MESA REDONDA: *Fantasía de curación en el tratamiento psicoanalítico*

22 de junio de 2012

María Adamo

“Estrictamente hablando, la cuestión no es cómo ser curado, sino cómo vivir”
Joseph Conrad (citado por Gustavo Chiozza¹)

Son muy variados los motivos que pueden llevar a una persona a consultar a un psicoanalista. Puede tratarse, por ejemplo, de un conflicto matrimonial, de una pelea con un padre o con un hijo o de un problema laboral; puede ocurrir que las manifestaciones de una neurosis obsesiva o una fobia le impidan desarrollar sus tareas, o bien que una enfermedad orgánica distorsione la armonía de su vida. Puede ser también una sensación de depresión o simplemente de desgano y de vacío lo que mueva a una persona a buscar nuestra ayuda. Estos diferentes motivos tienen en común la sensación de que hay algo en la vida del paciente que no está “funcionando bien” y que le trae malestar. Espera que el tratamiento lo ayude a “arreglar las cosas” de manera tal que su sufrimiento disminuya o desaparezca por completo. No es raro que este deseo se formule como un **deseo de curarse**.

Así, por ejemplo, un paciente adolescente con vitíligo llega al análisis derivado por el dermatólogo, quien le dijo que su enfermedad tiene un importante “componente anímico”. Viene, entonces, con la idea de que el tratamiento contribuirá a “curar” su vitíligo. **¿Qué pensamos nosotros, como psicoanalistas, de este deseo de curación? ¿Compartimos con el paciente la idea de que nuestro objetivo es curarlo? ¿Pensamos que “curarlo” es necesariamente curarlo del vitíligo? ... ¿Qué entendemos por “curar”?** Exploremos un poco esta cuestión.

“Curar” significa *“aplicar con éxito a un paciente los remedios correspondientes a la remisión de una lesión o dolencia”* (DRAE, 1992). Para la medicina, la curación es el proceso por el cual las células del cuerpo reparan y regeneran un área dañada, eliminando el tejido necrótico y sustituyéndolo, ya sea por el mismo tejido original o por tejido cicatrizal. “Sanar”, por su parte, significa *“restituir a alguien la salud que había perdido”* (DRAE, 1992). **Pensamos que en estas acepciones se encuentra presente, con mucha fuerza, la idea de volver atrás, de recuperar un estado anterior perdido: la famosa “restitutio ad integrum”. Podemos pensar entonces que el término “curar” contiene la idea de conservarse completo.** Así, por ejemplo, “heil” que en alemán significa “sano y salvo”, quiere decir también “entero” y comparte la raíz con el término inglés “whole” que significa “entero” o “completo” (Langenscheidt, 1987; Duden, 2001). **Desde este punto de vista,**

¹ Citado como epígrafe del trabajo “El hábito de fumar y su relación con la salud”, presentado en la Fundación Chiozza en octubre de 2010.

cuando no se logra la anhelada “restitutio ad integrum” no queda más remedio que aceptar la pérdida y esto es visto como algo negativo, porque significa que ahora ya no somos como éramos antes, somos “menos”, porque nos falta una parte, estamos incompletos, mutilados.

En esta misma dirección, encontramos que una de las acepciones de “salud” es “*salvación*”, “*inmunidad de quien se acoge a lo sagrado*” (DRAE, 1992). También en el idioma alemán el término “Heilung” (curación) y “heilen” (curar), remiten a “Heil” que significa “salvación” y a “heilig”, que significa “santo, sagrado” (Langenscheidt, 1987; Duden, 2001). Vemos entonces que **el término “curar” está emparentado con la idea de una solución mágica, producto por ejemplo de una intervención divina, capaz de otorgar la salvación, una salvación representada por la posibilidad de permanecer “completos”**. Por otro lado, en algunas regiones de Sudamérica se alude coloquialmente con el término “curar” al acto de embriagarse, quizás expresando así una fantasía maníaca de curación que consistiría en olvidar o hacer desaparecer mágicamente aquello que nos falta; es decir: lo opuesto al duelo. **Sin embargo, en la obra de Chiozza encontramos que la vivencia de salvación puede ser comprendida también como algo saludable, producto de un duelo**. El autor plantea, por ejemplo, que el neonato logra “salvarse” si puede aceptar a la madre pecho, renunciando a la madre umbilical perdida.

Tal vez ambas ideas, opuestas, estén contenidas dentro de conceptos como “salud” y “curación”. Dicho “mal y pronto”, habría una idea de la curación como un proceso que promete restituirnos por completo aquello que nos falta, sin que tengamos que realizar duelos y habría otra concepción de la curación como un bienestar que sólo se consigue habiendo atravesado dichos duelos. En este sentido, vemos que “curar” también significa “curtir”, término derivado de una expresión latina que significa “machacar” y que quiere decir, entre otras cosas “*acostumbrar a alguien a la vida dura y a sufrir adversidades que puedan sobrellevarse con el paso del tiempo*” (DRAE, 1992). **La idea de “curtirse”, de acostumbrarse a lo que es difícil, podría estar aludiendo a los procesos de elaboración y duelo, y el “machacar” hablaría de la necesidad de esfuerzo y repetición que ellos requieren**.

Intentemos comprender un poco mejor la diferencia entre estas dos formas de concebir la curación.

Tal como Chiozza se ocupó de señalar en reiteradas ocasiones (por ejemplo Chiozza, L., 1972c y 1978m), el pensamiento causalista, que implica una manera “mecánica” de concebir los fenómenos y forma parte de una visión materialista de la vida, está muy incorporado a nuestra forma de pensar habitual. Dentro de la medicina, por ejemplo, las enfermedades se comprenden como producto de una determinada causa y el objetivo del médico radica entonces en intentar “eliminar” dicha causa, “culpable” de la enfermedad: “muerto el perro, se acabó la rabia”. En este contexto, el paciente queda reducido a un espectador pasivo de la lucha encarnizada que médico y enfermedad realizan en el “campo de batalla” de su propio cuerpo. Para la medicina, señala Chiozza, “saber” suele ser equiparado con “saber la causa”, sin embargo, los avances del psicoanálisis, pero también de otras ciencias como la física, han permitido comprender que “*esta íntima y no siempre*

conciente asimilación entre saber, ciencia y pensamiento causal es errónea” (Chiozza, L., 1978m, págs. 39-40).

Así y todo, el pensamiento causalista conserva todavía hoy mucha fuerza aún dentro de nuestro ámbito. Tal como señala Chiozza (1995y [1990], pág. 150), *“todos los psicoanalistas, comenzando por el mismo Freud, nacimos inmersos en la idea de que la terapia cura una enfermedad, y que la enfermedad es la descompostura de un mecanismo”*. Sin embargo, agrega, autores como Groddeck y Weizsäcker se han ocupado de señalar que el pensamiento implícito en este “modelo médico” es impertinente a la hora de describir el proceso de psicoanalizar. Plantearon incluso que *toda la medicina* debería ser reformulada a partir de los conocimientos surgidos del psicoanálisis. También Chiozza (1972c) sostiene que es necesario replantear criterios médicos básicos, como los de salud, enfermedad, curación o profilaxis, que se hallan actualmente en crisis.

Chiozza resalta que la medicina se ocupa de explicar cómo es que se origina una enfermedad, pero no logra responder la pregunta acerca de *por qué* aparece. Esta pregunta, sin embargo, es la que más le importa al paciente y de ella se ocupa el psicoanálisis. No se trata ahora de descubrir una causa, sino de comprender el sentido que una enfermedad o una alteración tiene en la vida de quien la padece.

Weizsäcker (1927-28) aborda esta cuestión de manera magistral en su “Historia clínica”. Allí nos relata las peripecias de un campesino en su intento de averiguar qué es el malestar que siente. Veamos en palabras del autor en qué consiste esta pregunta por el sentido de la enfermedad:

“No es infrecuente que un campesino acuda al doctor y no al médico. Le duele ‘ahí en el vientre’; quiere saber ‘qué es eso en realidad’. Ni siquiera pregunta qué es lo que se puede hacer para combatirlo; sólo quiere saber qué significa. El joven doctor revisa su vientre y los demás órganos, pero no encuentra nada. No tiene experiencia; entonces le dice al campesino: ‘Aquí no hay nada’. Éste se va con una duda más profunda. Es que él tiene razón y el doctor no; hay algo allí. El doctor debe encontrar el nombre para ello; pero ha de ser el correcto. Cuando algo todavía no ha encontrado el nombre adecuado anda errante e inquieto por el mundo hasta dar con él.

¿Cómo querrá el campesino encontrar qué es lo que le duele? En él la necesidad de saber ‘lo que es’ es efectivamente más fuerte que la necesidad de librarse del dolor. (...) Lo esencial es que una persona que no se puede ayudar a sí misma puede tener la necesidad de acudir al doctor, en su calidad de doctus, y que acude más por razones del saber, que del ayudar. Actúa como si supiera que también el saber puede ayudar” (pág. 131).

Weizsäcker explica que a estos malestares del campesino subyacía una situación de su vida en la que él estaba empeñado en llevar adelante un juicio por un terreno que no tenía en verdad chances de ganar, y que realizaba esto movido por el enojo y el rencor que sentía hacia su padre. El litigante contrario representaba para él al padre y la parcela de tierra, a la madre. En un primer momento el campesino no estaba tan alejado de esta cuestión y en aquel entonces el médico le hubiera podido responder a su pregunta: *“Tu*

mismo sabes lo que es. Es la necesidad maliciosa y tonta de litigar; si lo dejas inmediatamente, te curarás” (pág. 134). Existía aún la esperanza de que el paciente pudiera darse cuenta de que él mismo ya había pensado eso, pero que el miedo y la inseguridad le habían impedido enfrentarlo. El autor relata cómo, pasando de médico en médico, el campesino se aleja cada vez más de esta posibilidad y poco a poco va olvidando que su pregunta original era por saber “qué era eso que le pasaba en realidad”. En su lugar, aprende a imaginarse que lo que necesita es un remedio para su enfermedad y no sólo su nombre. Al volverse infiel a su primer propósito, sin quererlo, este hombre pierde la pista que podría haberlo guiado en el camino.

Los años pasan y un buen día, que, siguiendo a Chiozza (2008f), podríamos llamar “el día menos pensado”, el campesino sufre un cólico biliar que desemboca en la extirpación quirúrgica de su vesícula. Aliviados, los médicos le explican que aquellos dolores de entonces se debían a esta causa que ahora, por fin, ha sido definitivamente eliminada. Aparentemente el paciente también se siente ahora mejor, pues se ha liberado de aquellos dolores. Pero las cosas no son tan sencillas. Weizsäcker destaca que a cambio de la paz que el campesino ha recibido para su conciencia, *“ha perdido para siempre una parte de su antiguo saber. Ya no puede retornar a él, del mismo modo que tampoco puede recuperar el órgano que el cirujano le ha extirpado. También se puede decir: la última escena en la cual se le ayudó verdaderamente al paciente, en realidad sólo liquidó el caso. Es así como el cirujano le devuelve al enfermo una vida mutilada que, así como es ahora, no debería ser”*. Weizsäcker continúa explicando que *“de ahora en más el campesino se obstruye el camino a sí mismo, ya que pierde algo del campo de su conciencia. Se vuelve ignorante respecto de algo que anteriormente sabía y ha perdido el hilo a lo largo del cual hubiera podido avanzar. Es como si de algún modo estuviera pisando siempre en el mismo lugar”* (pág. 140). Si bien el síntoma ha desaparecido, el carácter malicioso y ensañado permanece. Y, lo peor del caso, es que junto al deseo de saber, ha desaparecido también la posibilidad de cambiar.

A través del relato de esta historia clínica, **Weizsäcker plantea que nuestras enfermedades tienen que ver con nuestras verdades, ya que se relacionan con un conocimiento acerca de nosotros mismos que hemos perdido. La necesidad de recuperar este saber es, para el autor, más importante que la necesidad de “curar” la enfermedad, en el sentido de hacerla desaparecer.** Es más, tal como vemos en la historia del campesino, a veces lo que desde la medicina se considera una curación exitosa, desde nuestro punto de vista constituye una pérdida irreparable que nos aleja aún más de la posibilidad de reencontrarnos con lo que necesitamos saber.

La idea de la curación como la eliminación de la enfermedad a cualquier costo se vincula con otra idea de Weizsäcker, quien plantea que la medicina suele acercarse a la enfermedad con la actitud de “fuera con ella”, es decir con el propósito de combatirla hasta hacerla desaparecer. El autor, en cambio, propone decirle a la enfermedad: “sí, pero no así”; para él no se trata de luchar contra ella, sino de interrogarla, escucharla e intentar comprenderla. Busca aprender de la enfermedad y averiguar qué es lo que ella está expresando. Es en este sentido que Weizsäcker afirma que toda penuria y todo padecer

contienen una pregunta por la verdad y que en toda ayuda podrá encontrarse una respuesta a ella, un saber que produce alivio.

Afín a estas ideas, Chiozza² nos advierte que no debemos olvidar que la enfermedad es, como decía Freud (1914g), un oponente digno y que, en tanto es un intento curativo del paciente, producto su esfuerzo, merece nuestro respeto. Nos alienta a tener sensibilidad para comprender el trabajo que el paciente invirtió en el desarrollo de su patología y a evitar la actitud “quirúrgica” de querer “cortarla por lo sano”, sin preguntarnos por la función que cumple en su vida: *“Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la ‘solución’ que el paciente ha encontrado y que su simple desaparición suele restablecer el problema inicial o puede incluso agravarlo”* (Chiozza, L., 1981j, pág. 196). Explica que la técnica psicoanalítica tiene una actitud más conservadora que la quirúrgica, en tanto procura que lo patológico y lo sano se “despeguen” en un esfuerzo nuevo y creativo. Es decir que el psicoanálisis, a diferencia de la cirugía, no busca la *restitutio ad integrum*, porque cree que es imposible volver a un estado anterior, ya que *“vivir es cambiar irreversiblemente”* (Idem).

En esta dirección, Chiozza sostiene que *“Si la solicitud del psicoanálisis proviene siempre de alguna de las formas del sufrir, podremos decir, válidamente, que su ejercicio es, primariamente, una búsqueda de alivio. Pero hoy partimos de la conciencia, renovada, de que sufrir es haber perdido la inocencia, que las cosas que retornan ‘otra vez’ no son las mismas, que jamás se restituye exactamente un estado anterior, y que la pena sólo puede mitigarse a través de un doloroso progreso que es totalmente opuesto a la ilusión de volver”* (ídem, pág. 152). Agrega que una vez que hemos comprendido lo que una enfermedad significa en la vida del paciente, la idea de curar *“en el sentido tradicional de intentar restituir las cosas a su estado primitivo, constituye una utopía o, peor aún, ‘un sinsentido’* (Chiozza, L., 1978m). El psicoanalista se propone en cambio ayudar al paciente a restituir un equilibrio en un nuevo nivel que no implica volver a un estado anterior, sino haber crecido³.

Gustavo Chiozza (2000), al plantear que para deshacer un malentendido secundario es necesario deshacer también uno primario, explica que analizarse implica un crecimiento, el surgimiento de algo nuevo. Plantea que el objetivo de un tratamiento psicoanalítico no se limita a restituir, *“no se restringe a rescatar para la conciencia aquello que una vez fue conciente y ahora está reprimido; no menos importante es la tarea de ampliar los contextos de significación inaugurando, para la conciencia, significados nuevos”* (pág. 178). También Weizsäcker se pregunta en su “Historia clínica” si el saber que el campesino ha perdido era en realidad un saber que él poseía antes o si se trata en verdad de un descubrimiento nuevo. El esclarecimiento de Gustavo Chiozza permite combinar ambas alternativas.

A la luz de estos desarrollos, nos resulta interesante reparar en que el término “curar” comparte su etimología con la palabra “curioso”, que originalmente significaba “cuidadoso”, “ávido de saber” (Corominas, J., 1961).

² Corresponde a comentarios realizados por el Dr. Luis Chiozza durante la discusión del trabajo “Sobre la elaboración”, de la Lic. Ana Corniglio, presentado en el CCMW en 1993.

³ Ver nota 2.

¿Podemos pensar entonces que junto a una idea más mecánica de la curación como el deseo de eliminar la causa que ocasiona la enfermedad y así regresar a un estado anterior, existe una concepción más profunda y enriquecedora de la curación como una actitud de curiosidad e interés por aquello que nos está ocurriendo, que contiene un deseo de crecer y de ampliar nuestro conocimiento de nosotros mismos y del mundo que nos rodea?

En este sentido, Chiozza (1995M, pág. 157) afirma que *“Más allá de las vicisitudes, más o menos soportables, a que da lugar la enfermedad, el precio más alto que pagamos es una limitación en el conocimiento de nosotros mismos que equivale a un escotoma en nuestro conocimiento del mundo”*. En su obra más reciente, plantea que la curiosidad nos rescata aún en los peores momentos, ya que, *“Cuando la montaña de agua de un tsunami inmenso se eleva gigantesca antes de romperlo todo en mil pedazos, uno quiere saber... dejar los ojos abiertos... hasta el último instante. Entonces el interés renace, y es esa curiosidad, la misma que en los niños nos despierta ternura, el pequeño bastión en donde, cuando todo se pierde, apenas vencida se refugia la vida”* (Chiozza, L., 2012, pág. 155-6).

Tal como sostiene Ortega y Gasset⁴, la curiosidad *“incita a ensanchar el horizonte, a abandonar nuestro inerte y cómodo repertorio habitual”; “con ella intentamos situarnos enteros en otra vida, brincar con todo nuestro ser más allá de la línea anquilosada que constituía nuestro horizonte”*. Agrega que la curiosidad supone *“fuerza creciente en la persona, porque el horizonte no se amplía nunca o casi nunca por sí mismo, sino que lo ensanchamos empujándolo con los codos de nuestra alma, que para ello necesita dilatarse, rebosar hoy su voluntad de ayer”* (pág. 849). No cualquiera, dice Ortega, puede desarrollar esta curiosidad, ya que muchas veces es tan grande el miedo a lo desconocido que preferimos permanecer aferrados a lo habitual, sin darnos cuenta que con esta actitud hacemos que nuestra vida se marchite.

Si volvemos ahora sobre la historia clínica de Weizsäcker, podemos pensar que nuestra tarea como psicoanalistas implica, en algún punto, recorrer el camino inverso de dicha historia. En mayor o menor medida, la persona que viene a vernos se encuentra más cerca del último acto –el “fuera con ella” que pronuncia el cirujano con su bisturí- que de la pregunta original del campesino. **Podríamos decir que analizar a un paciente es acompañarlo en el camino –que no es “de regreso”- hacia aquella pregunta perdida, llegar a formularla o, en términos de Chiozza, “abrir el expediente”. Pero sabemos que el camino de vuelta a la salud no es un camino fácil (Chiozza, L., 2005a), exige “re-significar” la historia del paciente y para ello deberemos cuestionar “el mapa” con el que se mueve por la vida, modificar su carácter y su particular estilo, que lo llevó a “construir” su enfermedad.**

Ahora bien, Chiozza enfatiza que este “estilo” del paciente -que incluye la enfermedad- es una creación en la que invirtió esfuerzo e ingenio, que le procuró beneficios y que, “mal que mal”, le permitió manejarse por la vida hasta el momento presente (Chiozza, L., 1980d [1979]). Poner en crisis su “mapa” implica cuestionar el “suelo de creencias” sobre el que

⁴ CD Obras Completas, compilado por el Dr. Darío Obstfeld.

está construido. En este sentido, Chiozza⁵ explica que una gran parte de nuestro trabajo como analistas consiste en destruir una creencia, romper la fe que el paciente tiene en su sistema. En esta tarea debemos tener mucha paciencia, ya que poner en duda las propias creencias despierta violencia y configura uno de los principales motivos de resistencia.

El punto de mayor dificultad es que estas creencias son egosintónicas para el paciente, quien no las vincula con aquello que le sale mal en la vida sino, paradójicamente, ¡con lo que le ha salido bien! Entonces él nos consulta, en gran medida, para que le hagamos “chapa y pintura”, apenas un “retoque”, y nosotros, aunque no se lo explicitemos, sabemos que para ayudarlo tendremos que promover un cambio “de fondo”. **En este sentido, dice Chiozza⁶, el psicoanálisis es casi lo contrario de lo que el paciente propone cuando se viene a analizar: el analista busca levantar las represiones del paciente, mientras que éste, al menos en parte, tiene el íntimo deseo de consolidarlas aún más.**

Chiozza explica que cuando una persona llega a consultarnos, generalmente ya avanzó mucho por el trayecto equivocado, ya invirtió gran parte de su vida en él y muchas veces le parece “preferible” continuar transitándolo antes que emprender un doloroso cambio de ruta que le exigiría dar por perdido el enorme trabajo invertido en la enfermedad. Agrega que detrás de argumentos como el de que el análisis demanda demasiado tiempo, dinero o esfuerzo, generalmente se oculta un motivo más profundo de resistencia, que radica en que en este caso se trata de un tipo particular de esfuerzo que resulta antipático, desagradable, “a contrapelo”. Tener que renunciar a lo que tanto le costó crear es para el paciente una injusticia, es *“la desgracia de pagar dos veces, desperdiciando aquel otro costo de lo que realizó con orgullo, su carácter y su enfermedad”* (Chiozza, L., 1995/ [1994], pág. 211).

No es raro, entonces, que el paciente nos consulte esperando que podamos “resolverle” su dificultad, sin tener que realizar él grandes cambios. Dicho en términos metafóricos, no quiere modificar su mapa, sino que nosotros logremos encontrar *dentro de ese mismo mapa* cuál es el camino que debe seguir para obtener lo que anhela. Claro que muchas veces la concepción de “eso que anhela” es, ya, producto de un mapa equivocado.

Agreguemos que una transferencia básica, presente en mayor o menor medida en todo tratamiento, es la de un vínculo de características muy primarias, fetales. Dentro de esta transferencia, el paciente espera que podamos “darle” o “conseguirle” lo que necesita – llámese salud, amor, dinero-, a veces al punto de pretender que nosotros mismos nos transformemos en el objeto capaz de satisfacer sus carencias. Muchas veces estas resistencias también se instalan en nosotros que, como analistas, sucumbimos al deseo de intentar, por ejemplo, “aplicar el psicoanálisis” durante la sesión para tratar de “resolverle la vida” al paciente (Chiozza, L., 1995/ [1994], pág. 214). Nos produce rechazo y dolor darnos cuenta que no podemos ser esos objetos omnipotentes que él cree ver en nosotros. A la luz de los desarrollos de Chiozza acerca del análisis de los puntos de urgencia compartidos con

⁵ Ver nota 2

⁶ Corresponde a comentarios realizados por el Dr. Luis Chiozza durante la discusión del plenario de la jornada *Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis*, realizada en la Fundación Luis Chiozza el 18 de mayo del 2002.

el paciente, comprendemos que sus resistencias son, en algún punto, siempre también las nuestras.

Pero, tal como decía Freud, “lo intelectual también es un poder” y nosotros sabemos que el análisis no es magia, no se trata de cumplir deseos, sino que, más modesto pero más realista, este método nos ofrece la posibilidad de cambiar, duelo mediante, para llegar a ser lo mejor que podemos ser, dentro de nuestras posibilidades. Al fin y al cabo, ya Freud señalaba que lo que el análisis se propone es sustituir el sufrimiento neurótico por aquel que es normal en la vida. El paciente que comienza un tratamiento muy atrapado por las fantasías mágicas mencionadas sentirá seguramente que las cosas no avanzan al ritmo que esperaba y se sentirá decepcionado, angustiado, enojado. Muchas veces esto lleva a la interrupción del tratamiento. En otras ocasiones, sin embargo, paciente y analista son capaces de sortear estas dificultades para llegar a descubrir entonces el verdadero valor del análisis, que no radica en la magia, sino en la posibilidad de crecimiento que ofrece. Por este escarpado camino, con esfuerzo y a través del trabajo compartido, es que una persona “se hace” un paciente de análisis.

Retomemos ahora el caso del adolescente con vitiligo con el cual iniciamos esta participación. Luego de este recorrido se hace evidente que en el tratamiento nos ocuparemos de analizar el carácter del paciente, *más allá* de su vitiligo. No es que pensemos que su enfermedad dermatológica carezca de un significado, ni que este significado no esté vinculado seguramente con lo que está ocurriendo en su vida y con el modo particular que tiene de enfrentarlo. Pero sabemos que en el análisis deberemos “meternos” con la forma de ser del paciente, con su estilo, y que nuestra tarea consiste en analizar los puntos de urgencia compartidos que vayan surgiendo en el vínculo con él. Encaminados en esta dirección y dejando la síntesis librada a lo inconciente, el vitiligo no necesariamente estará en nuestro foco de atención. Tal vez el análisis mejore las manchas de su piel, tal vez no, pero, por extraño que resulte, esto ni siquiera nos parece lo más importante. Es interesante que este mismo razonamiento puede aplicarse a cualquier caso. Imaginemos por ejemplo una chica que consulta porque no consigue novio, una mujer que viene a vernos porque no logra quedar embarazada o un hombre que busca nuestra ayuda porque no puede conservar sus trabajos. También en estos casos un buen desarrollo del tratamiento no necesariamente implicará que el paciente logre cumplir esos objetivos que lo traen al análisis.

Volviendo a nuestro paciente, sabemos que tenemos por delante un camino difícil que, en un punto, es opuesto al que él desea y que tal vez no lo soporte. Quizás interrumpa entonces el tratamiento bajo algún pretexto, como por ejemplo que el vitiligo no mejora o, por qué no, que éste sí ha mejorado y que por lo tanto ya no ve una razón para continuar. Las chances que tenemos de ayudarlo a cambiar su “mapa” tal vez no sean muy altas. En el mejor de los casos será un recorrido largo y esforzado para ambos, pero esto no significa que no valga la pena intentarlo. Al fin y al cabo, tal como señaló Freud: *“si con el procedimiento más trabajoso y prolongado puede conseguirse mucho más que con el breve y fácil, el primero estará, a pesar de todo, justificado”* (Freud, S., 1905 [1904], pág. 252).

Ahora bien, dijimos que podemos distinguir por un lado una idea de curación más anacrónica, propia del pensamiento mecanicista, que busca “recomponer el mecanismo descompuesto”, con la idea de retornar a un estado anterior. Por otro lado, planteamos otra idea de curación, más acorde al pensamiento psicoanalítico de autores como Freud, Weizsäcker y Chiozza. Desde esta concepción, la curación tiene que ver más con el crecimiento y con el cambio, con la aparición de aspectos nuevos que enriquecen la vida de la persona. De todas maneras subsiste una cierta inquietud y nos preguntamos si no estamos quizás forzando los términos al querer incluir estas ideas dentro del concepto de curación. Porque una y otra vez parece reintroducirse el prejuicio materialista de que lo importante es “solucionar” las cosas. Así, **al pensar en el camino a transitar con nuestro paciente, solemos concebirlo en términos de un trayecto que nos permitirá llegar a una meta. ¿Pero es acaso la meta lo más importante? Cuando Weizsäcker habla de la camaradería itinerante entre médico y enfermo, ¿está poniendo el acento en la meta a la que ambos quieren llegar? ¿O más bien está enfatizando la importancia del recorrido en sí mismo, un recorrido que se enriquece gracias a este nuevo vínculo que se ha formado?** Tal vez sea nuestro error el darle tanta importancia al objetivo final. También Chiozza, al ocuparse de la manía, plantea que los “atajos” que ella nos propone no sólo son ilusorios, sino que *“además, y sobre todo, en esos caminos ‘directos’ nos sucede que perdemos lo mejor de la vida, que no reside en las cosas, sino en la manera en que llegamos a ellas”* (Chiozza, L., 2012, pág. 113). Parece muy difícil quitar de la noción de curación el germen de esta idea de un lugar al que “se llega” y entonces “ya está”, no hay nada más que hacer. La importancia queda así puesta en el “llegar” y no en el recorrido que, sin embargo, es lo más interesante.

Si resultara cierto que la idea de curación contiene este malentendido, quizás sea mejor intentar no pensar al tratamiento psicoanalítico como un medio para obtener la curación del paciente, sino, como planteó en varias ocasiones Gustavo Chiozza⁷, como una práctica, como una forma de vivir que nos permite enfrentar mejor las dificultades propias de la vida, teniendo siempre presente que una vida sin dificultades no tendría gracia ni sentido. En este camino, dice el autor, el psicoanalista se ofrece como un guía experimentado, pero también como “un compañero de ruta con quien compartir la aventura de vivir”⁸.

⁷ Comentarios realizados durante las actividades en la Fundación Chiozza. La interpretación de estas palabras es de mi responsabilidad.

⁸ Participación de. Dr. Gustavo Chiozza en la mesa redonda “La perspectiva del método patobiográfico”, realizada el 1^a de noviembre de 2011 en el Malba, en el marco del 7^a encuentro internacional “El drama en el alma y la enfermedad en el cuerpo”.

BIBLIOGRAFÍA:

COROMINAS, Joan (1961)

Breve diccionario etimológico de la lengua castellana, Editorial Gredos, S.A., tercera edición, Madrid, 2003.

CHIOZZA, Gustavo (2000)

“Lo inconciente y lo des-conocido”, presentado en el simposio del año 2000, en la Fundación Chiozza.

CHIOZZA, Luis (1972c)

“La causa y el porqué de la enfermedad”, en *Obras Completas*, t. III, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1978m)

“Prólogo de *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*”, en *Obras Completas*, t. IV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1980d [1979])

“Acerca del uso y el valor de la realidad, la transferencia y la historia en el tratamiento psicoanalítico”, en *Obras Completas*, t. VIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1981j) “Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”, en *Obras Completas*, t. IX, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1995l [1994])

“Recuerdo, repetición y elaboración en la crisis actual del psicoanálisis”, en *Obras Completas*, t. XV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1995M)

“La conmovedora experiencia de resignificar una historia”, en *Obras Completas*, t. XIV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1995y [1990])

“El poder terapéutico del psicoanálisis”, en *Obras Completas*, t. IX, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2005a)

Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa, en *Obras Completas*, t. XV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2008f)

¿*Por qué nos equivocamos?*, en *Obras Completas*, t. XVII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009.

CHIOZZA, Luis (2012)

El interés en la vida, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2012.

DRAE (1992)

Real academia española, diccionario de la lengua española, Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1992.

DUDEN (2001)

Diccionario etimológico de la lengua alemana, Dudenverlag, Mannheim, 2001.

FREUD, Sigmund, 1905 [1904]

“Sobre psicoterapia”, en *Obras Completas*, Tomo VII, Amorrortu Editores, 1979.

LANGENSCHIEDT (1987)

Diccionario alemán-español. Océano Langenscheidt Ediciones, Barcelona, 1999.

WEIZSÄCKER, Viktor von (1927-28)

"Historia Clínica", en *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1995.