

La historia de vida como método clínico*

Guy de Villers Grand-Champs

Profesor de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación
Universidad Católica de Lovaina

En la búsqueda de una especificidad de la 'historia de vida', encontramos múltiples afirmaciones relativamente divergentes, ya sea porque se propone considerar 'la historia de vida' como una técnica relativamente poderosa, próxima a la entrevista semi-dirigida, o bien porque se la considera como un método de investigación o de intervención. En este último caso, ella pone de relieve ya sea un proyecto de investigación intrapsíquico destinado a identificar las variables 'proceso' (de la educación, del aprendizaje, de la formación de sí, etc.); ya sea una puesta al día de la interfaz (interacción) de lo social y de lo psicológico en la trayectoria del individuo; o, incluso, un reforzamiento de la identidad subjetiva por la reapropiación de la historia de su vida.

Nuestro propósito es intentar aislar, más allá de esos diferentes enfoques, una u otra invariante estructural característica de 'la historia de vida'. En este artículo, nuestra atención estará particularmente dirigida hacia la cuestión de saber cuál es la naturaleza y cuáles son las condiciones de producción del relato de vida en la formación de adultos. La idea es que el relato de vida no se puede reducir a una técnica y que, si se lo transforma en un método, la naturaleza del campo donde se inscribe es tal, que es necesario devolverle su verdadera dimensión, bastante más allá de su valor de instrumento heurístico.

El campo de inscripción del relato de vida

Acabamos de utilizar el término 'campo'. Él se presenta como muy útil si nos damos una definición precisa. En efecto, más allá de su connotación espacial evidente, la noción de *campo* permite asumir la idea de que existe “una red de relaciones cuyos nudos corresponden a lo individual”.¹ La historia de vida autobiográfica, utilizada en las prácticas de formación de adultos, manifiesta la audacia que implica la producción de conocimientos teniendo por objeto lo individual.

De este modo, si nos quedamos en una comprensión de la noción de campo demasiado marcada por la física, arriesgamos eliminar justamente el lugar particular que en él ocupa el sujeto humano. En efecto, para el físico, “un campo es una parte del espacio donde se produce un efecto dado”.² Esto quiere decir

* Artículo originalmente publicado en: J. M. Baudouin y Ch. Josso, ed., "Penser la formation. Contributions épistémologiques de l'Education des Adultes", *Cahiers de Pratiques et Théorie*, Cahier N° 72 (Octubre de 1993), pp. 135-156, Facultad de Psicología y de Ciencias de la Educación, Universidad de Ginebra, Suiza. Traducido por Mónica Labarca Sanseloni.

¹G.-G. Granger, *Pensée formelle et sciences de l'homme*, p. 213.

²J. Rosmorduc, "Champ" (phys.), *Encyclopédie philosophique universelle; Les Notions Philosophiques: Dictionnaire*, Tome I: *Philosophie occidentale: AL*, p.300

que el sujeto humano está reducido a un punto de aplicación y/o de difusión de fuerzas, careciendo de lo irreducible de su singularidad en tanto que ser decisional. Al no ser más que el efecto de una causalidad energética, el sujeto pierde su estatus particular para disolverse en la generalidad de las fuerzas causales que se le apliquen. Así, de acuerdo con G. Granger, es necesario considerar el campo no solamente “como medio determinante de la acción del sujeto”, sino al menos “como el decorado construido e interpretado por el individuo”.³

Subrayemos la distancia que separa esta comprensión de la noción de campo de aquella de Pierre Bourdieu, al menos cuando él pone en juego la metáfora del campo físico: “Cuando yo hablo de campo intelectual, sé muy bien que, en ese campo, voy a encontrar 'partículas' (hagamos por un momento como si se tratara de un campo físico) que están bajo el imperio de fuerzas de atracción, de repulsión, etc., como en un campo magnético. Hablar de campo, es otorgarle primacía a este sistema de relaciones objetivas sobre las partículas mismas”.⁴ La consecuencia es inmediata: el objeto de las ciencias sociales no puede ser sólo el individuo, sino el campo donde interactúan los agentes portadores de propiedades (de capital) que les empujan a la acción en tal o cual sentido. Desde este momento, comprendemos que nuestros conocimientos de lo individual son escasos, lo cual era, justamente, el desafío que se deseaba destacar.

El problema epistemológico

Así, determinando el sentido de la noción de campo, hemos penetrado en el corazón del problema epistemológico que, según nos parece, propone la historia de vida. Porque, en cierta forma, la historia de vida exacerba la cuestión general que se les puede plantear a las ciencias humanas, a saber, justamente aquella de su cientificidad. Puesto que el objeto que construye el relato de la historia de vida es el ordenamiento de un saber individual, la pregunta debe hacerse sobre el tipo de conocimiento que puede extraerse y según qué modalidades.

Es conocida la sentencia aristotélica, según la cual no hay ciencia sino en lo general. La fórmula, sin embargo, no es pertinente sino a propósito de la ciencia especulativa. Porque, cuando la ciencia se dota de medios para su aplicación, ella se dirige necesariamente a lo individual. Pero, ¿qué sucede cuando este 'individual' es un hecho humano? G. Granger observa que lo propio de una ciencia aplicada es controlar una práctica en un dominio específico. Si una ciencia de lo individual es posible, se debe a la virtud de su integración a una práctica, es decir, en tanto que ella “tiende a constituirse como práctica integral en su dominio”.⁵ La proposición de G. Granger es llamar 'polo clínico' a esta tendencia de las ciencias del hombre a integrarse a una práctica que, por definición, concierne a los individuos.

³G.-G. Granger, *op. cit.*, p. 213.

⁴P. Bourdieu, con Loic J. D. Wacquant, “Réponses; pour une anthropologie réflexive”, p. 82. Hacemos notar que en *Lección sobre la lección*, p. 46, Bourdieu subraya la discontinuidad del campo social en relación con campo magnético.

⁵G.-G. Granger, *op. cit.*, p.186.

El concepto de clínica

Pero, ¿qué puede significar este adjetivo 'clínico'? G. Granger no deja de hacer notar que el término 'clínico' es oscuro en razón de su identificación con la práctica médica.⁶ Sin embargo, ¿es posible que emane un concepto *general* de lo clínico?

En una primera aproximación, diremos que el adjetivo 'clínico' sirve para calificar una situación cada vez que una práctica pone a la ciencia en contacto con el hombre concreto. Se ve así cómo se construye el triángulo constitutivo de la cientificidad de las ciencias humanas, a saber: el cuerpo teórico de la ciencia, la práctica que asegura la relación de la ciencia con el objeto humano y, finalmente, este objeto en sí mismo. Es clínico el lugar donde se pone en relación la ciencia con este individuo humano por la vía de una relación directa entre el observado y el observador. Siguiendo la sugerencia de Jean Gagnepain,⁷ diremos que la situación clínica vale para las ciencias humanas tal y como el sitio de la experimentación vale para las llamadas ciencias exactas.

El interés de reparar en la situación clínica como uno de los polos necesarios en la constitución de una ciencia humana, es poner en evidencia que esta clínica no puede ser considerada independientemente de los fines que orientan la práctica y que vinculan el *corpus* científico con el individuo concreto.

A título de ejemplo, citemos el intento de P. Fédida de formular el sentido común del término 'clínica':

... la significación habitualmente reconocida del concepto de clínica y de la práctica que ella considera, es aquella de una observación singular y concreta de lo individual.⁸

Se confirma aquí la imposibilidad de definir la clínica sin la práctica que la constituye. Si esta práctica es del orden de la observación, lo que parece ser el término más 'inocente' del cual disponen nuestros autores para caracterizarla es el 'ver', que va a aparecer privilegiado como el modo de acceso al individuo concreto. La observación clínica hace lectura de los signos que presenta el individuo. Pero lo mirado no es lo escuchado, y lo que se entiende de aquello que se dice no es del mismo orden de aquello que se 've' y se muestra. En otros términos, la noción de individuo está, por su parte, modificada por la modalidad utilizada para efectuar la puesta en relación con el objeto. Habrá, entonces, tantas modalidades de clínicas como hay tantas prácticas para acceder a lo individual. Estas prácticas, en sí mismas, se diferenciarán no solamente en función del 'vehículo' escogido para encontrar la particularidad del caso, sino también en razón de los fines y metas que les son asignados. En cuanto a la teoría científica de referencia, su determinación dependerá, igualmente, de la orientación adoptada en la práctica de aplicación al caso.

⁶Agregaremos que la confusión proviene también de la insuficiente capacidad para determinar los rasgos capaces de diferenciar las prácticas en sí mismas. Acordemos que uno de los rasgos distintivos mayores será aquel que define lo que nosotros hemos elegido entender por "individuo".

⁷Cfr. Jean Gagnepain, *Du vouloir dire, Traité d'Épistémologie des Sciences Humaines, I, Du Signe, De l'Outil*, p.11. Citado por P. Marchal, "La position épistémologique de l'Anthropologie clinique", p. 60, en *Anthropo-logiques*, nº 1 (1988) (pp. 43-72), Biblioteca de los Cuadernos del Instituto de Lingüística de Lovaina, nº 40 (Lovaina-la-Nueva, Peeters, 1988), 202 p.

⁸P. Fédida, "Clinique" (psych), *Encyclopédie philosophique universelle; Les Notions Philosophiques: Dictionnaire*, Tome I: *Philosophie occidentale: A-L*, p. 338. El subrayado es del autor.

Esta fuerte interdependencia de los elementos constitutivos de una ciencia aplicada al individuo humano nos conduce a preconizar el uso del término 'enfoque' cuando queremos designar este complejo polarizado por la clínica. Mario Bunge ha dado al término 'enfoque' una definición que nos parece dar cuenta de esta complejidad:

“un cuerpo **B** de conocimientos de base (*background*), conjuntamente a una colección **P** de problemas (*problematics*), a una serie **A** de fines (*aims*) y a una colección **M** de métodos (*methodics*).⁹

Falta el objeto-buscado (que nosotros podríamos designar con la letra *T*, por *target*) que es el individuo concreto. De este modo, pensamos haber justificado el haber recurrido a la expresión 'enfoque clínico' para designar aquello que definimos como el *procedimiento orientado a encontrarse con la particularidad del 'caso individual', en función de objetivos determinados y según un método apropiado, partiendo de un referencial teórico y en vista a producir un conocimiento de este 'individual'.*

La clínica médica

No hay duda de que es en el contexto médico donde este enfoque encuentra su materialización si no la más evidente, la más antigua. Pero, sin duda, ahora comprendemos mejor que el arte de curar recurre al enfoque clínico de una manera particular, que está lejos de cubrir el conjunto de todos sus usos. Etimológicamente el término 'clínica' proviene del griego *kline*, que quiere decir 'acostado' o 'lecho de tabla'. Y fue Littré quien proporcionó al término 'clínica' el conocido significado de “aquello que se hace en el lecho del enfermo”. La clínica ha sido, entonces, en primer lugar, la condición de los médicos, al menos de aquellos que tomaron el partido de la observación contra el de las teorizaciones, estas últimas asimiladas a lucubraciones metafísicas. La gran revolución clínica se produjo en medicina a fines del siglo dieciocho, cuando “por primera vez desde milenios, los médicos, libres por fin de las teorías y de las quimeras, han consentido abordar por ellos mismos y en la pureza de una mirada no prevenida, el objeto de su experiencia”.¹⁰ En psiquiatría, esta subordinación de la teoría a la observación, es decir, este a-teorismo, sería sobre todo reivindicado por la escuela francesa, la de Pinel y de su alumno Esquirol, principales iniciadores del enfoque clínico. Pero, en su misma protesta, podemos leer la innegable confrontación a una teoría de referencia. Es así, en efecto, que Esquirol afirmaba,

Yo he observado los síntomas de la locura; he estudiado las costumbres, los hábitos y las necesidades de los alienados en medio de los cuales he pasado mi vida; acercándome a los hechos, los he aproximado por afinidades; los cuento tal como los he visto, y me he parado delante de los sistemas que siempre me han parecido los más seductores tanto por su claridad, como por la utilidad de su aplicación.¹¹

⁹Mario Bunge y Rubén Ardila, *Philosophy of Psychology*, pp. 44–45; citado por Michael Legrand, “*Du behaviorisme au cognitivisme; a propos de la “revolution cognitive” en psychologie expérimentale*”, p. 11, publié p.m.s. en annexe du cours d'Histoire et épistémologie de la psychologie, Facultad de Psychologie et des Sciences de l'Education (Louvain-la-Neuve, 1991), 45 p.

¹⁰M. Foucault, *Naissance de la Clinique; une archéologie du regard médical* (Paris: PUF, 1963): cité par P. Pichot, “Introduction: approche clinique et psychiatrie”, p. 9, en *L'approche clinique en psychiatrie, Histoire, rôle, applications*, Volume I, sous la direction de P. Pichot y W. Rein (Paris: Coll. Les empêcheurs de penser en rond, 1992), 224 p.

¹¹Esquirol, *Traité des maladies mentales*, 1838; citado por P. Pichot, *Ibid.*

Estas cuantas líneas manifiestan claramente, según me parece, la función de la situación clínica como lugar *sui generis* de control de las teorías científicas, ahí donde en las llamadas ciencias exactas opera la experimentación. Por otra parte, es notorio que el narrador está, aquí, encarnado por el psiquiatra: a él le corresponde construir el relato de lo que ha visto.

En el relato de vida, la atribución de esta función está invertida, porque es el sujeto de la historia de vida quien es el narrador. Lo cual cambia todo, como lo veremos a continuación. Notemos una coincidencia curiosa y elocuente. P. Pichot recuerda la distinción establecida por K. Jaspers entre los partidarios de la clínica y aquellos de la teoría.¹² Según el gran psiquiatra y filósofo alemán, la tendencia francesa reagrupa los *Schilderer*, que restituyen un cuadro viviente de la vida psíquica de los alienados, mientras que en la tendencia alemana, la de los 'analistas', "ellos piensan más que lo que miran (...) proporcionando un fundamento sobre el cual se puede construir".¹³ A estos *Schilderer*, P. Pichot los llama los 'narradores'. He aquí una atribución bien esclarecedora en el momento en que se quiere identificar al autor del relato de la historia de su vida cuando estamos atrapados en las redes del discurso médico.

Si bien el método de la clínica médica es la observación y la narración de aquello que ha sido observado, el objeto de la observación será lo patológico. Es lo que constata G. Grange: "en la actitud clínica del médico predomina seguramente la búsqueda de lo patológico".¹⁴ Pero esta orientación, que en ese momento circulaba vueltas en el saber médico, se acompaña de una suerte de 'muerte de la cosa' observada; puesto que el imperativo de la nueva clínica es examinar el interior de los cuerpos disecando los cadáveres. M. Foucault subraya el alcance de los términos de la recomendación de Bichat: "abran algunos cadáveres, verán inmediatamente desaparecer la oscuridad que la sola observación no había podido disipar".¹⁵ Es decir, que el objeto de la clínica médica es el cuerpo muerto del sujeto: "es desde lo alto de la muerte que se puede ver y analizar las dependencias orgánicas y las secuencias patológicas".¹⁶ De ahí a considerar que la mirada clínica consagra la muerte del sujeto, no había sino un paso, que Foucault no duda en franquear. Para nosotros, la práctica de la historia de vida nos orienta de otra manera, puesto que se trata justamente de la vida, cuando los propios relatos nos enseñan la incidencia significativa de los efectos retrógrados de nuestra muerte sobre la historia de nuestra vida. Nos corresponderá definir la especificidad del sujeto-objetivo (*sujet-cible*) del enfoque autobiográfico. Pero, desde ahora, comprendemos sin duda mejor por qué se debe atribuir a la clínica médica un método *anatomo-clínico*.

Prosiguiendo nuestro inventario de elementos constitutivos del enfoque clínico en medicina, recordemos que los fines perseguidos por el clínico se ordenan, clásicamente, bajo las categorías de diagnóstico, de pronóstico y de tratamiento.¹⁷ Para dar cuenta de la relación entre los 'datos' de la clínica y la teoría de base, G. Granger propone distinguir del cuerpo científico como tal, las construcciones esquemáticas a las cuales se vincula el hecho humano examinado. El 'valor' del individuo en la producción de un conocimiento clínico será medido de acuerdo a la tendencia de la pendiente de

¹²Cfr K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie (Psychopathologie générale)* (Berlin: Springer, 1911); citado por P. Pichot, *op. cit.*, p. 11.

¹³*Ibid.*

¹⁴G.-G. Granger, *op. cit.*, p.188.

¹⁵Citado por M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard médical*, "Préface", p. V.

¹⁶M. Foucault, *op. cit.*, p. 146.

¹⁷Cfr P. Pichot, "Introduction:approche clinique et psychiatrie", p. 17, en *L'Approche clinique en psychiatrie, Histoire, role, applications*, bajo la dirección de P. Pichot y W. Rein.

desviación que este individuo presenta en función de la construcción esquemática de referencia. La cuestión principal de una concepción de clínica como ésta, es evitar el doble peligro de “una técnica bruta de objetivación mecánica” o “una práctica de encantación” fundada en el mito de la comunicación intuitiva susceptible de aprehender la personalidad total.¹⁸

Se adivina que, limitando a estos pocos elementos nuestra reflexión sobre la epistemología de la clínica médica, dejamos en la sombra un buen número de problemas considerables y apasionantes. Pero, dado que éste no es nuestro propósito, nos permitiremos remitir al lector a los estudios muy estimulantes que han reunido los profesores P. Pichot y W. Rein, ya citados.

Por otra parte, no nos parece necesario extendernos largamente sobre la *psicología clínica*, en la medida en que ésta puede ser ordenada bajo el mismo paradigma de la medicina clínica. P. Fédida no duda, por otra parte, en unir estas dos perspectivas en un enfoque 'médico- psicológico', del cual dirá que,

permite una comprensión profunda e intrínsecamente comparativa del individuo, desde el punto de vista de su eficiencia intelectual, sensorial, psicomotriz, en relación con una coyuntura socio-profesional y familiar, la experiencia de su vida pasada, sus motivaciones y sus proyectos, y en el conocimiento de su personalidad propia.¹⁹

Que la psicología clínica casi no difiere de la medicina clínica, se deduce principalmente de los fines asignados a su práctica. Sus objetivos son de diagnóstico y de clasificación, la comprensión no es aquí sino la antecámara de la prescripción del tratamiento de la psique, el cual reposa sobre una intervención del practicante con fines de adaptación, de reeducación; en síntesis, de psicoterapia.

La clínica psicoanalítica

Más significativa es, sin duda alguna, la clínica psicoanalítica, de la cual creemos poder decir que es la responsable del mayor cambio del enfoque clínico. Este hecho no ha escapado a G. Granger, puesto que él considera que el psicoanálisis es el sitio de elección de los asuntos epistemológicos del conflicto “entre las normas tradicionales del saber y el tipo de conocimiento nuevamente promovido que se espera derivar” de la clínica psicoanalítica.²⁰ Es necesario subrayar, aún, que *EL* psicoanálisis no existe. Lo que existen son *LOS* psicoanálisis.

Siguiendo a A. Zenoni, se pueden distinguir al menos dos perspectivas diferentes. La primera repone la clínica psicoanalítica bajo la tutela de la medicina y de la psicología. La teoría que esta perspectiva permite producir es rebatida en el plano de una descripción de los fenómenos que “no puede hacerse, en definitiva, sino en términos genéticos e intrapsíquicos”.²¹ La segunda toma en cuenta la especificidad de la patología humana en tanto que su causalidad se interpreta a partir de ese hecho elemental y

¹⁸G.-G. Granger, *op. cit.*, p. 188.

¹⁹P. Fédida, “*Clinique (psychia)*”, *op. cit.*, p. 338.

²⁰G.-G. Granger, *op. cit.*, p. 189.

²¹A. Zenoni, *Le corps de l'être parlant; de l'évolutionnisme a la psychanalyse*, p. 61.

fundamental que es la inscripción del ser humano como “ser hablante en la dimensión transindividual que lo determina”, a saber, el lenguaje.²²

Es en J. Lacan que recae la tarea de restaurar la especificidad freudiana de la orientación psicoanalítica a partir de esta referencia central y en contra de las desviaciones introducidas por los psicoanalistas post-freudianos de la IPA,²³ que han adoptado una perspectiva desarrollo-mentalista y cognitivista de la clínica. Retengamos dos rasgos importantes de la orientación lacaniana. El primero consiste en la tesis de que la negación original, constitutiva del inconsciente, es el efecto de la condición estructural del sujeto humano en la dimensión del lenguaje. El segundo sostiene que todo sujeto humano ‘juega’ la historia de su vida sobre el fondo de una estructura inconsciente, designada por Freud como el complejo de Edipo, y en relación con el deseo del Otro. Estos rasgos mayores de la teoría clínica tienen implicaciones decisivas para la práctica clínica. No se trata, para el analista, de situarse como aquel que sabe el sentido de un síntoma actual comprendido como sobrevivencia de una fase superada de su maduración.

El fantasma no es concebido como un anacronismo ‘mental’ que interfiere en la percepción actual de la realidad en los adultos inmaduros, sino como la gravitación intemporal, alrededor de un objeto perdido particular, de una subjetividad.²⁴

La consecuencia práctica de esta opción teórico clínica es que el analista no va a interpretar la transferencia como la proyección sobre él mismo de una experiencia antigua, sino que va a “presentificar, precisamente en un acto, su estatus intrínseco de pérdida, su estatus de vacío (*trou*), tanto en el plano del saber como en el plano del amor”.²⁵ El abandono del paradigma evolucionista en provecho del paradigma estructural, conduce al vuelco de la interpretación ontogenética de las patologías: no es lo ‘primitivo’ que vuelve sobre lo actual, sino lo actual de la estructura lo que interpreta lo infantil del sujeto.

Habremos comprendido, con el advenimiento de la clínica freudiana y de su restauración por J. Lacan, que la clínica toma la postura del sujeto hablante como única fuente de saber. “¿Qué es la clínica psicoanalítica?” preguntaba Lacan el 5 de enero de 1977, cuando abría los cursos de la Sección Clínica en París. “No es complicado”, respondía. “Ella tiene una base: es lo que se *dice* en un psicoanálisis”²⁶. *Decir*, regla fundamental del análisis, es el operador por el cual el sujeto realiza la experiencia de un saber que no se sabe, y cuya expresión se produce con sus lapsus y otras equivocaciones. Contiene, sin embargo, su necesidad interna, y corresponde al tratamiento identificarla, en la fantasía inconsciente del sujeto. Nos parece evidente que la clínica psicoanalítica verifica los principales parámetros que hemos aislado para caracterizar el enfoque clínico: una teoría de base (la metapsicología), los fines prácticos (fantasía inconsciente), un método (el dispositivo de tratamiento: el decir del que se analiza y el oído del analista, que presentifica el objeto del deseo inconsciente), un individuo concreto (el sujeto de la palabra en el campo del lenguaje).

²²Id.

²³Intern. Psychoanal. Ass.

²⁴A. Zenoni, *Op. cit.*, p. 67.

²⁵Ibíd., p. 68

²⁶J. Lacan, “Ouverture de la Section Clinique”, *Ornicar?*, *Bulletin périodique du Champ freudien*, abril 1977, nº 9, p. 7. El subrayado es del autor.

Pensamos que la revolución psicoanalítica ha contribuido de manera importante a liberar la clínica de los procedimientos médicos y de las posiciones de poder y de saber del caso del paciente que ocupa el terapeuta. Contrariamente a lo que piensa P. Fédida, no es el término 'clínica' el que hay que abandonar, sino más bien, la concepción demasiado estrecha 'médico-psico-terapéutica'.²⁷

El método de Relato de Vida en el enfoque clínico

El relato autobiográfico emerge, a nuestro juicio, de un enfoque clínico, puesto que enriquece su concepto con los elementos constitutivos que ya hemos identificado. Nuestra tesis no es nueva, ya que hace diez años Franco Ferrarotti, apoyándose en G. Granger, afirmaba que a él le parecía que la entrevista biográfica era “un ejemplo perfecto del polo clínico de las ciencias humanas”.²⁸ Pero quizá valga la pena desplegar los elementos que justifican esta tesis.

Recordemos, primeramente, que la narración y el relato constituyen el núcleo central del método autobiográfico. En efecto, es necesario distinguir la narración (que es del orden de la enunciación o expresión), del relato (que es del orden de lo enunciado o expresado). Esta distinción es, a nuestros ojos, esencial y la valoraremos, ya que reflexionaremos el problema del sujeto en un enfoque autobiográfico. En cuanto al relato, recordemos que es el producto del acto del sujeto enunciante en una situación de interacción con un narrador, al menos, potencial. El relato se presenta como un objeto de síntesis entre el registro del tiempo y aquel de la articulación significativa. A título de esto, se justifican dos modos de análisis, frecuentemente excluidos el uno del otro. El análisis estructural, que descarta la dimensión cronológica de la cual habla el relato, para interesarse sólo en la estructura implícita en la organización significativa. A la inversa, el análisis fenomenológico, que privilegia la referencia del relato en el tiempo vivido por el narrador, vivencia temporal que es el anclaje del relato. Al hacer esto, menosprecia la especificidad de la temporalidad propia del relato, temporalidad que impone un reordenamiento de la vivencia, confiriéndole al relato una dimensión de ficción. Esto hace que el relato no sea más que la relación de una sucesión de ideas y de hechos. Le corresponde a P. Ricoeur el mérito de haber intentado una síntesis entre tiempo y relato.²⁹ El concepto mediador que él construye es aquél de *mimesis*, comprendida como representación de la experiencia vivida. La tesis de P. Ricoeur es que no hay experiencia vivida fuera de una pre-comprensión existencial de ese tiempo vivido (*mimesis I*). Ésta se apoya sobre una semántica, o sea, un sistema de significación sumergido en lo cotidiano del quehacer humano. En ese sentido, la *mimesis I* prefigura aquello que el relato manifestará de la puesta en sentido o configuración de la vivencia pre-significada. En ese sentido, el relato es humanización del tiempo por el trabajo de la narración (*mimesis II*). Esta puesta en forma significativa es, en sí misma, la condición de la post-figuración o refiguración por parte del lector del relato de lo que puede significar su propia vida (*mimesis III*). Vemos, así, cerrarse el círculo hermenéutico del movimiento de la narración. Partiendo de la prefiguración de la experiencia y pasando por su configuración narrativa, el narrador vuelve sobre su experiencia por la vía indirecta de su re-figuración, comprendida como reappropriación subjetiva de su temporalidad real.

²⁷P. Fédida, “*Clinique (psychiatrie)*”, *Op. cit.*, p.339.

²⁸Fr. Ferrarotti, *Histoire et histoires de vie; la méthode biographique dans les sciences sociales*, p.54.

²⁹Cfr P. Ricoeur, *Temps et récit*, 3 Tomos (Paris: Le Seuil, 1982), p.84-85.

El sujeto

Si tal es el núcleo del método, se toma la función central del narrador como sujeto enunciante, por una parte, y como objeto de conocimiento, por otra. Eso que llamamos anteriormente individuo, objeto-buscado del enfoque clínico, en el contexto del enfoque autobiográfico toma una dimensión que vale la pena tomar en cuenta.³⁰

Cada vez que un sujeto de la palabra surge en el campo del lenguaje, se produce un efecto que puede o no tomarse en cuenta —aquel de la opción ética—, y que nosotros llamaremos *el efecto sujeto*, es decir, un efecto de producción del sujeto mismo que habla. Y ese sujeto propio en el acto de decir no es solamente el sujeto físico que emite vibraciones acústicas mediante sus órganos fonatorios. Es un sujeto en tanto que es de él del cual parte y hacia el cual vuelve el mismo mensaje que él emite. Desde el momento en que un sujeto habla, se dirige a un Otro y espera de parte del Otro que le retorne algo de su propio mensaje. ¿Con qué fin? Con el fin, completamente elemental, de ponerse en la existencia como sujeto de la palabra; dicho de otra manera, de existir como sujeto de la palabra. Este círculo tan simple de la comunicación tiene un efecto de subjetivación. El acento está puesto, entonces, sobre el hecho de que toda toma de la palabra es constitutiva del advenimiento del sujeto en él mismo. La sola condición requerida para que se produzca este advenimiento, es que haya una dirección del mensaje emitido por el sujeto.

Esta dirección es algo diferente de una simple instancia de descodificación del mensaje. Es un Otro en tanto que lugar de dirección del mensaje, es decir, en tanto que posición de escucha. En otros términos, para el sujeto que habla, es necesaria otra instancia que sostenga esta palabra y que la reciba como palabra del sujeto que la dice. El saludo de 'buen entendedor' se vuelve, de hecho, reconocimiento del sujeto que habla. En la institución del lenguaje se organiza un sistema de lugares que hace justicia a este evento de la institución del sujeto de la palabra desde el momento en que el mensaje encuentra una dirección de la cual alguna cosa retorna, que significa un cierto reconocimiento para el sujeto de la palabra. Se trata de un sistema cerrado, de un movimiento de ida y vuelta, no obstante en el cual la vuelta no se efectúe sobre el mismo plano que la ida. Para que el *efecto sujeto* se produzca, para que ese trabajo opere, es necesario, entonces, que haya una dirección, que exista un Otro, en el cual el que escucha es la presentificación carnal.

La división subjetiva

Este círculo elemental muestra muy bien aquello que se juega en toda comunicación y que preside al escuchar en el relato de vida. Nos ocuparemos de un proceso que se comprueba ser, en el golpe de la emisión de un mensaje, un proceso de representación. En efecto, el yo se representa en su decir. En otros términos, él se anuncia en la producción de su relato, él se hace existir en una cadena hablada a través de sus articulaciones significativas. Con esto, se da cuenta —y a veces sin saberlo en el momento en que lo hace— de *la imposible adecuación de él mismo consigo mismo*. Desde el momento en que el

³⁰Se podrá encontrar a continuación, corregido, ciertos elementos de una charla dada a Ginebra en noviembre de 1990 por invitación de Pierre Dominice y Christine Josso. Esta exposición tuvo por tema el enfoque antropológico como fundamento del proceder autobiográfico. L. Turkal ha tenido la gran gentileza y paciencia para transcribir la grabación de esta charla. Es gracias a él que he podido disponer de un documento de trabajo para preparar esta parte del artículo que Usted nos hace el honor y el placer de leer.

sujeto habla, se dirige al Otro, le vuelve la evidencia de que está distanciado de su propio mensaje y reconoce que eso que ha hecho no es otra cosa que hacerse representar en el mensaje que ha emitido. Dicho de otro modo, el sujeto tiene la experiencia de su *división fundamental*. Se da cuenta, sólo en tanto que sujeto de la palabra, que él es un sujeto separado de sí mismo, dividido entre lo que él es y lo que él dice de su ser. En el trabajo de elaboración del relato se profundiza una distancia entre eso que está dicho —la serie de enunciados articulándose unos con otros en un discurso— y aquel que lo dice, que se aprehende como diferente, como separado e inadecuado de eso que él dice.

Encontramos, aquí, la distinción clásica hecha en las teorías del lenguaje entre el sujeto de la enunciación y el sujeto de lo enunciado. La enunciación como acto, lo enunciado como decir. Es la misma persona que dice y que se dice, pero estamos en registros diferentes de la misma persona. En los enunciados que el narrador propone como representación de sí mismo, es seguro que habla de él, pero al mismo tiempo que produce sus enunciados, no puede sino verificar que no lo está del todo. El sujeto del acto cae fuera de aquello que articuló. Cada uno puede entender en eso que él dice alguna cosa de sí mismo, lo cual es la manifestación, pero por el mismo hecho de que se trata de una manifestación, implica que se mantiene alejado de ello. En efecto, él no puede mostrar algo de sí, sino en la medida en que tome distancia de lo que muestra.

Es de cierta forma una experiencia de exceso del sujeto del acto de la palabra en relación con aquello que está encerrado en la significación del mensaje. *El sujeto de la palabra es el sujeto producido como exceso existente de su decir*. Entonces, no todo es reducible a una significación. Hay un punto de resistencia en el sujeto del acto en relación a eso que él dice. Ello significa que el efecto sujeto está fuera de aquél del enunciado. No es del orden de la impotencia de decir todo, sino del orden de lo imposible de decir. Por el contrario, debido a que es la marca de lo que está fuera de lo enunciado, esta exterioridad así expresada, es el lugar mismo en que el sujeto se pone en ruta en un proyecto de existir donde no habrá jamás terminado de agotar el saber.

El mensaje obedece a sus propias leyes, y al ignorarse esto, el sujeto que porta ese mensaje como actor del decir no es tomado en cuenta. Y es conveniente recalcar que todo está hecho para que se olvide que existen esos dos registros. Cuando yo digo, yo no pienso en el hecho de que yo lo digo. En el dicho que yo doy, algo se olvida, y es el hecho de que soy yo quien lo dice. Lo que es importante no es el yo, sino el hecho de que ese el sujeto que lo dice no es reducible a lo que él dice. Para hacer perceptible esto, es necesaria una dirección que sirva de sostén y, por lo tanto, que permita la subjetivación del mensaje para el propio emisor de lo dicho. El sujeto está más allá de sus enunciados, está fuera de ellos. Es el agente que ha puesto en ruta este enunciado. Es una experiencia decisiva, que todos hemos tenido. Esta experiencia de comunicación, fuerte porque uno entrega o confía algo de sí a alguien que se pone en posición como aquel que puede escuchar, tiene efectos decisivos de institución subjetiva.

Este distanciamiento, si es portador de un sufrimiento, constituye igualmente una virtud, en el sentido de una fuerza que establece el origen de querer decir y, por lo tanto, el origen de un proyecto de existir. ¿Por qué razón es tan importante señalar esta división? Subrayar esta división es esencial para comprender que ella constituye la condición misma de movimiento del deseo del sujeto, que es así llevado a la búsqueda de su identidad por la vía indirecta del reconocimiento del Otro. Si estamos perfectamente adecuados a nuestro enunciado, es decir, si lo que yo digo equivale a lo que yo soy, entonces las cosas se detienen ahí. Eso sería la inercia. Es, entonces, por el descarte introducido en el juego de la representación de sí mismo en los enunciados, que la herida impuesta en la ilusión de la

armonía entre uno y sí mismo, nos abre a un proceso de búsqueda jamás satisfecha, justamente en razón de esta estructura propia del lenguaje, en tanto que ella es una estructura de división.

Si admitimos que construir la historia de su vida es realizar la experiencia de esta separación de uno consigo mismo, en tanto que haya un irreductible a aquello que se enuncia —el uno mismo como enunciante—, ofrecer a alguien el poder de decirse, significa que se le ofrece embarcarse en una historia que no es solamente aquella de su pasado, sino que constituye, también, una apertura hacia un proyecto en lo actual de la interacción con un otro, que constituye su dirección.

Porque hacer su relato de vida libera al sujeto que lo enuncia para un proyecto cuya determinación se ha vuelto posible por la construcción misma de su historia en relato. Así, producto del discurso narrativo, el sujeto puede inventarse un porvenir sobre la base de aquello que él ha podido elaborar de su historia. Es así que creemos poder señalar el efecto de relanzamiento que puede producir la elaboración de un relato, efecto de relanzamiento para el proyecto de vida, para el proyecto profesional y, finalmente, para el proyecto de sí mismo.

El relato como la toma de la palabra dirigida a un Otro, tiene una función de autoformación del sujeto —del sujeto de la palabra— a condición de que comprendamos la palabra *autos* en el sentido de uno consigo mismo, en el sentido de que se provoca un cambio en el sujeto desde el momento mismo en que habla. Este *autos* de la formación es la experiencia de una transformación de la estructura. Esto implica una responsabilidad para aquel que recibe el relato y acompaña al narrador, la de sostener una posición que esté a la altura de esta experiencia.

Cuando yo me pongo en marcha en la elaboración de mi relato, ya he convocado en lo más íntimo de mí mismo al Otro yo con quien voy a explicarme mi historia. En los grupos donde se realiza la comunicación de relatos, aquellos que escuchan presentifican carnalmente esta instancia interior, intrasubjetiva, y la hacen existir en un vínculo social. Pero esta presencia carnalmente localizable en un cierto vínculo social, no podría ser sensible para sí mismo si no existiera, en el corazón de sí, la institución del Otro. Es porque en el corazón de sí se encuentra ya escrita la división entre el yo que habla y eso que él dice, que esta alquimia de la autoformación, de la autoconstitución, puede producirse. Y eso, desde antes del encuentro con el otro, al cual le entregará su relato, puesto que en la soledad de la habitación se acumulan los recuerdos.

Una ética para la práctica del relato de vida

Si tal es el método y tal es el sujeto concreto de la práctica del relato de vida, se comprenderá que éste se funde sobre fines esencialmente éticos. Por ética, entendemos, con P. Ricoeur,³¹ la elección de la promoción de la persona considerada en su relación dialéctica con los demás y dentro de instituciones justas. En el contexto preciso del enfoque autobiográfico, esta intención ética fundada sobre el respeto por la persona se cumple de varias maneras, tanto de parte del compromiso del narrador como de parte de aquel que se transforma en destinatario. Esta misma intención concierne también a los límites de las intervenciones (aquellas de la interpretación) que conviene que los destinatarios del relato respeten, conforme a la calidad del vínculo social puesto en acto en la comunicación del relato. La señal ética

³¹Cfr P. RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990; ver sobretudo “Le soi et la visée éthique”, pp.199-236.

esencial es, a nuestro juicio, el reconocimiento del autor del relato como responsable, en última instancia, de eso que él elabora, analiza y comunica.

Teorías de referencia

En cuanto a las teorías de referencia del enfoque autobiográfico, los trabajos de investigación presentados en un seminario interno de la ASIHVIF (Association Internationale des Histoires de Vie en Formation),³² han puesto en evidencia las multi-referencias usados por los practicantes de relatos de vida. Éstas corresponden a cuatro grandes sectores: la filosofía (en un sentido amplio), las ciencias del lenguaje, las ciencias sociales y las teorías de la formación.

Al final de nuestra reflexión, creemos poder decir que el método de relato de vida se inscribe muy bien en un enfoque clínico. El relato verifica todos los parámetros, pero a su manera, que, evidentemente, no son los de la terapia. Se comprueba que esto conviene eminentemente a la formación de adultos, comprendido como momento privilegiado de autopoiesis.

Versión de diciembre, 1992.

³² Al momento de la publicación de este artículo en francés (1993) el Presidente de la ASIHVIF era el Profesor Gastón Pineau; al momento de editarse en castellano (1996) el Presidente de la ASIHVF es el autor Prof. Guy de Villers. Nota de los traductores.