

Los modos de decir la clínica

Nora Altman

"El médico tiene deberes, no sólo ante el enfermo, sino también ante la ciencia...La publicación de lo que uno cree saber sobre la causa y la estructura [de los casos] llega a ser un deber, la omisión una vergonzosa cobardía." Este temprano llamado de Freud a la escritura de casos clínicos como un deber, pronunciado en Estudios sobre la histeria, se mantiene vigente hasta hoy. Ahora bien, a pesar de encontrarse tanto en Freud como en Lacan la incitación a que el analista exponga ante sus colegas la propia experiencia, como modo privilegiado de transmisión, y a pesar de que la circulación de textos entre analistas es una práctica corriente, no dejo de preguntarme, cuántas veces ese intercambio se produce efectivamente, alcanzando una auténtica transmisión. Al respecto, hay que decir que el mismo Freud y también desde sus primeros textos, plantea sus dudas acerca de la posibilidad de transmitir la clínica. En el caso Dora, se queja de que a sus historiales muchos lectores, los tomen por novelas.

Al fin y al cabo, nuestro instrumento es la palabra a pesar de que, paradójicamente, lo que intentamos abordar no puede aprehenderse completamente por esa vía. Y así como la poesía busca decir algo que excede a las palabras contenidas en el texto, el psicoanálisis coincide con ella en esta intención. Las modalidades que adquiere la palabra del analista, tanto en el consultorio como en la escena pública, son decisivas. Y, también como en el arte, a los dilemas de cómo introducir esos matices se le suman los de la resonancia que genera en aquellos a quienes se dirige. ¿De quién depende esa resonancia? ¿El sentido que se le da a un texto, lo determina el autor, o depende del lector?

No pretendo llegar a contestar exhaustivamente estas preguntas acerca del importante tema de los modos de decir la clínica. Me limitaré a poner a consideración de Uds.. seis breves reflexiones.

1. El relato de casos clínicos, un género cuestionado pero inevitable

La denominación de "Caso clínico" es pasible de una primera objeción. Estos dos términos provienen de otros ámbitos, el de la jurisprudencia y el de la medicina; ámbitos que conciben al sujeto de manera diferente a la del

psicoanálisis. Desde la medicina, en particular, se espera que los casos puedan y deban ser encasillados dentro de coordenadas claramente establecidas, enumerables y objetivables, del mismo modo se supone, una curación igualmente objetivable, verificable y comunicable. Muy poco encaja ese modelo con la práctica de nuestros consultorios

Decimos, que el psicoanálisis es una ciencia de lo particular. La particularidad y algo del orden de lo intransferible es lo que caracterizan el proceso analítico. No se puede pensar en un caso clínico, sin tener en cuenta que éste se constituye como tal en función de lo que el analista construye de él, con lo que pone del paciente, de sí mismo, de su concepción del análisis, de cómo fue llevando la cura, etc. Cuando se escribe un caso, ¿se habla del paciente o más bien del analista?

Sin embargo, a pesar de la falta de objetividad comprobable y de tratarse de una concepción tan diferente a la de la medicina, hablar de caso clínico en psicoanálisis no es un absurdo. Si bien algunos cuestionan el valor demostrativo de un caso por su falta de objetividad, es innegable el aporte que las presentaciones clínicas representaron al desarrollo de nuestra disciplina.

En *Consejos al médico ...*, refiriéndose tanto al propio análisis como a la atención de pacientes, Freud afirma que no se puede ser analista, sólo a partir de los libros, la experiencia clínica, dice, es insoslayable. En este sentido, quizás el intercambio entre analistas de textos que hablan de su práctica, tenga un lugar imprescindible, intermedio entre la aprehensión teórica y la experiencia clínica. Es un eslabón importante en la transmisión y ocuparía un lugar similar a lo que es la supervisión de casos.

También Lacan le da importancia a la transmisión entre psicoanalistas de su práctica. "La clínica —decía— es (...) lo que debe permitir interrogar al psicoanalista e instarlo a que declare sus razones".

Al respecto, podría objetarse que él casi no escribió sobre sus propios casos. Lo que puede responderse es que, en sus escritos y seminarios, abunda la presencia de ejemplos clínicos tanto de Freud como de otros analistas. En la medida en que estos recortes le fueron imprescindibles para transmitir una gran cantidad de conceptos, esta inclusión de la clínica avala, de alguna manera, la presentación de casos como un modo válido de intercambio. "Ciertas nociones analíticas sólo pueden abordarse poniendo en escena un caso." confiesa en el seminario de La Ética.

2. Relato clínico / Relato literario

Aún así, no voy a disimular un prurito que acompaña a la presentación de casos, que podría resumirse en la temprana queja de Freud ya mencionada, a propósito de que a sus historiales se los leía "como novelas". Veamos qué tipo de relato son los textos clínicos y qué consecuencias, no sólo inconvenientes, tiene su parentesco con la literatura.

Se impone precisar qué separa un caso de una novela; pero, en primer término, me ocuparé de lo que tienen en común; vale decir, el hecho de que ambos son relatos, son géneros narrativos. Para contar, para hacer inteligible cualquier episodio, éste debe ser presentado según estructuras narrativas, ya se trate de la verdad o de la ficción.

Hay autores que insisten en hacer una bifurcación al citar los tipos de los relatos que pueden encontrarse en las distintas disciplinas. Por un lado, estarían aquellos relatos que pretenden dar cuenta de una verdad referencial (al modo de las descripciones científicas), donde se incluyen los textos de historia y los estudios de campo de la antropología. Por otro lado, los relatos que no poseen ese carácter documental, los literarios. ¿Dónde se ubican nuestros relatos clínicos?

Digamos en principio que ya porque el hilvanar los hechos, tramar su devenir, implica necesariamente la forma de un relato, no es posible sostener a ultranza esta división. Es preciso acercar lo testimonial a lo literario en tanto ficcional. Sin embargo esta actitud de mayor permeabilidad suele despertar fuertes resistencias. Considero que mantener en todo momento esa nítida bipartición de lo verdadero y lo ficticio puede llegar a ser un obstáculo, especialmente al tratarse de nuestra clínica. El mismo Freud confesaba, que era través de relatar como un cuento lo que había sucedido en una cura, como lograba despejar " el conocimiento del caso".

Entre los historiadores y los antropólogos, por otra parte, es frecuente asimismo encontrar, en los últimos años, reclamos contra la rigidez de esa división. Ellos admiten el componente ficcional de sus narraciones sin pagar, por eso, el precio de pensarlas como observaciones menos rigurosas.

Habría que decir, con De Certeau, que lo que las matemáticas son para las ciencias exactas, lo es la literatura para la historia o el psicoanálisis, vale decir, aquello que hace posible su existencia. Quien realiza un relato clínico

debe, al igual que el historiador o el antropólogo, tener en cuenta ese sustento narrativo en lugar de pelearse con él intentando deshacerse de su fatalidad.

En resumen, sólo puede presentarse lo ocurrido en una experiencia analítica articulándolo temporalmente, dándole la coherencia y el encadenamiento causal de la lógica del relato. Y, en eso, es indistinguible de una novela. Toda narración, aún la narración de hechos acontecidos, tiene necesariamente en mayor o menor medida, un componente ficcional. La procedencia etimológica del término ficción, nos envía a nociones como: dar forma, fabricar, crear, modelar, que reafirman la concepción aquí planteada en contraposición a pensar la ficción simplemente en su dimensión de engaño.

3. Relato clínico / Relato histórico

Para pasar ahora a la cuestión de qué distingue un caso de una novela, propongo comenzar por un ejercicio algo más sencillo: el de qué distingue el texto de un historiador del de una novela. Dicho rápidamente, cuando un historiador describe un hecho supone que ese hecho aconteció efectivamente, exigencia que es ajena al novelista.

En un historial analítico la cuestión es más compleja: cuando un analista describe su experiencia con un paciente, le sucede en parte lo mismo que al historiador (cuenta algo que efectivamente aconteció e incluso de lo que fue testigo y protagonista); pero a esa referencia de lo que sucedió en el consultorio se le agrega algo que complica mucho más las cosas. Porque lo que su paciente relata son hechos situables dentro de unas coordenadas muy distintas a la de la historia: son las coordenadas de la realidad psíquica. No son exactamente los hechos efectivamente acontecidos la causa determinante de su patología, sino la manera en que fueron tramitados por el sujeto; lo cual implica ideas acerca de la temporalidad y la objetividad muy distintas a las del historiador tradicional. Si en un análisis se concluye que, a determinada edad, el paciente sufrió una violación, y se sitúa este episodio como algo determinante, no por eso suponemos que esa experiencia haya ocurrido indefectiblemente. No hace falta (aunque no es que no nos importe) que eso haya ocurrido, su ocurrencia psíquica alcanza para provocar efectos clínicos. Todo lo contrario sucede, por ejemplo, con los abogados, donde existe una necesidad de constatar la ocurrencia o no de los hechos.

Vemos entonces la diferencia principal de nuestra disciplina con la de la historia; entre nosotros, la verdad de una afirmación no depende de la exactitud de su ocurrencia factual. Diríamos, con Blanchot, que es justamente lo contrario, que: "lo indefinido del error nos preserva de la inautenticidad". Quizás eso es lo que consigue que las palabras, en análisis, tengan su particular eficacia. La estructura ficcional de la verdad estuvo presente en el psicoanálisis desde los primeros textos a través del concepto freudiano de realidad psíquica.

4. Continuismo / Ruptura en los relatos de la clínica

Retomando las cuestiones de si hay o no transmisión de la clínica psicoanalítica fuera del consultorio, de si hay o no intercambio en nuestros encuentros entre analistas, paso ahora a proponer, tomando cierta idea de Barthes, otra bifurcación, la de que habría dos tipos de escritos clínicos. Unos serían aquellos que no conmueven sino que confirman lo ya sabido. Los otros, los que producen una ruptura, permitiendo la emergencia de algo novedoso. Los primeros pueden llegar a adormecer; los segundos, producen el efecto del despertar entre quienes se atreven escucharlos. Se puede escribir acerca de un caso tratando simplemente de asimilarlo a la doctrina a la que adherimos, cosa que obviamente constituye un paso indispensable para el analista. Sin embargo, también es imprescindible poder estar abierto a la emergencia de dudas, contradicciones, cosas que no cierran, tomando el caso en lo que puede tener de único y hasta de excepcional.

Como se sabe, los casos que Freud eligió publicar tuvieron más que ver con lo que se le aparecía como improcesable que con intentos de ilustrar exitosamente su teoría. Freud se atrevía a mostrar sus dificultades, así como Lacan ¡mostraba las dificultades de los otros! Más allá de este chiste, podemos afirmar que Lacan tenía la posibilidad de luchar contra esa tendencia que la presentación clínica conservadora puede propiciar; él se permitía un espacio para encontrar aún allí la sorpresa. Esta actitud está emparentada con lo que la interpretación analítica propicia. Al no ir en busca de lo que se sabe, se va al encuentro de lo inesperado.

5. El lugar del lector

Ahora bien, ¿eso que leía Lacan, estaba en los textos de Freud o de los post-freudianos? ¿El sentido viene provisto por el texto o es algo que se genera en el que lee? A favor de la segunda alternativa está la postura sustentada por Barthes, Foucault, y Derrida, de que "el autor ha muerto". Esta frase estaría indicando que los escritos cobran cierta autonomía una vez que se desprenden de las manos de su autor; vale decir, generan efectos de sentido impredecibles a los anticipos de su autor. Muchas veces, después de releer, por ejemplo un texto de Freud o de Lacan que creíamos bien sabido, tenemos la sorpresa de encontrar cosas totalmente novedosas, que nunca habíamos descubierto antes. Si eso estaba ahí desde siempre, ¿cómo es que no lo leímos la primera vez? ¿Acaso esta vez sí leímos lo que Freud y Lacan quisieron escribir, o somos nosotros quienes pusimos esta vez ese sentido allí? ¿Cómo será, cuál será ese texto la próxima vez que lo abra? El lector es quien termina de abrochar un sentido en lo que lee. Se podría decir que es como si el texto fuera reescrito, fuera otro, cada vez que se lo lee.

Pero quizás estas elucubraciones no deban ser tan sorprendentes para los analistas; al fin y al cabo las consideraciones de Freud acerca de la atención flotante incitarían a pensar que esta concepción ya estaba en él de modo subyacente. Freud escribe en cuanto a la posición del que escucha que ..."Si uno selecciona, sigue sus propias expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe.....y falseará la percepción"...Dice: "No se debe olvidar, que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad discernirá. La actitud correcta es la de dejarse sorprender, desde una posición ingenua y sin premisas".

Entonces, de esa manera estaríamos permitiendo que no se cierren los caminos que nos permitirían examinar lo ya conocido y encontrar ahí algo nuevo. Como ante un paciente, ante el texto de otro psicoanalista, quizás deberíamos poder suspender toda intención de que aparezca algo determinado de antemano, poner entre paréntesis todo conocimiento previo, para poder escuchar lo novedoso.

A pesar de sostener que el lector es quien cierra el sentido podemos afirmar que así como la interpretación no está abierta a todos los sentidos tampoco lo estaría un escrito analítico.

Los modos que adquieren los escritos presentan sensibles diferencias. Fokema y Ibsch, estudiosos de la literatura, subrayan, que: "Cuanto mayor sea la indeterminación en un texto, mayor será la intervención del lector en

las actualización del sentido". Lo mismo podría asegurarse de los escritos psicoanalíticos. Aunque parezca algo difícil de medir, es evidente que los textos de Lacan tienen un estilo que propicia una gran diseminación de sentidos muy superior a la de la mayor parte de sus colegas. Al respecto, lo que él ha dicho acerca de la interpretación, que "no está hecha para ser comprendida, sino para producir olas", podría extenderse a su posición como escritor del psicoanálisis.

6. Algunas palabras más acerca de los modos de decir la clínica

La escritura de casos no sólo nos revela la posición de su autor en cuanto si está abierto a lo nuevo o si buscar confirmar ideas previas, o si presenta un grado mayor o menor de ambigüedad; hay todavía mucho más. Por ejemplo, su manera de registrar datos nos da pistas de cuál es la concepción de sujeto que sostiene. Cuando notamos una intensión de transmitir todo lo ocurrido en el consultorio de la manera más exacta y objetiva posible, como se lee en algunos psicoanalistas postfreudianos, ¿eso no supone, sin más, una concepción del sujeto y de la verdad? Otro tanto se puede decir de concepciones en que la imposibilidad de la objetividad es el basamento subyacente. En este sentido, cabe suponer, que los modos de escribir una cura, aún en sus detalles más insignificantes, tienen que ver con la concepción de cura que allí se sostiene.

Hay mucho por hacer a propósito de cómo se dice o se escribe la clínica. Éstas son apenas unas reflexiones introductorias. Creo que es un tema que merece ser investigado en profundidad y confío en que, en un futuro, podré llegar más lejos y encontrar, entre ustedes, nuevos y mayores desarrollos.