil de obtener.

¿Cuáles serían las motivaciones que justifiquen abrazar un camino a todas luces complejo y árido? Veamos que nos dice Oliver Sacks: “...si queremos saber de un hombre preguntamos cuál es su historia, su historia real interior, porque cada uno de nosotros es una biografía, una historia. Cada uno de nosotros es una narración singular, que se construye, continua, inconscientemente, por, a través de y en nosotros a través de nuestras percepciones, nuestros sentimientos, nuestros pensamientos, nuestras acciones; y, en el mismo grado, nuestro discurso, nuestras narraciones habladas. Biológicamente, fisiológicamente, no somos distintos unos de otros, históricamente, como narraciones, somos todos únicos...”.

Historias de vida, biografías, patobiografías. ¿Dónde se enseña esa materia? Por cierto que no en las facultades de medicina (no al menos en las “nuestras”). ¿Quién enseña al futuro médico, a la futura médica, a contar historias? ¿Cómo se cuenta un paciente? ¿Qué es lo importante y qué lo accesorio en el proceso de enfermar y de curar? ¿Cómo se eligen las palabras para contar una vida? Necesariamente hay que elegir palabras, y dejar mucho de lado (para no caer en el delirio de Funes el memorioso). ¿Cómo se hacen esas elecciones?

Si una parte esencial de la tarea médica consiste en elegir palabras para contar (construir) a nuestros pacientes, es evidente que a los médicos nos está faltando algo en nuestra formación y que ese déficit inevitablemente tiene consecuencias clínicas difíciles de predecir.

Discusión

A la hora de escribir, Raymond Carver recomendaba “un poco de autobiografía y un mucho de imaginación”. Creemos que esta sugerencia se aplica a la historia clínica, ya que sin duda en el proceso de construcción de la misma, el conocimiento que poseamos de nuestra propia historia y la capacidad de escucha que tengamos influirá de manera notable en el proceso creativo. Nos manejamos con palabras: las mismas construyen, evocan, reflexionan, sugieren y es a través de ellas que construimos las historias. Vale la pena remarcar que necesitamos que otros se interesen por nuestro relato, que lo lean, que se apropien de él, que le encuentren sus propias resonancias. Para que este efecto se produzca tenemos que comprometernos con utilizar todos los recursos disponibles para transmitir el personaje de la mejor manera posible, de la manera más profunda posible. La rutina para escribir no vale, no es un recurso válido: cuando hay rutina no hay historia.

También será importante la capacidad de descubrir los “destellos” (Caparrós) o la “fisura” (Uhart) en el relato del otro; ambos autores hacen referencia, desde lugares diferentes, a esos momentos en los que algo (una imagen, un olor, una idea, una mirada, un recuerdo, un lugar) estalla y todo se hace esplendor por un par de minutos. Es el instante en el cual el psiquiatra siente que pudo aprehender alguno de los sentidos de la historia y plasmarlo en el papel.

Esperamos también que estas líneas contribuyan a despejar el equívoco acerca de que escribir es fácil, uno tiene las palabras y solo se trata de combinarlas cruzando “una Mac Air con un par de horas libres”; escribir historias de pacientes requiere de esfuerzo, de tiempo, de concentración, de lectura y de tener la certeza que “no da igual contar la historia de cualquier manera”. Contamos la historia para nosotros, pero también la contamos para los otros, para entender y acompañar mejor a nuestro paciente, para poder hablar con nuestros colegas, para dejar testimonio escrito, para alcanzar aquello que Leila Guerriero plantea de manera muy clara: “... sólo si una

prosa intenta tener vida, tener nervio y sangre, un entusiasmo, quien lea o escuche podrá sentir la vida, el nervio y la sangre: el entusiasmo”.

Una sentencia de Juan Forn aplicada a los libros creemos podría ser apropiada para el encuentro con los pacientes y sus historias: “...yo creo que hay un libro que nos está esperando a todos. Lo bueno que tiene la literatura

es que ese libro en realidad son millones de libros. Alcanza con que encuentres uno solo que te guste y vas a entender de qué se trata todo”. En esta línea proponemos que hay una historia esperando ser develada y construida en cada paciente; el hecho de contar con millones de pacientes es el estímulo perfecto para que cada uno pueda ir en busca de la historia que lo está esperando. ■

Referencias bibliográficas

1. Caparrós M. Una luna, Barcelona: Anagrama; 2009.
2. Caparrós M. Lacronica, Buenos Aires: Planeta; 2016.
3. Carver R. Carver Country, Barcelona: Anagrama; 2013.
4. Chejov A. La sala número seis (múltiples ediciones y traducciones).
5. Coetzee J, Kurtz A. El buen relato, Barcelona: Literatura Random House; 2015.
6. Ford R. Flores en las grietas, Barcelona: Anagrama; 2012.
7. Freud S. Los historiales (Dora, Juanito, El hombre de las Ratas, Dr. Schreber, El hombre de los Lobos). Obras completas, Amorrortu Editores.
8. Guerriero L. Zona de obras, Buenos Aires: Anagrama; 2014.
9. King S. Mientras escribo, Buenos Aires: Debolsillo; 2004.
10. Mainetti J, Mainetti J. Bioética Narrativa, La plata: Quirón; 2014.
11. Moreno M. Subrayados. Leer hasta que la muerte nos separe, Buenos Aires: Mar Dulce; 2015.
12. Nasio JD. Los más famosos casos de psicosis. Ed. Paidós, 2008.
13. Pagliaro N. Sólo se trata de escribir. Conversaciones con dieciséis narradores contemporáneos, Buenos Aires: Milena Caserola; 2015.
14. Piglia R. Crítica y ficción, Buenos Aires: Anagrama; 2001.
15. Piglia R. El último lector. Barcelona: Anagrama; 2005.
16. Quiroga H. Decálogo del perfecto cuentista.
17. Sacks O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero, Barcelona: Anagrama; 2002.
18. Villanueva L. Las clases de Hebe Uhart, Buenos Aires: Blatt & Rios; 2015.