



NARRATIVAS EN PSIQUIATRÍA

Coordinación

Hugo Pisa

¿Qué implica y en qué nos implican las narrativas en psiquiatría? “Narrativa” implica una manera diferente de pensar y una metodología de análisis; sugiere la actuación de personas como agentes de sus propios destinos con intenciones y comportamientos propios (1). Según esta metodología, esencialmente cualitativa, el elemento de estudio no son los hechos, sino los discursos. No se trata aquí de personas que responden a cuestionarios o cumplen con determinados criterios, sino de personas que hablan, que dicen. El discurso, la narrativa, provee de sentido a la enfermedad: nos muestra y define cómo, por qué, y de qué manera una persona está enferma. El estudio de la narrativa nos invita a comprender. Porque enfermar, estar enfermo, estar en tratamiento nos remite a un individuo, con una historia particular, en un contexto lleno de sentido. Como dice Dan McAdams, “si prestamos atención al tipo de cosas que escuchamos y decimos en un día corriente, nos podríamos sorprender de darnos cuenta hasta qué puntos nuestra experiencia está formada por historias” (2).

En el momento en que nos ubicamos junto con el paciente para llevar a cabo la entrevista -el encuentro dialógico en palabras de Berrios- anotamos una fecha. Es lo que marca el inicio de nuestra historia clínica. Y de la misma manera que el protagonista de El Aleph, citado por la antropóloga Paula Sibilia en La intimidad como espectáculo (3), descubre en un sótano un pequeño orificio a partir del cual puede verlo todo. Todo lo que es, pero también todo lo que fue y lo que será; nosotros haremos lo propio a partir de las idas y vueltas que nos propondrá el relato del paciente. Lo que nos ubica frente a lo imposible: representar la realidad como un todo. Sin embargo, ante esa imposibilidad, Borges le hace decir al narrador: “lo que mis ojos vieron fue simultáneo; lo que transcribiré, sucesivo, porque el lenguaje lo

es”. Es lo que ocurrirá con nuestra historia clínica: recibiremos una gran cantidad de información que será ordenada de forma sucesiva, en muchos casos, organizada de modo tal que “justifique” nuestras intervenciones. En otras palabras, el escritor Rodolfo Rabanal lo expresa así: “La discontinuidad me permitió ver que toda organización narrativa ordenada, aun basándose en episodios reales de nuestra vida, se vuelve de inmediato ficcional, como si la realidad no tuviera más remedio que aparecer en la forma de una construcción imaginaria” (4). En nuestro caso, la construcción imaginaria pasará por traducir de forma “técnica” lo expresado por el paciente; es decir, el relato será convertido en un conjunto de signos y síntomas que desembocarán en un diagnóstico, dejando a un lado el sentido de las experiencias vitales, el contexto y la historia del paciente.

Para llevar a cabo una buena praxis en psiquiatría -afirma el psiquiatra Philip Thomas- (5) es necesario un compromiso con la parte “no-técnica”: los significados, valores y relaciones. Contrariamente, siendo la psiquiatría, quizás, la más “narrativa” de las especialidades, la misma -agrega- se encuentra dominada por un paradigma científico-tecnológico que considera, por un lado, estos elementos como secundarios y, por otro, ubica como importantes las clasificaciones, los modelos de enfermedad “causales”; y, a través de la medicina basada en la evidencia, la concepción del cuidado como una serie de intervenciones separadas, que se analizan y miden independientemente de su contexto. Esta situación se enfrenta a un punto innegable: el límite de la ciencia. En este punto, la explicación es sencilla, cuando contemplamos un problema humano (con sus sentimientos y emociones) chocan un método y teorías científicos esencialistas con lo singular existencial (6). Frente al peligro de un reduccionismo que se va a reflejar (o que ya se

refleja) en la forma de entender los padecimientos mentales, deberemos rescatar la narrativa del paciente. En este sentido, los autores de Medios narrativos para fines terapéuticos (7) refieren que, justamente, resulta útil distinguir entre el pensamiento que da lugar al cientificismo y el pensamiento que se considera el apropiado para la interpretación de los acontecimientos de la vida. Refieren que en la modalidad lógico-científica la particularidad de las experiencias personales es eliminada en función de priorizar los sistemas de clasificación. Asimismo, la dimensión temporal se excluye: los hechos se encuentran en todo tiempo y lugar. El lenguaje busca una especificidad para reducir la incertidumbre y la complejidad. Por último, se excluye al observador de lo observado en pos de la objetividad. Al contrario, el pensamiento narrativo da mayor importancia a las particularidades: las ubica como un elemento vital. En esta línea, debemos tener en cuenta que las personas adscriben significado a su vida convirtiendo sus vivencias en relatos, y que esos relatos son los que les dan forma a sus vidas y a sus relaciones. Las historias tienen un principio y un final, y entre esos dos puntos transcurre el tiempo. Por su parte, desde la narrativa, se busca ampliar el campo de posibilidades e incluir la "perspectiva múltiple", en la búsqueda de representaciones con significado. Asimismo, tiene en cuenta la subjetividad y complejidad de la experiencia. Es decir, sitúa a la persona como protagonista o como participante de su propio mundo. Un mundo de actos interpretativos; un mundo en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva; un mundo en el que las personas participan en la re-escritura de sus vidas y relaciones. En el modo narrativo se redefine la relación entre el observador y el observado. Nuestro desafío será -en palabras de Paco Maglio- establecer puentes entre esa biología y la biografía (8).

Si el psiquiatra -como sugirió el Dr. Segúin hace mucho tiempo- comprende que el hombre y su vida son una complicada red de fenómenos que se manifiestan en los planos más diversos y desde las perspectivas menos pensadas, y a su vez considera que una teoría, cualquiera que esta sea, agota el conocimiento y resuelve todo los problemas, entonces está en problemas. El psiquiatra debe mantener una actitud de estudio desprejuiciado frente a todo lo que le permita ampliar su campo de visión y acción clínica (9).

Atentos a esta idea introduciremos lo que se denomina Narrativa. Una corriente que en los últimos años intenta recuperar "lo perdido": el relato del paciente y su vida en la práctica clínica. Surgió para oponerse al modelo biomédico y al dúo dinámico compuesto por la pasión clasificatoria-fármaco. Sus pretensiones son "[...] insertar la cultura dentro del modelo narrativo de la interacción médico-paciente y defender el argumento de que la circunstancia en la que se sitúan históricamente médicos y pacientes influye lo que se dice y lo que se

escucha" (10). Dicho de otro modo, como lo define el Dr. Carlos E. Sluzki, la narrativa (o historia) sería un sistema formado por: los personajes (participantes), las acciones (los eventos que tienen lugar) y un escenario (el contexto), que se encuentran entramados en un tejido que los mantiene: la trama (relacionada con la lógica de la historia). Esta trama constituye un sistema en el cual cada uno de los elementos de la narrativa afecta y se ve afectado por los otros. Las narrativas entretejen su realidad con la del otro, encuentran consonancias o generan disonancias entre ellas, y a veces construyen una tercera realidad.

Desarrollar habilidades narrativas, en este sentido, implica tener una apertura: ampliar nuestro análisis del discurso de los pacientes, la forma que tenemos de escucharlos y, lo que también es esencial, elaborar nuestro propio discurso. Un punto de partida podría ser modificar nuestra manera de confeccionar la historia clínica. Incluyendo, por ejemplo, un breve relato de la vida del paciente. Como una sugerencia, citaremos lo que la Dra. en Historia María Bjerg introduce en su libro El viaje de los niños. El mismo reúne siete historias de niñez contadas por los adultos mayores del presente. Dice: "Sin perder de vista los límites, intenté que las historias conservasen el sentido que los narradores les imprimían cuando convocaban a los dones de la memoria (sabiendo que existe un plano que es inaccesible e intraducible). Pero, a la vez, busqué darles mi propio sentido para transformar los recuerdos infantiles en stories fue necesario ordenar la trama en una temporalidad que eludiese las idas y vueltas y la incoherencias y elipsis de la narración oral. Y para lograr una unidad narrativa, tuve que apelar a la imaginación histórica. Sin que ese acto imaginativo significase alejarme de los testimonios de los protagonistas ni renunciar a un tratamiento riguroso de los mismos, uní las historias a sus contextos y le conferí linealidad al relato de modo que cada capítulo configurase una unidad que pueda ser leída como story" (11). De la misma manera, el desarrollo de habilidades narrativas por parte del psiquiatra (y todo profesional ligado a la salud mental) constituye una reacción a la excesiva tecnificación y deshumanización. Esto no tiene sólo un objetivo humanístico, sino también el de evitar los errores que se pueden cometer por no escuchar el relato del paciente. Lo que nos impide, entre otras cosas, tener un discurso que nos permita explicar, guiar y acompañar al paciente en su sufrimiento, más allá de la propuesta farmacológica. Estamos frente a una situación compleja. Abrirla al debate implica un esfuerzo de reflexión y compromiso, algo que no produce otra cosa que un enriquecimiento profesional.

En este dossier incluiremos diferentes artículos que constituyen un buen comienzo para adentrarse en el complejo entramado que nos ofrece esta temática.

Quedará por fuera, en esta oportunidad, lo referido al “gran capítulo” que engloba las Narrativas en psicoterapia.

En primer lugar, el Lic. Agrest se pregunta *¿cómo es vivir con un trastorno mental, recibir un diagnóstico, recuperarse?* En la búsqueda de una respuesta, nos introduce en Las narrativas en primera persona. Dicho de otro modo, visibiliza los relatos de quienes se recuperaron de su padecimiento mental. Esto no tendría solo un fin terapéutico, sino también a nivel personal poder “escuchar” a quienes tuvieron avances significativos respecto de su recuperación.

Por su parte, la Lic. Silvia Carrió señala que nuestra educación profesional nos lleva a una manera de pensar lineal, causal, lógica, analítica; así como a utilizar definiciones y categorías universales, tendientes a identificar, clasificar y cuantificar esencias, deficiencias y anomalías. En este sentido, la formación en habilidades narrativas constituye una especie de antídoto: se centra en un modelo de atención que prioriza el vínculo, el intercambio y construcción de historias. En la misma línea se encolumna el trabajo del Dr. Carroll y la Lic. Gothelf: presenta el *Diario de Formación* como una alternativa válida para la formación y capacitación del profesional a partir de priorizar una acción “olvidada”, la práctica reflexiva. El artículo no sólo propone un diálogo entre el pensamiento narrativo y el lógico científico, sino que también desarrolla aspectos teóricos y nos brinda

una orientación para la implementar el “Diario” en la práctica.

El ensayista español González Requena es categórico cuando opina que tanto el racionalismo tecnológico como la expansión audiovisual del mercado pugnan por reducir el universo humano a lo visible. Algo similar a lo que ocurre en cualquier transacción: para un determinado problema, una solución. Esto es un síntoma –de época– que nos ubica frente a la imperiosa necesidad de reivindicar la dimensión de lo invisible. En un intento de llevarlo a cabo así como de cambiar –o al menos mejorar– el rumbo inexorable al que parece dirigirse la psiquiatría podríamos ubicar el texto del Dr. Matusevich, en el cual la lectura (de ficción, ensayo y poesía) y la escritura son elementos vitales tanto para el psiquiatra en formación como para el que lleva años en su práctica. Sugiere, en pocas palabras, una psiquiatría en estado de literatura.

Para terminar, el artículo de la Dra. López Geist nos interpela con respecto a las publicaciones académicas y el interjuego de los diferentes y diversos agentes involucrados (investigadores y periodistas científicos entre otros). Para esto se vale de “historias científicas conocidas” que circularon en los medios y que fueron calificadas como verdaderos fraudes. Situación que no hace otra cosa que mostrar una trama narrativa que ilustra el rol de los medios y de los factores de poder en la construcción social del conocimiento ■

Referencias bibliográficas

- Gómez EA. Narrativa y psicoterapia. *Rev NeuroPsiq* 1993; 56: 139-146.
- McAdams DP. *Stories we live by. Personal myths and the making of the self.* New York, NY: William Morrow & Company, Inc.; 1993.
- Sibilia P. La intimidad como espectáculo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2008. p. 136-9.
- Rabanal R. La vida escrita. Buenos Aires: Seix Barral; 2014. p. 9-11.
- La psiquiatría más allá del paradigma [Internet]. <http://postpsiquiatria.blogspot.com.ar/2014/01/la-psiquiatria-mas-alla-del-paradigma.html>.
- Peteiro Cartelle J. La ciencia y la dominación autoritaria del sujeto [Internet]. *Intercanvis* 2014; 32: 93-104. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/32/art_n032_13R.html.
- White M, Epston D. *Medios narrativos para fines terapéuticos.* Buenos Aires: Ed. Paidós; 1993. p. 89-95.
- Maglio F. *La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía.* Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal; 2011.
- Seguín CA. *Existencialismo y psiquiatría.* Buenos Aires: Paidós; 1960. p. 9-11.
- Tajer C. *La medicina del nuevo siglo: evidencias, narrativa, redes sociales, y desencuentro médico-paciente.* Apuntes críticos. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2011. p. 90-3.
- Bjerg M. *El viaje de los niños. Inmigración, infancia y memoria en la Argentina de la segunda posguerra.* Buenos Aires: Ed. Edhasa; 2012. p. 11-21.