

Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicoanalítico

Héctor Ferrari

La fundación del psicoanálisis está ligada a un relato, al relato del caso de un paciente (*Krankengeschichte*). Aunque pueden formar parte integral de un mismo proceso, relato y caso tienen matices diferentes. Para los fines de este trabajo, utilizo el término *relato* al procedimiento narrativo empleado para darle forma a esa variedad de ‘género discursivo’ que en psicoanálisis llamamos ‘caso’.

Relatar es contar una experiencia. Siendo una transcripción (*Umschrift*), es decir, un reordenamiento de acuerdo con nuevas relaciones, el relato es siempre la narración de algo ya ocurrido. En el proceso de la transcripción hay un retardo estructural, es decir un presente no constituyente, originariamente reconstruido a partir de los signos de la memoria: “por cierto que esta conciencia-pensar secundaria es de efecto posterior (*nachträglich*) en el orden del tiempo, probablemente anudada a la reanimación alucinatoria de la representación palabra... (Freud, 1895, p. 275)... Este proceso estructural luego se hace ostensible cronológicamente.

Toda ciencia descansa inicialmente en “observaciones y experiencias” (Freud, 1940, p. 157). Cuando se hace el relato de ellas, ha transcurrido un tiempo, no importa cuánto, que va de la ‘huella’ (*Bahnung*) a su recuerdo (*Erinnerung*). Y en análisis, el tránsito de una situación originalmente ‘vivida’ en sesión a su transcripción en palabras, oral o escritas. La demora inevitable y el cambio de código tornan compleja la veracidad de cualquier relato.

Demos un paso más. De entrada el material clínico es oído. El fin de la escucha y el predominio a la expresión verbal abren paso al relato escrito. Es el momento de la *Bearbeitung* o elaboración secundaria. Escribir el relato es ponerse en historiador de una experiencia en la que se ha participado emocionalmente. Requiere del narrador, entre otras cosas, de un especial estado de ensoñación para procesar la experiencia y a la vez, cuidar los posibles signos indelebles provenientes de su propia autobiografía. Y una diferencia crucial: mientras el relato oral está dirigido a alguien presente, “la escritura es originariamente, el lenguaje del ausente” (Freud, 1930, p. 90)

El relator tiene que transformar el ‘material’ en un relato articulado según los códigos del lenguaje escrito. Comienza el proceso de darle forma al relato como caso. No es solamente presentación sino reproducción. Nos preguntamos ¿cómo sacar una transcripción escrita a la altura del original? Por empezar, disponemos de conjeturas teóricas sobre el vínculo entre la representación-cosa y la representación-palabra (oída). Pero el trayecto adicional de la representación verbal a la letra escrita plantea al relator problemas complejos. Este paso a la narrativa escrita es tan crucial como desatendido en la formación analítica.

Freud había señalado en 1909:

“Es de lamentar que ninguna exposición de un psicoanálisis pueda reflejar las impresiones que uno recibe durante su ejecución, que el convencimiento definitivo nunca pueda agenciarse por la lectura, sino sólo por la vivencia”.

La escritura del relato hace cambiar el proceso de convicción: lo que fue sentido primeramente sobre el fundamento de impresiones, pasa a ser un juicio del lector. ¿Y qué se espera del lector? Idealmente, que sea un ‘tercero imparcial’, ni un enemigo ni un partidario acérrimo del análisis, a quien Freud (1926) da la palabra para formular sus objeciones, momento crítico de la gramática del asentimiento analítico. La supervisión puede ocupar el lugar del ‘tercero imparcial’: dar lugar a través de posibles interrogantes a nuevas aperturas del saber analítico.

Freud creó los relatos psicoanalíticos, que brotaron con la dignidad de un género literario inédito, construido al paso de la gestación de su

experiencia clínica. Con la presentación del caso, Freud funda una escritura novedosa: comienza con el síntoma como objeto del saber clínico pero la referencia final es al sujeto que lo padece. Inicialmente debió desmarcar sus relatos de los clásicos historiales psiquiátricos. Después que aprendiera de Charcot a figurar la enfermedad como ‘estado’, empezó a comprenderla por su ‘significado’. Por eso, sus historiales se acercaron a los relatos de ficción literaria, de los que necesitó apartarlos.

“A mí mismo me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves (SE, *nouvelle*), y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico.” (Freud S., 1895).

Freud no deseaba que sus historiales clínicos se leyeran como cuentos breves o *nouvelle*. Se trata de un género literario que requiere una narración corta, centrada en una escena, con anudamiento y desanudamiento de una situación dramática en la que la trama es llevada a su apogeo.

En el relato literario tradicional, el poeta (*Dichter*), tras ciertos arreglos, disfraces y omisiones, crea, a partir de sus sueños diurnos, las situaciones que introduce en sus novelas o piezas teatrales. Atempera el carácter autobiográfico egoísta por medio de variaciones y encubrimientos y nos soborna por medio de una ganancia formal de placer estético, que él nos brinda en la figuración de sus fantasías. Los poetas están atados a obtener placer intelectual y estético, por eso no pueden representar tal cual el material de la realidad, sino deben aislar fragmentos de ella, disolver nexos perturbadores, atemperar el conjunto, sustituir lo que falta. Son los privilegios de la llamada ‘licencia poética’. Así ficcionalizan los síntomas de sus personajes. Por el contrario, Freud pretendía un relato ‘científico’ porque “la ciencia importa el más completo abandono del principio de placer de que es capaz nuestro trabajo psíquico” (Freud, 1910, p. 159). Surgen dos preguntas: ¿cómo hacer científico un relato psicoanalítico? ¿Puede permitirse el relato psicoanalítico una incentivación estética, a sabiendas de que puede ser encubridora?

Freud pronto se dio cuenta de la dificultad que planteaban sus relatos:

“Que estropicio nuestras reproducciones, de qué manera lamentable hacemos pedazos estas grandes obras de arte de la naturaleza psíquica” (Carta a Jung, 1909, p. 288)

Por empezar, ya el paciente produce su propia *nouvelle* en sesión. Como si fuera un creador literario, es el autor oral de sus ficciones. En especial con sus sueños, crea una verdadera obra de arte. Cuando el analista traduce en un relato la sesión con el paciente, hace una transcripción del material, la guarda para sí, la cuenta en una supervisión o la expone por escrito. La dificultad de producir esa transformación en un relato es mayúscula. Para sortearla, en la actualidad se recurre a la viñeta clínica, que no es un relato, sino un fragmento acotado cuyo valor se agota en un ejemplo.

Llegamos a una serie de preguntas: el inconsciente, el singular objeto del oráculo freudiano ¿se lo puede representar ‘directamente’ en un relato? ¿Ni más ni menos que en un relato escrito? ¿Cómo presentar esa cosa en sí, inconsciente, kantiana, que sólo puede abordarse por la cara del síntoma? Se alude a un ‘material’ clínico, que reporta a una materialidad. Pero, ¿cómo relatar sobre un ‘material’ que siempre está ahí pero falta siempre?

Finalmente, ¿qué es lo que hace que el relato tome la forma discursiva de caso?

El caso se caracteriza, en un primer momento, por intentar ratificar una verdad por medio de un ejemplo, para a continuación cuestionar sus límites, proponer nuevos interrogantes y generar con el ejemplo nuevas conjeturas.

“Los relatos clínicos de Freud, si bien se inscriben en la tradición del estudio de casos propio de la Psicología de su época, son textos fundadores de un modo de reflexión. Al mismo tiempo que pedagógicamente exponen e ilustran un aspecto de la teoría y el trayecto analítico realizado, dan un paso más: muestran los lugares en los que aquélla puede ser cuestionada y proponen una respuesta

que implica una nueva perspectiva del tema tratado revelando en su desarrollo el proceso de elaboración” (Arnoux E., 2010).

El ejemplo freudiano citado más abajo es una muestra que nos enseña a los analistas cómo relatar un caso.

La hipótesis central de este trabajo

Un relato literario es una narración de ficción, un historial psiquiátrico es una enumeración de síntomas. En psicoanálisis, para comprender la vida de un sujeto y sus síntomas, el relato del caso debe estar atravesado por fundamentos metapsicológicos. Requiere de un doble movimiento: ilustrar y cuestionar. Esta condición permite que el relato psicoanalítico sea un caso científico.

Freud: el modelo de relato clínico de un caso

En 1937 Freud publica uno de sus últimos casos clínicos. Sólo lo menciona como muestra de una terminación de análisis, sin otras consideraciones teóricas.

“Una señorita mayor está desde su pubertad aquejada de una incapacidad a consecuencia de unos fuertes dolores en las piernas, lo cual la ha apartado de la vida corriente. El estado, de evidente naturaleza histérica, ha desafiado a muchos tratamientos; una cura analítica de tres trimestres lo elimina y devuelve a esta persona capaz y valiosa sus derechos a participar de la vida. Los años que siguen a la curación no aportan nada bueno: hay catástrofes en la familia, pérdida de la fortuna, y con lo avanzado de la edad, se esfuma toda perspectiva de dicha amorosa y casamiento. Pero la ex enferma todo lo soporta con valentía y en tiempos difíciles obra como un sostén para los suyos. Ya no sé si doce o catorce años después de terminado el tratamiento, unas profusas hemorragias hicieron necesario el examen ginecológico. Se halló un mioma, que justificaba la extirpación total del útero. Desde esta operación la señorita volvió a enfermar. Se enamoró del cirujano; se regodeaba

en fantasías masoquistas sobre las terribles alteraciones producidas en su interior, con las cuales escondía su novela de amor; probó ser inasequible para un nuevo intento analítico y hasta el final de su vida ya no volvió a ser normal. Aquel exitoso tratamiento es tan remoto que no es lícito hacerle grandes demandas: corresponde a los primeros años de mi actividad analítica. Comoquiera que sea, es posible que la segunda contracción de enfermedad brotara de la misma raíz que la primera, felizmente superada; que fuera una expresión alterada de las mismas mociones reprimidas que en el análisis sólo habían hallado una tramitación imperfecta. Pero yo me inclino a creer que sin el nuevo trauma no se habría llegado al estallido más reciente de la neurosis.”

Este breve relato nos permite hacer algunas conjeturas. Se nota que el entramado de la historia de la enfermedad y la historia del tratamiento, tan común en Freud, no es una simple técnica narrativa exterior a su objeto. El relato clínico freudiano ingresa en una temporalidad propia y utiliza la memoria del acto terapéutico como trama para mostrar el surgimiento de la historia del síntoma. Sin mencionarlo, permite presumir un despliegue transferencial que excede el fin de análisis. A su vez, hace del lector alguien capaz de agregar sus propias inferencias clínicas.

El caso incluye un diagnóstico inicial y se inicia en la pubertad, cuando comienzan los síntomas histéricos y, en pocas líneas, avanza hasta la menopausia. Más adelante (p. 229) los señalará como aquellos momentos donde ‘emergen refuerzos considerables de ciertas pulsiones’ como predisposición al trauma.

Los fuertes dolores en las piernas “habían apartado a la paciente de la vida corriente”. Pero no es sólo que el dolor provocaba la astasia abasia. Sabemos, por los historiales tempranos, que los dolores histéricos provienen de la activación de huellas y son la conversión al soma de un sufrimiento. “Lo doloroso es el sentimiento de desvalimiento, la sensación de no avanzar un paso” (Freud, 1895, p. 167)

Un breve análisis, “de una tramitación imperfecta”, le devuelve a “esta persona capaz y valiosa su derecho a participar en la vida”. Desaparecen los dolores de las piernas pero no la desdicha: hay

catástrofes en la familia, pérdida de la fortuna, y con lo avanzado de la edad, se esfuma toda perspectiva de dicha amorosa y casamiento. Y cuando en la vida no se está en línea con esta satisfacción libidinal precisa, se cae fatalmente en el síntoma.

Paradójicamente, la desdicha puede tener efecto terapéutico, como resultado del masoquismo. Antes sufrió dolor en las piernas y ahora sufre las desventuras vitales que alimentan su masoquismo 'moral'. Parecería emerger en el horizonte de su vida un Destino inexorable que la castiga con la desdicha, con la incapacidad de ser feliz, de amar y ser amada. Luego vemos cómo se sobrepone: "todo lo soporta con valentía y en tiempos difíciles obra como un sostén para los suyos". La paciente recobra su dignidad y va en búsqueda de consolidar su existencia. Ahora 'camina' en la vida dedicándose a los demás para superar su infortunio. La salud recuperada no rinde provecho a su deseo sino a los placeres mitigados del altruismo. Sobresale su vocación de sacrificio. Sobreviene la entrega a las necesidades de los demás, de los otros, sobreponiéndose a las acechanzas del Destino. Freud parece presentarla como modelo de las heroínas literarias de su tiempo (Arnoux E., Comunicación personal). Como en otros historiales, Freud traza apenas un cuadro crítico de la realidad familiar y social capturado por el síntoma de la protagonista. No necesita agregar explicaciones psicosociales o vinculares.

Hasta que comienza a sangrar en el corazón mismo de la femineidad, en el *Leib* de una imposible maternidad. Entonces, se acaban de una vez la salud, el heroísmo y la devoción. El ejemplo muestra el poderío somático y la caída irremediable del fantasma en el cuerpo.

¿Qué significación puede asumir esa brutal profusión que afecta al órgano de la identidad sexual? Un pensamiento fuerte de Freud: el fenómeno mórbido somático halla complacencia en el cuerpo, como para halagarlo y ofrecerle con que alimentarse, libra de carne viva dada al fantasma. La histeria arma su tablado, un teatro de operaciones siniestro, la escena emblemática en la que se representa el destino corporal del fantasma. El cuerpo de la paciente sangra desde adentro, en el fuero somático, padece sensaciones generadoras de terror (*Schreck*) pero por medio de la operación hay también goce. La mujer se embriaga con el cirujano que se inmiscuye en sus intimidades. "Se

regodeaba (*Schwelgen*) en fantasías masoquistas sobre las terribles alteraciones producidas en su interior”. *Schwelgen* es gozar, darse la gran vida, regalarse, deleitarse. La histerectomía parece darle derecho a consagrarse al goce amargo, tanático, de su viejo síntoma.

Esta vez, prohibiéndole el análisis preferirá al cirujano, el operador del cuerpo, quien la acercó a conocer ese goce interno, sin igual, el placer extraño de la castración. Se puede suponer que la explosión amorosa que tuvo con él cancela el duelo por el falo. Salvando las distancias, su situación nos recuerda el síndrome de Estocolmo. La intervención ginecológica la hizo volver a su histeria original, ahora definitiva e invalidante. De esa orgía masoquista, en ese goce que la hunde en delicias mortíferas en lo más profundo de su cuerpo, ella no se curará jamás.

Fin de transferencia, fin de análisis, recaída en la enfermedad para siempre.

La metapsicología como fundamento científico del relato psicoanalítico

Desde el punto de vista retórico, este breve relato freudiano podría ser considerado una variedad del ‘género discursivo’ (Bajtin M. M., 1982) y leerse como un ejemplo literario de ficción, poéticamente hermoso, como una *nouvelle*. Sin embargo, a los fines de este trabajo, debe ser considerado como modelo de relato de un caso clínico psicoanalítico.

¿Por qué es clínico el relato del caso? En el plano discursivo, para Freud el saber clínico requiere la historia del enfermo no ya tanto como la ilustración de la enfermedad sino dejándose ver como ‘la cosa misma’ (Assoun P., 1992). En el relato, más que hablar del síntoma, es el síntoma el que habla. Freud funda la especificidad de la clínica psicoanalítica y edifica su escritura. Un detalle más: el relator es parte del relato.

La escucha analítica reclama un texto y otorga a Freud vocación de relator de casos. Pero tiene que encontrar la manera de relatar respetando el punto de vista de la fantasía sin rendirse a la complicidad que encierra el relato en su ficción. El síntoma puede ser también parte de

un relato de ficción, a menudo encubierto por la elaboración secundaria. Como lo muestra el ejemplo, un rasgo paradójico y una extraña virtud de la clínica freudiana es confrontarse incesantemente con un objeto problemático y al mismo tiempo de una inmediatez deslumbrante. El encuentro insoslayable del síntoma, como lo designado por un trastorno en lo real, como algo que ocurre, que está ahí y del que hay que elaborar un cierto saber que lo trasciende y encontrar la manera de relatarlo. En los momentos traumáticos del relato, como el del sangrado, Freud hace surgir el signo más revelador de la realidad psíquica de la paciente.

¿Por qué es psicoanalítico el relato del caso? El relato clínico es fundamentalmente pos-escritura, ese real que requiere un pensamiento metapsicológico. El clínico tiene que *relatar*, el meta psicólogo intenta *explicar* el material. La metapsicología es un dispositivo inédito, improvisado por Freud para dar forma de racionalidad ad hoc a este imperativo de no olvidar al inconsciente. Es una racionalidad que implica una trasgresión secreta respecto a las formas conocidas de racionalidad. La metapsicología es la manera de leer el relato del caso en clave psicoanalítica.

Un relato psicoanalítico debe sugerir lo que no es directamente representable en palabras. El caso presentado permitió hacer conjeturas acerca de una invisible trama asociativa enhebrada sutilmente en el relato, trama que brota del 'material' y aproxima gérmenes de ideas a los 'conceptos científicos básicos' del psicoanálisis. En este caso, el relato nos llevó a hacer suposiciones sobre el masoquismo inmanente, la reacción terapéutica negativa y el sentimiento de culpa. Y de ellos, estamos a un paso de la pulsión de destrucción o muerte como *Grundbegriff*. Las conjeturas extraídas del texto son hipotéticas. Pero su reiterada remisión a este material y luego a otros, apuntan a convalidar 'un concepto científico básico', que es provisorio, pero requisito esencial de toda ciencia. (Freud, 1915, p. 113) El caso clínico despliega la singularidad de la experiencia hasta cristalizar un saber en qué cierto 'universal' se hace legible: el análisis pudo en su momento con la histeria, pero no pudo con el posterior estallido pulsional traumático. El relato termina con una nueva conjetura: la pulsión de muerte es tan poderosa que hasta puede cancelar los logros del análisis.

Bibliografía

- ARNOUX, E. (2010) Ejemplo ilustrativo y caso: recorridos destinados a la formación académica y profesional. *Cuadernos de Lingüística*, nº 1, vol. 5, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia, 2010.
- ASSOUN, PAUL L. (1992) *Introducción a la metapsicología freudiana*. Paidós. Buenos Aires, 1994.
- BAJTÍN M. M. (1982) El problema de los géneros discursivos, en *Estética de la creación verbal*, Siglo XXI Editores. Buenos Aires
- FREUD S. (1982) Proyecto de psicología, *AE*, I (1895).
- (1978) Estudios sobre la histeria, *AE*, II, 174 (1895).
- (1980) Análisis de la fobia de un niño de cinco años, *AE* X (1909).
- y Jung C. (1978) *Correspondencia*. Tauros (1909).
- (1979) Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. *AE*, XI (1910).
- (1979) Pulsiones y destinos de pulsión. *AE* XIV (1915).
- (1979) ¿Pueden los legos ejercer el análisis? *AE* XX (1926).
- (1979) El malestar en la cultura. *AE* XXI (1930).
- (1980) Análisis terminable e interminable. *AE* XXIII (1937).
- (1980) Esquema del psicoanálisis. *AE* XXIII (1940).

* Agradezco a la Profesora Elvira Arnoux por su valiosa contribución a este trabajo.