

4. El valor del *caso* en una clínica de la singularidad.

Luego de los intrincados rodeos que nos hemos visto llevados a dar en torno de la problemática del *objeto*, tenemos ya bastante más despejado el camino que nos queda por recorrer. Lo que implica, como decíamos, un retorno a los problemas más específicamente vinculados a la clínica. Hemos podido situar en las páginas anteriores algunas líneas directrices a partir de las cuales podremos comenzar ahora a abordar aquello que tiene que ver con el avance del psicoanálisis en sus diversas áreas de inserción. En ese contexto, fue preciso desentrañar las enigmáticas formulaciones de Lacan relativas al objeto *a*, como pivote alrededor del cual pueden comenzar a ordenarse los puntos esenciales para el avance de la investigación y la experiencia psicoanalítica. Pudimos ubicar algo que resulta vital en nuestra clínica, que tiene que ver con la *consistencia del objeto*, algo que —como decíamos— sitúa al psicoanálisis en un lugar distinto a toda hermenéutica, en tanto su praxis se ordena a partir de una lógica singular. Ahora bien, una cosa es captar la originalidad y pertinencia de tales desarrollos teóricos sobre el objeto *a*, y otra es el encuentro en la clínica con la *presencia* de algo que inevitablemente, en determinado momento, hace tope a nuestras intervenciones y al avance de la cura. Pero que, por otra parte, al sacarlo a la luz, pasa a officiar entonces como un ordenador que nos hará claramente inteligible el antes caótico o irracional conjunto de síntomas y fenómenos clínicos, de la misma forma en que de pronto podemos captar la presencia tan prístina de un objeto, o de una escena, en las láminas de 3D anteriormente mencionadas, aún en aquellas en las que —dada su apariencia— no parecía posible encontrar nada.

Llegados a este punto, resulta indispensable situar un articulador entre lo propiamente singular de cada sujeto, y el carácter más general o universal de nuestras construcciones teóricas con las que intentamos dar cuenta de la problemática subjetiva para poder así dar alguna orientación a nuestras intervenciones. Es el momento de situar entonces, en nuestro recorrido, la particular acepción que va a tomar para el psicoanálisis la figura del «*caso clínico*», para poder captar aquello que determina las coordenadas esenciales de todo avance en la experiencia analítica. En esta dirección, resulta crucial establecer con precisión el valor, el lugar y la función que se le asigna al *caso* tanto para la *praxis* como para la investigación en el campo del psicoanálisis y —en términos más amplios— de la subjetividad. Cabe realizar entonces, respecto de la significación de este concepto, una primera y substancial distinción, para lo cual podemos remitirnos al estudio con el que introduce Juan David Nasio su compilación sobre *Los más famosos casos de Psicosis*¹. Leemos allí: «...en el discurso médico, la palabra “caso” adquiere un sentido muy diferente y hasta opuesto al sentido psicoanalítico (...) Mientras en medicina la idea de un caso remite a un sujeto anónimo representativo de una enfermedad —se dice, por ejemplo, “un caso de listeriosis”— para nosotros, en cambio, un caso expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige». Podemos esquematizar tal disensión del siguiente modo:

	Discurso médico	Psicoanálisis
Caso	Es un <i>particular</i> de una ley general, cognoscible y universalizable.	Remite a un <i>real</i> que se ciñe a una legalidad <i>singular e inconciente</i> .

¹ Nasio, J. D.; *Los más famosos casos de Psicosis*; Paidós; Buenos Aires; 2001.

Como podrán apreciar, este esquema no guarda demasiada distancia con aquél que presentáramos hace algunos años sobre la oposición entre el paradigma de investigación propuesto por Carlo Ginzburg como *Paradigma Indiciario* —en el que incluye al psicoanálisis—, y el paradigma de la *Física Galileana*, en el que se inscribe el discurso médico²: allí donde éste prioriza lo mensurable, lo repetible y comunicable, las generalizaciones, las coincidencias, aquél pondrá en el centro de su interés, por el contrario, lo irrepetible, lo original, lo sorprendente, es decir, lo singular. La noción de «caso» que se desprende de una u otra posición —que puede entonces remitirse a un marco referencial mucho más amplio— es radicalmente distinta; y, si bien no nos detendremos aquí en una nueva revisión de temas que ya hemos desarrollado oportunamente en profundidad³, conviene sin embargo no perderlos de vista, pues son el soporte del recorrido en el que ahora nos proponemos avanzar.

Partiremos del abordaje *por el absurdo*, en el relato de una situación —no alcanza siquiera el estatuto de «caso»— que no por grotesca deja de ser habitual, y que nos permitirá introducir —aquí también, al igual que en la historia del *niño carnicero*, de manera trágica— algunas importantísimas implicaciones éticas. Nuestro paso siguiente consistirá en adentrarnos en la investigación de un elemento que, desde la práctica hospitalaria e institucional, se halla íntimamente emparentado con nuestro tema de hoy: *la historia clínica*. Por último, nos proponemos examinar en profundidad la especificidad y las diversas funciones inherentes a la formulación de *un caso clínico*, desde la perspectiva del psicoanálisis.

Una historia intenta hacerse escuchar...

Tomaremos, a modo de introducción del tema, el «caso» que Iván Rodrigo González presenta en su artículo: «*El trabajo interdisciplinario. Lugar tercero en el discurso de la locura*»⁴. El relato da cuenta de una desventurada concatenación de episodios para nada infrecuente, y nos obliga asimismo a reflexionar sobre los temas que venimos desarrollando en torno de la inserción del psicoanálisis en el campo de la Salud Mental: «*María tenía 35 años, aproximadamente, cuando comenzó a sentir los primeros efectos de una depresión. Los trastornos en el sueño y en la alimentación se hicieron cada vez más frecuentes, acompañados de estados de ansiedad y de «profunda tristeza». Ella inició su peregrinaje cuando un familiar cercano le recomendó tomar un medicamento antidepressivo. Convencido del buen resultado que en él había producido, no dudó en recetárselo. Pero si bien, este medicamento disminuyó el estado depresivo, los trastornos del sueño continuaron. El paso siguiente fue recomendar un ansiolítico. Cabe señalar que aun cuando los medicamentos eran de uso controlado, y que para su compra se requiere de una receta médica, se ignora la manera en la cual este familiar proveía a la enferma de los medicamentos. Finalmente, y después de varios meses sin lograr una mejoría, María decidió probar con la acupuntura, después con la herbolaria, hasta que ya en un estado avanzado de su enfermedad, llega al consultorio*

² Es preciso aclarar que hay toda una serie de experiencias en el campo de la medicina que perfectamente se pueden situar como «*indiciarias*», incluso Ginzburg ubica a la medicina hipocrática dentro de este mismo paradigma. No obstante, el discurso dominante en lo que suele denominarse como «*Ciencias Médicas*» se ordena indudablemente en base al paradigma galileano. Más adelante volveremos con mayor detenimiento sobre este punto.

³ Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O.; «*El pensamiento mágico, el paradigma indiciario y las ciencias conjeturales*», en *Psicoanálisis ◊ Investigación: De Sherlock Holmes, Dupin y Peirce, a la experiencia freudiana*, Capítulo IV, Buenos Aires, Editorial Letra Viva, 2000. Los contenidos de este capítulo están asimismo disponibles en la web, en la revista Acheronta n° 12, www.acheronta.org

⁴ Macías López, M. A.; *La Intervención Psicoanalítica y el Acompañamiento Terapéutico*, Capítulo 8°. Inédito.

de un neurólogo. La información que recibió sobre los orígenes y causas de su enfermedad, le hicieron confiar en el tratamiento médico. Todo se redujo a una falla en el sistema nervioso, un déficit en la producción de serotonina. El neurólogo comenzó a ensayar con diversos medicamentos, ansiolíticos y antidepresivos, para encontrar aquellos que se acoplaran mejor al organismo de la enferma. Sólo que para observar si los resultados de los medicamentos en turno, actuarían favorablemente, apuntando a áreas específicas, y cada vez diferentes del cerebro, había que esperar un lapso mínimo de tres meses, a decir del médico. Y la búsqueda continuaba, había que probar de entre toda una gama de psicofármacos, cuáles de ellos eran los convenientes para su enfermedad. Mientras tanto, María sabía que esto tenía un origen en la historia de su vida. Y aún contraviniendo la sugerencia de su neurólogo, ella optó por buscar de manera complementaria algún tipo de atención psicológica. Dos psicólogos, cada uno por su lado, le recomendaron visitar a un psiquiatra, porque a decir de ellos hacía falta evaluar los medicamentos, por su parte ellos no se comprometían con el tratamiento. Simultáneamente, María probó con acudir a las sesiones de la Asociación Civil denominada «Neuróticos Anónimos». Sesiones en las que algunos de los asistentes, por turno, exponen su problemática, una dinámica similar a la de «Alcohólicos Anónimos». Pero un inconveniente con el cual se enfrentó en ese lugar fue el no poder ser escuchada, puesto que para ganarse el derecho de participar en el podium, había que asistir a las cinco sesiones semanales. Su trabajo se lo impedía, por lo cual sólo asistía dos o tres ocasiones por semana y nunca pudo hablar ante la asamblea. El psiquiatra que consultó después de los psicólogos, la atendió por un corto periodo de tiempo. Los encuentros que se produjeron, en la práctica fueron irregulares: cambio de citas, cancelaciones y retrasos. Después de cuatro años, un día con calculadora frialdad, María decidió terminar su peregrinaje. Ingiriendo una buena dosis de sus medicamentos, se aseguró de hacer desaparecer su malestar, junto con su cuerpo». Su historia, aquello que está en el origen de su padecimiento psíquico, permanecerá allí mismo irremediablemente sepultada.

Vemos en esta breve narración el fracaso de los diversos dispositivos de intervención que se van jalonando, en la medida en que cada uno de ellos apuesta a subsumir lo que le pasa a esta mujer a la lógica de su propio discurso referencial, desechándose la posibilidad de escuchar o captar lo singular en juego en el origen de su padecimiento. El neurólogo, *ya sabe* que esa causa hay que situarla a nivel de la producción de serotonina, y frente a eso no hay más nada que decir... Lo mismo se plantea desde los demás *saberes* con que se la aborda: se intenta forzar su sumisión a las categorías que cada uno de ellos maneja, es decir, hacer encajar el *caso* como una muestra *particular* de una regla *general* para deducir de allí los estándares de su tratamiento, en una lógica que lleva al vaciamiento de todo aquello que en él se revela en términos de *singularidad*, limitándose a registrar sólo lo que se ajusta a un sistema de saber codificado de antemano. En algunas ocasiones eso funciona bien, lo cual puede atribuirse en buena medida al simple hecho de que, cuando el sujeto encuentra cierto amparo, cierto lugar de alojamiento en el *Saber del Otro*, esto de por sí resulta aliviante y estabilizador. Pero ese alivio suele resultar frágil y efímero, cuando aquello que está a la base de su padecimiento psíquico no alcanza a ser allí debidamente encauzado ni inteligido: en su inevitable retorno buscará un nuevo modo, cada vez más estruendoso, de hacerse oír. Es allí cuando se revela la necesidad de un abordaje cuya lógica no puede darse por sobreentendida, en tanto no se deduce de ningún *Saber* determinado *a priori*. Por el contrario, es preciso que ella contemple la subsistencia de lo irreductiblemente singular; que permita expresarse, que deje «hablar» y que sea capaz de captar aquello que no puede agotarse en una reducción a parámetros estándar. Es

aquí donde —como decíamos anteriormente— toma para nosotros toda su fuerza el concepto de *abducción* desarrollado por Charles Sanders Peirce, como aquel modo de inferencia que parte de un resultado singular, y se deja llevar por lo extraordinario de ese hecho hasta construir en forma creativa *una regla novedosa*, de la cual el hecho sorprendente, ahora sí, pasaría a resultar una consecuencia evidente⁵. Con la peculiaridad de que esa nueva regla, si bien será válida para la intelección de *éste* caso, difícilmente lo será para otros sólo en apariencia análogos. Algo que Freud pudo comenzar a captar desde hace más de un siglo, y a partir de lo cual empezó a situar los fundamentos y las coordenadas de otro discurso, solidario de una clínica que iría tomando cada vez mayor distancia de los lineamientos del modelo científicista, en una redoblada apuesta a una nueva concepción de la subjetividad que centrará su punto de mira, justamente, en aquello que se presenta como extraño a todo saber. Es lo que, por ejemplo, podemos apreciar en sus *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912): «*Mientras el tratamiento de un caso no esté cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente, como lo exigiría el interés científico. El éxito corre peligro en los casos que uno de antemano destina a empleo científico y trata según las necesidades de este; por el contrario, se asegura mejor cuando uno procede como al azar, se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisas*». Se descubrirá entonces —en la construcción de cada caso— la evidencia, la realidad y la consistencia de una lógica singular, que de ningún modo podría inferirse de antemano, y que sólo tendrá ocasión de revelarse a través de las complejas maniobras que, en el marco del vínculo transferencial, el analista habrá de poner en juego, precisamente, para permitir que ella se despliegue. ¿De qué modo? Pronto llegaremos hasta allí, no sin antes detenernos a examinar —tal como anticipáramos— un elemento ciertamente emparentado con la noción de *caso clínico*; pero que, por situarse a su vez en el cruce de la multiplicidad de discursos que atraviesan los distintos estamentos del *Sistema de Salud Mental*, nos permitirá desarrollar el tema en su mayor amplitud.

La «Historia Clínica», en el marco de la práctica hospitalaria e institucional.

Conviene insistir, en primer término, en un hecho que desde hace tiempo requiere ser puesto en consideración: la inserción que, por parte de los psicoanalistas, desde hace tiempo viene teniendo lugar en los tan numerosos y diversos ámbitos del *Sistema de Salud Mental* implica, habitualmente, encuadrar su praxis en dispositivos que no están diseñados ni funcionan desde su misma lógica discursiva... Por el contrario, encontramos allí una fuerte presencia de otros discursos —*médico, jurídico, sociológico*, e incluso *administrativo*— que, por otra parte, el psicoanalista no puede desconocer ni desestimar. Pero... ¿qué hacer con ello? La pretensión de imponer la hegemonía del discurso psicoanalítico por sobre los demás encierra una trampa, la misma que implicaría pretender la competencia exclusiva de cualquier otro *Saber*, a partir de la idea de que bajo su manto pudiera cubrirse por completo lo *real* de la clínica. ¿Cuál es, entonces, la posición del analista, en esa compleja trama de discursos? Debemos señalar, en primer término, que si su inserción en el ámbito hospitalario e institucional fue encontrando su lugar, ha sido justamente cuando los *remedios* y las *intervenciones* intentadas desde aquellos otros discursos y prácticas científicas no

⁵ Para un desarrollo del concepto de abducción y de los modos de inferencia propuestos por Peirce, puede consultarse el capítulo II: «*La lógica en Peirce*», de nuestro libro ya citado; capítulo disponible también en el *Foro Investigación* ♦ *Psicoanálisis*, www.psicomundo.com/foros/investigacion
Sobre las categorías de *universal, particular, y singular*, ver capítulo IV, punto 11 del mismo texto.

funcionaron del todo bien, o no lograron el resultado esperado en términos de *salud*. Sucede que a menudo, las circunstancias en que se presentan a consulta los usuarios de tales *Servicios* están de tal modo enmarañadas, que la atención parcial de sólo un aspecto de ellas resulta por completo insuficiente e ineficaz. Es entonces que tanto los psicólogos y psicoanalistas, como los demás profesionales implicados en esa praxis — cada uno desde sus propios saberes, sus capacidades técnicas y su ética—, se ven confrontados en su labor cotidiana con el inevitable cruce de discursos sostenidos, las más de las veces, en muy diferentes basamentos. Lo que implicará, a menudo de modo ineludible, la discusión sobre la *dirección de la cura* y los principios desde los cuales implementar en cada caso la estrategia de trabajo adecuada. Pero, ¿cuáles serían esos principios, esas coordenadas desde las cuales inferir el valor, la significación de cada una de esas tan diversas instancias en juego, cuya articulación el mismo sujeto en tratamiento encuentra tan serias dificultades para resolver, por constituirse en el reflejo de su propia fragmentación?

Es en este contexto que orientaremos nuestro interés hacia un «*objeto institucional*» muy particular, donde podremos encontrar materializadas las vicisitudes de dicho entrecruzamiento: la *Historia Clínica*. En efecto, es ella una herramienta clínica, legal y administrativa a la vez, una escritura institucionalizada de las prácticas e intervenciones realizadas en el Hospital —u otras instancias institucionales— por todos sus profesionales y, por supuesto, también por los psicoanalistas. Para adentrarnos en el tema, nos resultará muy enriquecedor tomar como referencia el trabajo realizado en el marco del *Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García*, encabezado desde hace varios años por Miguel Calvano⁶. Él sitúa allí ciertas coordenadas esenciales desde donde abordar este singular objeto de estudio: «*La historia clínica —señala— es un clásico de la práctica hospitalaria y también de la práctica privada (...) no es de ahora la historia clínica, no es actual la existencia, la obligación, la necesidad de la historia clínica (...) es un término histórico de la práctica profesional de todas las disciplinas. Se la haga en forma de expediente, como en el hospital, se la haga en forma de ficha, se la haga en forma de notas...*», destacando el hecho de que, asiduamente, ella es «*el soporte, o uno de los soportes, que utilizamos cuando hablamos de la clínica en el hospital*». Podemos incluso decir, en este sentido, que es un soporte institucional, lo cual justifica que se enfatice la importancia que esta herramienta puede tener para toda investigación que se realice en el área de *Salud Mental*: «*Metodológicamente, si se planifican a priori las variables y las dimensiones a considerar, es un banco de datos de fuente primaria para iniciar un proceso de investigación, tanto en relación a las prácticas, como en relación a los datos institucionales que ella puede aportar*». No obstante, debemos estar advertidos de que en la práctica cotidiana, la confección de las historias clínicas muchas veces se hace sin un criterio establecido, incluso con muchas lagunas en ítems importantes, o que podrían ser de relevancia para el investigador: «*(...) cualquiera de nosotros que tome una historia clínica e intente leerla va a encontrar que es muy difícil hacerlo: faltan datos, diagnósticos, estrategias de trabajo, la interdisciplina nunca se escribe, epicrisis no hay, están todas las informaciones pero sin orden, en muchos casos faltan informaciones. Hay historias completamente vacías o de lo contrario hay una sobreabundancia de relatos de sesiones, la historia clínica —en este caso— deviene novela familiar. En resumen, algo es insoportable en ese soporte*». ¿Cuál es entonces su

⁶ AAVV; «*Historia Clínica*»; Revista *Manuscrito T*, n° 12, Buenos Aires, Noviembre de 2001. Participaron de esa investigación, junto con Miguel Calvano, la Dra. Marcia Braier (Jefa de Docencia), la Lic. Lucila Donnarumma (Jefa de Investigación), y las Lic. Irene Scherz, Angelina Allamprese y Sonia Haude, integrantes del staff del Departamento de Investigación y Docencia de ese Hospital.

función, su utilidad, y cuáles son asimismo los límites de lo que de ella se puede esperar? Llegados a este punto, se hace necesario intentar definir *qué es* una historia clínica; porqué puede llegar a erigirse —como situaba este autor— en el registro y revelación de lo «*insoportable*» de la práctica institucional; y cómo ajustar sus variables y contornos para que resulte un elemento eficiente en el desarrollo de una investigación. Podemos entonces decir que la *Historia Clínica* es, esencialmente, un soporte escritural: «*No es lo que pensamos, lo que hicimos, lo que dijimos de un paciente, de un grupo, de una familia, la historia clínica —señala Calvano— es lo que escribimos de todo eso (...)* Los procesos de investigación científica necesariamente son escriturales y, en este sentido, la sistematización explícita de las historias clínicas las instala en un campo científicamente validable. El resumen de historia clínica es el intento de purificar esta situación: diagnóstico, tratamiento, evaluación de resultados, pronóstico, derivación, son los términos necesarios para hacer de la novela, una historia (...) A tal punto es así que en un juicio, en un relevamiento, en una auditoría, lo que se solicita es la historia clínica o el resumen de historia clínica. Interesa legalmente no lo que pensamos, lo que dijimos, lo que hicimos; importa lo escrito...».

Ahora bien, el hecho de ser una escritura introduce asimismo otro sesgo que le es inherente: «*La historia clínica identifica tanto a la institución, a sus responsables, como a los profesionales actuantes (...)* Pero por sobre todas las cosas la historia clínica da cuenta del ejercicio de una o varias clínicas determinadas. En este sentido, es un elemento que vincula a la institución, sus practicantes y sus pacientes, con determinados dispositivos de trabajo, pudiendo constituirse así en un *analizador institucional*, es decir, «*un indicador para orientar procesos de autoevaluación e intervención para la mejora de las prácticas*». Algo que resulta de gran utilidad cuando se trabaja en investigaciones orientadas a la acción de transformación institucional, las que a su vez son útiles en los procesos de control de gestión: «*Este analizador —prosigue el autor— puede ser el punto de partida de la tematización de problemáticas reales que pueden traducirse, o bien a problemáticas de conocimiento teórico-operativo, o bien a problemas de investigación multi-interdisciplinarias y con alcance comparativos (...)* Al abrir una historia clínica comenzamos a ver de un pantallazo al hospital en sus prácticas, la articulación de estas prácticas y el control institucional sobre ellas. Si las historias clínicas están vacías...», esto puede indicar que «*...hay un vacío de prácticas, de articulación y/o de control, o simplemente...*» que «*...no hay tiempo para hacerlas*». No obstante, veremos a continuación las implicancias que esto puede llegar a tener.

Detendremos por lo tanto nuestra atención en un punto de especial interés, que es su carácter *Jurídico y Administrativo*. Calvano subraya que en la práctica hospitalaria e institucional «*... estamos obligados a asistir, no a curar*», siendo la historia clínica el registro de que esa asistencia fue realizada, en tanto que el «*control exigible*» es que las reglamentaciones se hayan cumplido en todos los pasos establecidos: «*Carátula, diagnóstico, prescripciones, interconsultas, lo que fuera. Se controla un ordenamiento, y no particularmente el procedimiento de trabajo clínico*». Esto eleva la historia clínica a la jerarquía de *Documento Público*, constituyéndose al mismo tiempo —como advierte el autor— en una letra socializada de nuestras prácticas: «*Circula entre colegas, entre instituciones, crecientemente puede exigirse por parte de los pacientes y sus representantes, para el caso las obras sociales que pagan algunas de las prácticas que se llevan a cabo en el hospital*». Podemos intercalar aquí una importante observación que hace al respecto Angelina Allamprese, en uno de los apartados de ese mismo estudio: «*Ante todo hay que tener en cuenta que escribir en la historia clínica es lo que marca la ley. Hacerlo o no, no es una cuestión de elección personal. Como documento, otorga una identidad, una existencia legal al paciente, al profesional que*

en tanto tal se hace responsable de la conducción de un tratamiento, y a las prácticas mismas en tanto tales (...) Por lo tanto que estas prácticas y su justificación queden registradas hace que tengan una inscripción legal dentro del marco institucional». Toda escritura que en ella tenga lugar estará por lo tanto atravesada, de modo inevitable, por ese sesgo, que si bien puede permanecer allí como mero telón de fondo de la clínica institucional, en cualquier momento puede saltar al primer plano, si las circunstancias así lo requieren: será ese el momento de responder por lo que se ha escrito, y bien saben quienes se han encontrado implicados en situaciones así —que suelen estar vinculadas a episodios cargados de cierta tensión, emergentes de algún desacople del dispositivo— lo que se experimenta en el propio cuerpo hasta que todo vuelve a los carriles «normales» del quehacer cotidiano...

Hay otro aspecto, no menos importante, que la misma autora recién referida nos hace notar respecto de las implicancias subjetivas del proceso escritural: *«Escribir permite al profesional tomar distancia, hacer ajeno aquello en lo que se implica y reflexionar sobre la clínica. Escribir la historia clínica se hace insoportable si sólo se trata de una exigencia del Otro institucional, si no es además lo que anuda, lo que permite al profesional salir de la escena, otorgarle un sentido, despojándose de la vivencia pudiendo así aislar la lógica de su trama». En este mismo sentido, Calvano señala que «...la historia clínica permite olvidar; al escribir dejamos constancia de la clínica, y eso nos permite olvidar, olvidar al paciente de turno para atender al próximo, al que nos espera después. Es una descarga, para volver a cargarnos con el que sigue. Muchas veces la presión de la demanda, la cantidad de gente con la que nos vemos, no nos permite escribir algunas cosas y después nos olvidamos, no tenemos tiempo (...) Me parece que el tiempo necesario para escribir en la historia clínica no es sólo el tiempo de escribir, es el tiempo de reflexionar sobre lo que hacemos, escribir nos obliga a pensar y la urgencia por la clínica...» muchas veces «nos impide pensar (...) No nos impide ser obsesivos...», pero sí «nos impide organizar, reflexionar, puntuar, detenernos en nuestros pacientes...», y en lo que a nosotros mismos nos sucede frente a ello. Ahora bien: ¿qué es lo que entonces es preciso escribir, en la historia clínica? ¿Qué es lo que ella puede aportar para el esclarecimiento de un caso y su tratamiento? *«En principio —señala Calvano—, escribimos la historia de la enfermedad, sus avatares. Si quieren, escribimos la historia de los síntomas, de los cuadros, de los síndromes, los cuándo, los cómo, escribimos el tiempo, la historia clínica es tiempo (...) Escribir la historia, historiar la enfermedad permite, obliga a sacar conclusiones, conclusiones diagnósticas, al menos presuntivas, permite descartar organicidad o psicogenicidad, si quieren, obliga a sacar conclusiones provisionales sobre las alternativas terapéuticas posibles, etc. (...) Freud mismo hablaba en estos términos: es más importante la historia de la curación, que la historia de la enfermedad. Ya Freud alertaba que el acento está puesto en la acción del terapeuta. Como lo dicen los sanitarios: la historia clínica es la historia de la asistencia».* Ahora bien, ¿cómo podría alojarse en ella —que es al mismo tiempo *Documento Público, Analizador Institucional, soporte escritural y banco de datos*— algo de lo que venimos situando en términos de *singularidad*? Es aquí donde vuelve a tomar su verdadero relieve aquello que Lacan denominara: *presencia del analista*.*

En efecto, para poder captar lo singular del caso hará falta una lectura que no es factible desde cualquier lugar, una *observación* especial —en el sentido en que Peirce conceptualiza este término— que esté atenta a determinados *indicios* y *señales* que desde otro punto de vista podrían pasar desapercibidos. Es seguramente desde esta perspectiva que Miguel Calvano nos señala que la lectura de una historia clínica *«... permite seguir las huellas, los rastros de lo hecho, de lo resuelto, lo producido, lo*

*imposible, lo olvidado, lo omitido, lo sintomatizado en cada circunstancia...». Sólo desde allí se podrán rastrear en ella los sedimentos, las huellas de lo singular, haciendo posible entonces cierta construcción, cierta *conjetura* acerca de las coordenadas subjetivas que investigamos. Por supuesto, el resultado de esta pesquisa dependerá de la perspectiva del observador, del criterio teórico-clínico del que se valdrá para sancionar a un elemento de la historia clínica como relevante, como *indicio* subjetivo, por sobre los demás. ¿Cuáles serán, entonces, aquellos indicios a los que deberá atender el analista, tanto en su formulación del caso clínico, como en su investigación?*

Los escritos psicoanalíticos.

Apartándonos por el momento del campo interdisciplinario y retornando al terreno específico de la *praxis* y la investigación psicoanalítica, comienza a delinearse con más nitidez una pregunta crucial: dado el lugar preeminente que desde el psicoanálisis le es asignado a lo propiamente singular de la subjetividad, ¿cómo resolver el problema lógico que se plantea en la operación de *escribir* su práctica, su clínica, tanto como al intentar analizarla o articularla teórica y metódicamente, para que en ese paso necesario a *lo general* que tiene toda escritura —toda formalización simbólica con potencialidad e intencionalidad de ser *transmitida* a otros—, no se pierdan los indicios, las marcas, los vestigios de tan preciado tesoro? Más adelante veremos en mayor detalle la importancia —no del todo reconocida— del aporte de Wittgenstein a través de sus estudios sobre el lenguaje, para los últimos años de la enseñanza de Lacan. Entretanto, consideramos oportuno avanzar en nuestra indagación por la vía de una formulación más precisa: ¿Cómo habría de escribirse un caso para que su transmisión conserve *suficientemente* la expresión de aquello que está en el centro de nuestro interés? Si damos un pantallazo general sobre los abundantes trabajos y materiales *escritos* por los psicoanalistas, una primera impresión que tenemos es la de cierta ausencia de homogeneidad en su estructura escritural. Advertiremos, asimismo, que el *caso clínico* es tan solo una categoría más dentro de tan vasto universo. Se nos hace entonces preciso distinguir, aunque sea someramente, los distintos tipos de escritos —y sus respectivas funciones— en el campo del psicoanálisis. Explicitar esto, creemos, es un factor importante para aquellos que se propongan realizar una investigación de esta índole, ya que nos permitirá establecer ciertos criterios a fin de decidir qué textos, qué escritos pueden resultarnos de utilidad y cuales no, para una indagación determinada. Por otra parte, a esto hay que agregar que según el tipo de escrito de que se trate, será distinta la forma de trabajar con sus datos, tanto como el valor que a cada uno de ellos le debemos asignar. Nos referimos, por cierto, a un ítem por demás complejo, relativo a la dificultad para establecer, en toda investigación de la subjetividad, cuáles podrían ser los *criterios de confiabilidad* en que ella se sostiene, es decir, cuándo se trata de datos verificables o de conjeturas, bajo qué condiciones habría de plantearse dicha verificación, etc.

En un breve artículo publicado hace algunos años⁷, Jorge Baños Orellana proponía una distinción sencilla pero práctica, de lo que para él constituían las distintas clases de escritos psicoanalíticos que suelen circular en forma más o menos habitual⁸. Por un lado, distinguía allí las «*Monografías*», cuyo paradigma serían los trabajos de *investigación bibliográfica* sobre un tema determinado, confeccionados en un contexto

⁷ J. Baños Orellana; «*Monografías, trabajos e investigaciones*»; en revista El Caldero de la Escuela N° 50 (Marzo-Abril/1997). Publicación de la *Escuela de la Orientación Lacaniana*. El texto se halla asimismo disponible en nuestro *Foro Investigación<>Psicoanálisis*.

⁸ Para una mayor indagación sobre el tema, recomendamos la lectura del minucioso estudio que este autor ha realizado en el Dossier: «*Los pequeños oficios de la escritura del psicoanálisis*», publicado en diversos números de la Revista *Imago-Agenda* (Letra Viva) N° 38 y siguientes, Buenos Aires, Junio de 2000.

académico o universitario, y que en general constituyen un instrumento dirigido al docente a fin de lograr su aprobación, en una evaluación de merecimientos más o menos decisiva —según el caso— para el devenir curricular del autor. Suele acudir en ellas a una serie de citas sobre lo que al respecto ya se ha escrito, estableciéndose el «orden de sus desarrollos» por un «encadenamiento anónimo» que con frecuencia se sostiene, a su vez, en un orden *cronológico*, el cual «... a lo sumo —sostiene el autor— *acusa una prudente confianza en el Progreso*»... Sin embargo —y este parece ser su punto más débil— esa guía del desarrollo, por lo general, difícilmente cabalga en una indagación conceptual que intente abrir sus propios caminos. Por el contrario, no es difícil captar en estos textos que tales esfuerzos de sus respectivos escritores «*en vez de orientarlos al futuro del psicoanálisis, los ofrecen a quienes toman por sus presentes amos*». Sin embargo, es justo señalar que en algunos casos tales trabajos monográficos, al realizarse como una investigación bibliográfica rigurosa sobre lo escrito hasta el presente en torno a un tema particular, pueden constituir el primer paso de una incipiente labor indagatoria y resultar de gran utilidad para su posterior devenir, ya que los datos allí establecidos podrán ser tomados como importante referencia en la orientación del trabajo investigativo.

Un segundo grupo lo conformarían ciertos textos a los que, no sin cierta ironía, Baños Orellana denominará: «*Trabajitos*». Su primer elemento distintivo es que ellos sí son confeccionados a nombre propio, no están sujetos a una demanda académica o de algún *Otro*, sino que serían la expresión de las ideas o elaboraciones personales de quien escribe. Suelen estar hechos de prisa, siendo éste su costado más cuestionable: «*Se presentan detrás de la excusa de no haber contado con el tiempo suficiente...*», señalando además Orellana que, frecuentemente, tratan temáticas oportunistas o «*de moda*» en ese momento para el grupo de pertenencia del autor. Escritos elegantemente, pero sin demasiado esfuerzo en el rigor o en la profundización conceptual, buscan más bien impresionar y generar respecto de quien lo escribe una *Suposición de Saber* de efecto instantáneo: «*Los trabajitos son temáticamente impecables; escritos sobre la hora, están confeccionados a la medida de la circunstancia (...) sus citas son, asimismo, de gran actualidad y afectadas de la intención de sugerir que mantienen una cercanía personal con los autores que citan*». Como rasgo compartido con las *monografías*, se descubre con harta frecuencia —a veces entre líneas, a veces de manera más evidente— el objetivo de convalidar determinado saber: el de aquél quien escribe, sostenido en el de aquél que se cita. Se desnuda también entonces en pleno funcionamiento, en ese conglomerado de «*trabajitos*» que en buena proporción ocupan las jornadas, los congresos y las publicaciones psicoanalíticas, algo que toma la forma de una suerte de maquinaria de repetición cuyos «*estribillos*» —como señalara Poe⁹— no dejan de proyectar la oscura sombra de lo ominoso. No obstante, nos parece necesario realizar aquí una importante distinción entre estos «*Trabajitos*» y otros textos que podemos denominar, legítimamente: *Trabajos*. Nos referimos aquí a aquellos textos que, si bien en menor medida, también podemos hallar como parte del material que se presenta en los encuentros y publicaciones psicoanalíticas, en los que se plantea algún aspecto de la clínica o de la teoría que si bien, a semejanza de los *trabajitos*, se lo esboza someramente —ya que no tienen la suficiente extensión para poder formular y explicitar con rigor todo lo que en el mismo se asevera— al estar guiados por algunas preguntas bien formuladas, aunque no alcancen a agotar el tema, sirven para abrir el debate, el intercambio de ideas y estimular la prosecución de las indagaciones. Cuando en estos

⁹ Poe, E. A.; *La filosofía de la composición; El cuervo*, México, Coyoacán, 1997. El tema ha sido ampliamente desarrollado en Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O.; «*El raciocinio y el cálculo en Edgar Allan Poe y el Chevallier Dupin*», en obra citada.

trabajos lo que predomina es algún rasgo narcisista del autor, lo que se destaca en ellos es «...el pavoneo —dice Orellana— de la parada enunciativa» por encima de «...la eventual originalidad del enunciado...». Y entonces se transforman en los ya citados trabajitos...

Llegamos finalmente a la última de las categorías que establece este autor. Ni recopilaciones bibliográficas para el *Otro*, ni escritos ligeros pero sugestivos, las «Investigaciones» propiamente dichas son aquellos estudios que circunscriben adecuadamente y se restringen «...a un solo tema —de ser posible, a un solo aspecto de un tema— y a demorarse pacientemente en él», al que se ciñen independientemente de los programas que de manera eventual se debatan en los diversos espacios de encuentro de la comunidad analítica, sin desviarse en señuelos ni artificios retóricos. Esto no quiere decir que los trabajos de investigación no se mantengan especialmente atentos a las ideas más nuevas y autorizadas... Pero no buscan impactar con la novedad, sino que conllevan «... una pretensión de eternidad de sus propios asertos», inclinándose su preferencia «... hacia las obras, antes que hacia los autores». En contraposición a los *Trabajos* y *Trabajitos*, aquí se brinda todo el tiempo y espacio que sea necesario para la articulación y el encadenamiento lógico del punto que se investiga; en ella está siempre impreso, de alguna manera, el desarrollo, el devenir de su recorrido, y luego la exigencia de sacar las conclusiones lógicas de tal experiencia. Baños Orellana diferencia dos modalidades diversas de *Escritos sobre Investigación*: los que se sistematizan según el orden de las razones, esto es, en un ordenamiento silogístico; y los que se articulan según las marchas y contramarchas del hallazgo, recreando los pasos que siguió el investigador hasta alcanzar su descubrimiento o conclusión. A modo de síntesis, y tomando como variable el par *enunciado-enunciación*, discrimina estos tres tipos de escritura de la siguiente manera: «Los trabajitos, están hechos para imponer la autoridad del que habla, antes que para demostrar la validez de lo que dice (...) En las investigaciones, en cambio, se procura borrar la identidad del sujeto de la enunciación a la calidad de testigo universal, en la aspiración de afirmar **lo que es**, más allá de **quién** lo diga. Como todo su dispositivo retórico está puesto en la justificación del enunciado, el montaje de las investigaciones se organiza según el orden de las razones o según la secuencia de las marchas y contramarchas del hallazgo; configurándose como un silogismo o como una novela de viajes (...) Por su parte, la retórica monográfica se reconoce en que el sujeto de la enunciación está condenado a la tarea de acumular axiomas y citas, degradándose al lugar del archivista y del bibliotecario devoto». A esta clasificación, podemos nosotros añadir:

Los escritos *Didácticos*, orientados a hacer accesible o inteligible, para aquellos que se inician, el *corpus teórico* del Psicoanálisis. Tienen una función de divulgación, de enseñanza. De tal manera, entre ellos podemos encontrar algunos textos donde no prime el rigor lógico del enunciado en tanto tal, sino que su valor radica en el efecto que se espera producir en el lector, dado que su objetivo es precisamente suscitar un efecto de enseñanza. La característica principal de estos escritos puede ponerse en conexión con aquello que Juan David Nasio designa con el nombre de *función didáctica*, y que pronto retomaremos.

Por último, situaremos una clase de escritos muy especial: aquellos que tratan de dar cuenta, de fijar, de recuperar y testimoniar la práctica misma de la clínica psicoanalítica. Nos referimos por supuesto, a los llamados *Casos* o *Historiales Clínicos*. Vale aclarar que una presentación así no necesariamente se restringe al terreno de lo escrito. Por ejemplo, cuando un analista presenta un caso en un ateneo, o en el marco de una reunión de equipo, o de una supervisión —cuando su labor está inserta en alguna instancia institucional—, puede no requerir de un apoyo escrito, siéndole suficiente recurrir a su

memoria y a sus propias asociaciones espontáneas sobre el tratamiento en cuestión. En contraposición a ello, vemos que la escritura de un caso —al mismo Freud le ha sucedido— con frecuencia está ligada a la necesidad de fundamentar, desde la experiencia clínica, determinada especulación teórica sobre la que en ese momento el analista —o la comunidad de analistas a la que adscribe— se encuentra particularmente interesado. En otras ocasiones, puede verse impulsado a escribir sobre un caso sin discernir con claridad cuál es el motor del apasionamiento que guía su pluma... En cierto momento, sin embargo, comienza a despuntar algún elemento singular, que pasa a ser el eje de su escritura... El material que entonces se produce, no es ya homologable con lo que veíamos anteriormente sobre las *Historias Clínicas*, ya que en esta ocasión, esa necesidad de escribir hay que buscarla en otro lugar: no se trata del compromiso académico, ni del cumplimiento de determinado reglamento institucional... ¿Qué es lo que impulsa entonces al analista a plasmar en un testimonio escrito las vicisitudes y desventuras de su experiencia? ¿Cuál es el valor «científico» de esa escritura, y de su transmisión?

La formulación de un caso en la clínica psicoanalítica.

Para empezar a desarrollar estos interrogantes, retomaremos el texto de J. D. Nasio citado al inicio de este capítulo, al que podemos considerar como el fruto de su propia investigación sobre el tema¹⁰: «*En psicoanálisis, definimos un caso como el relato de una experiencia singular, escrita por un terapeuta para dar testimonio de su encuentro con un paciente y —eventualmente— apoyar una innovación teórica. Ya sea que se trate del informe de una sesión o del desarrollo de una cura, ya sea que constituya la presentación de la vida de los síntomas del analizando, un caso es siempre un escrito que apunta a ser leído y discutido...*». A partir de aquí, Nasio va a distinguir tres funciones inherentes a la formulación de un caso, a las que denomina: «*didáctica*», «*metafórica*» y «*heurística*». Por nuestra parte, vamos a proponer una más, a nuestro gusto indispensable para captar el tema en su justa medida: es aquella que se pone en juego cuando el analista se encuentra capturado transferencialmente en una escena que no alcanza a vislumbrar, pero que sin embargo requiere de la mayor precisión en sus intervenciones dado que allí, probablemente, se esté jugando algo crucial, decisivo para la orientación de la cura. ¿Cómo llamaríamos a esa función? Pronto volveremos sobre ello. Vale la pena detenernos en primer lugar en las distinciones propuestas por este autor.

Las funciones *Didáctica*, *Metafórica*, y *Heurística*.

Sobre la primera de estas funciones podemos decir que el *caso clínico* tiene el valor de una «*herramienta*» destinada a facilitar el acceso del novel analista a los conceptos teóricos de la doctrina, y propiciarle un acercamiento imaginario a la práctica. Nasio señala que encontramos toda una clase de escritos donde se utilizan casos clínicos para facilitar la comprensión y el aprendizaje de ideas teóricas o de conceptos

¹⁰ Vale decir, nos situaremos dentro de una «*serie*» de anteriores investigaciones sobre el tema en el cual estamos interesados. Esto es importante remarcarlo, ya que una de las condiciones para que una *investigación* pueda lograr su máxima potencia en el avance del entendimiento sobre un tema específico, es que ella se inserte dentro de lo ya investigado por otros especialistas. Esto ofrece al menos dos ventajas: por un lado, es la oportunidad de revisar y —si es posible— verificar o rectificar los desarrollos teóricos anteriores; y en segundo lugar, seguir avanzando ahí donde la conceptualización y exploración se detuvo, evitando así reiterar lo ya establecido, e intentando aportar de esta manera un avance teórico o explicativo sobre la materia. Adscribimos a la idea de que el verdadero avance investigativo tiene que ver con un trabajo en conjunto, con aquello que Peirce denominaba la comunidad de investigadores, y que era para él, el único camino desde el cual se podía hablar de «*ciencia*».

psicoanalíticos. Se trata de un esfuerzo por ilustrar, por dar encarnadura a las ideas abstractas y también podemos señalar que a veces el propósito de utilizar ejemplos clínicos es un modo de validar las hipótesis de manera inductiva, presentando casos concretos en donde determinada construcción teórica se podría verificar: «*Precisamente ese carácter escénico y figurativo es lo que le confiere al estudio de un caso un indiscutible poder de sugestión y de enseñanza (...) Su particularidad estriba en lo siguiente: el relato de un caso transmite la teoría dirigiéndose a la imaginación y a la emoción del lector —u oyente— (...) Esta es la función didáctica de un caso: transmitir el psicoanálisis a través de la imagen, más exactamente a través de la puesta en imágenes de una situación clínica que favorece la empatía del lector y lo introduce sutilmente en el universo abstracto de los conceptos (...) Para nuestro lector, transformado en actor, lo semejante se aprende mediante lo semejante; al leer el informe de las sesiones, imagina que sufre lo que sufre el paciente e interviene como interviene el terapeuta.* Ahora bien, conviene detenernos un instante a considerar algo de lo que aquí se desliza: ¿el «*impacto emocional*», es esencial a la transmisión? Esta pregunta es un interesante punto de partida para analizar el problema de la transmisión desde los tres registros propuestos por Lacan: *Imaginario, Simbólico y Real*. Hasta aquí, daría la sensación de que Nasio se sitúa prevalentemente en un plano imaginario, llegando incluso a una riesgosa aproximación a los enunciados de la *Psicología Comprensiva* fundada por Jaspers. No obstante, veremos que no se detiene allí, dando lugar a continuación a una serie de interrogantes que le permiten profundizar su indagación: «*¿De qué manera facilita la lectura figurativa el acceso al pensamiento abstracto? ¿Cómo, partiendo de una observación clínica, puede el lector deducir la teoría? (...) ¿Cómo explicar, por ejemplo, que el relato de La pequeña Piggle nos permita comprender tan acabadamente el concepto winnicottiano de “madre lo suficientemente buena”?* Hemos dicho que el caso —visto en la perspectiva de quién lo redacta— es una puesta en imágenes de un concepto, un paso de lo abstracto a lo concreto, pero ahora queremos saber cómo se da el movimiento inverso. Queremos saber cómo se produce en el espíritu del lector el trayecto que va desde el texto ilustrado al concepto pensado, de la escena a la idea, de lo concreto a lo abstracto». Cabe señalar sin embargo, que la narración de una escena es ya inevitablemente una abstracción, una ficción, como más adelante lo señala el mismo autor. En este sentido, no podríamos hablar aquí estrictamente del paso de lo concreto a lo abstracto, sino del paso de una *abstracción ficcional*, a otra con un nivel mayor de *generalidad*¹¹. No es otra cosa lo que sostiene Peirce al advertir que la captación de un *real* por la vía del pensamiento —dado su inevitable soporte en el lenguaje— implica ya de por sí un proceso *abductivo* que, en tanto tal, no deja de ser una abstracción. **En Wittgenstein, la captación de las cosas del mundo a través del lenguaje...** Parece plantearse allí,

¹¹ Este es un tema complejo pero muy importante para el nivel de análisis en el que intentamos avanzar. No lo abordaremos aún en extensión, pero sumaremos al menos un párrafo de F. G. Schuster —Decano de la facultad de Filosofía y Letras de la *Universidad de Buenos Aires*— donde intenta resumir algo de este proceso desde la perspectiva del *método abstracto-deductivo y dialéctico*: «*El método de investigación referido podría esquematizarse así: concreto1–abstracto–concreto2; en esa secuencia el primer concreto sería la totalidad aun no conocida y el segundo concreto sería la misma totalidad a la que volvemos, ya conocida, con la que se abre la posibilidad de transformación de la realidad de que se trate. El proceso de conocimiento, considerado en su conjunto, se divide en dos etapas: el movimiento de lo concreto a lo abstracto y el inverso, de lo abstracto a lo concreto. Al mismo tiempo se efectúa la recreación de lo concreto y lo abstracto en el pensamiento mismo...*». Schuster, F. G.; *El Método en las Ciencias Sociales*; Buenos Aires, Editores de América Latina, 2004 (Pág. 95-96). Para un análisis más pormenorizado del «*método de ascenso de lo abstracto a lo concreto*», pueden consultarse los textos del Dr. Juan Samaja (Cátedra de *Metodología de la investigación*; Facultad de Psicología, UBA).

asimismo, que la posibilidad de que un *caso* genere en el lector un aprendizaje conceptual depende de que el mismo pueda confrontarse con otros, ya sea que el lector recurra al recuerdo de su propia experiencia, o al material presentado por otros analistas. Sin embargo, es preciso señalar que allí donde el razonamiento *analógico* resulta de suma utilidad —en un registro simbólico o imaginario de la transmisión de la experiencia analítica—, encuentra sin embargo sus límites, precisamente, en la captación de lo *real*. Es un problema similar al que se presenta en la transmisión del *espíritu* de una determinada obra musical, a partir de su sola partitura.

Pasaremos ahora a considerar el caso clínico en su función *metafórica*. De manera introductoria, el autor señala que, con suma frecuencia, la observación clínica y el concepto del que ella constituye su ilustración están tan íntimamente imbricados, que la observación sustituye al concepto y se transforma en su metáfora: *«El hecho de que los analistas hayan recurrido repetidamente a algunos grandes casos, siempre los mismos, para ejemplificar un concepto dado, ha provocado, con el transcurso de los años, un desplazamiento de significación. El sentido primero de una idea se ha transformado poco a poco en el sentido mismo de su ejemplo; y esto es hasta tal punto así que la sola mención del nombre propio del caso (...) basta para hacer surgir instantáneamente la significación conceptual. También el ejemplo llega a ser un concepto. Cuando estudiamos la psicosis en términos abstractos, solemos evocar espontáneamente tal episodio de la historia del delirante presidente Schreber, y, al evocarlo, estamos teorizando sin saber que lo hacemos (...) Hasta puede ocurrir que el caso-metáfora se estudie, comente y retome tan incansablemente en la comunidad de los terapeutas que adquiera un valor emblemático y hasta fetiche. ¿Qué son Schreber, Dora y Hans sino historias consagradas por la tradición psicoanalítica como los arquetipos de la psicosis, de la histeria y de la fobia? ¿Hace falta agregar que las numerosas observaciones clínicas que pueblan la teoría analítica recuerdan la imposibilidad del pensamiento conceptual de expresar lo verdadero de la experiencia recurriendo sólo al razonamiento formal?»*. Cabe señalar, no obstante, que esta asimilación también puede constituirse en un fuerte obstáculo. Si una categoría clínica, por ejemplo *la psicosis*, termina siendo abarcada, significada o, para ser más precisos, desplazada por un *caso paradigmático*, se produce inevitablemente una obstrucción, un empobrecimiento de toda profundización y avance en el discernimiento de la singularidad de cada caso nuevo, llegando incluso a tener consecuencias negativas no sólo para su análisis, sino fundamentalmente para la orientación de su tratamiento. En efecto, a veces encontramos que el apego al relato de tales casos paradigmáticos, —y no su lectura lógica, ya sea estructural o dinámica— lleva al practicante a querer fundamentar sus propios casos a partir de encontrar similitudes o diferencias en aspectos meramente imaginarios, en la comparación con el caso modelo. Por el contrario, los datos más esenciales surgen para nosotros de aquellos encuentros singulares, en sus detalles aparentemente nimios o disonantes y, precisamente, no generalizables. Por el mismo hecho de ser singulares, sin embargo, no habría que esperar que se repitan de manera idéntica, con igual presentación formal en que ellos se dieron en el caso modelo... Para avanzar en alguna precisión conceptual, lo más conveniente sería poner a éste mismo —el supuesto *«modelo»*—, en conversación con muchos otros casos nuevos, a partir de lo cual el análisis de conjunto nos podrá ir dando cada vez con mayor rigor, ciertas coordenadas que delimiten —si lo hubiera— lo propio de una estructura clínica determinada, sus modos lógicos de manifestación y sus perspectivas de tratamiento. Pero al mismo tiempo, como advierte Nasio, debemos estar persuadidos de que ninguna conceptualización o generalización permitirá una plena intelección de cada caso

singular. En otras palabras, lo simbólico no puede ni podrá dar cuenta en forma acabada de ese *real* que, cada vez, está allí en juego¹².

Sin darnos cuenta, nos fuimos ya introduciendo en el terreno de lo que Nasio denomina: la *función heurística*. Veamos a qué se refiere: «*Sucedo además que el caso excede su rol de ilustración y de metáfora emblemática para llegar a ser en sí mismo generador de conceptos (...) La fecundidad demostrativa de un ejemplo clínico es a veces tan fructífera que vemos proliferar nuevas hipótesis que enriquecen y consolidan la trama de la teoría. Para retomar la figura del presidente Schreber, señalemos que gracias a las sorprendentes Memorias de un neurópata comentadas por Freud, Lacan pudo concebir por primera vez la noción de significante del «nombre del padre» y la noción correlativa de forclusión, conceptos que, desde entonces, renovaron la comprensión del fenómeno psicótico*». Como señaláramos oportunamente, la heurística es aquella disciplina que intenta establecer y conceptualizar las coordenadas del encuentro, de la invención, del descubrimiento¹³. Cabe aclarar, sin embargo, que si el psicoanálisis no se reduce a una heurística, es en la medida que ha podido sacar consecuencias de sus propios hallazgos en su exploración de la subjetividad, avanzando en la construcción de las herramientas conceptuales y técnicas adecuadas para tal interlocución, en esa comunicación «*de inconciente a inconciente*» en donde el del analista, si está suficientemente afinado, se constituirá entonces —por la vía de la *atención flotante*— en el «*órgano receptor*» primordial¹⁴. Pero... ¿cómo se afina ese instrumento, ese *órgano receptor* en que queda así constituido el inconciente del analista? Pronto volveremos sobre ello, aunque podemos anticipar una justificada advertencia de Freud: cualquier *represión* no solucionada en el propio analista, tendrá como correlato un *punto ciego* en su percepción...

Finalmente, Nasio retomará un aspecto señalado desde el comienzo, que con frecuencia se pierde de vista: un caso es una ficción. Así, «*...que tenga una función didáctica — por ser un ejemplo que respalda una tesis—, una función metafórica —porque es la metáfora de un concepto—, y hasta una función heurística, como destello que está en el origen de un nuevo saber, no impide que el informe de un encuentro clínico nunca sea el reflejo fiel de un hecho concreto y que sea en cambio su reconstrucción ficticia (...)* Tal reconstrucción sólo puede ser una ficción, puesto que el analista recuerda el encuentro con el analizando a través del filtro de su vivencia como terapeuta, lo reajusta de acuerdo con la teoría que quiere validar y, no olvidemos este punto, lo redacta siguiendo las leyes restringidas de la escritura. El analista participa de la experiencia misma con su deseo, luego la recupera de su recuerdo, la piensa mediante su teoría y la escribe —en el mejor de los casos— en el lenguaje común. Bien se ve hasta qué punto todos esos planos sucesivos deforman el hecho real que termina por transformarse en otro. Es así como el caso clínico resulta siempre de una diferencia inevitable entre lo real de donde surgió y el relato en el cual cobra forma. De una experiencia verdadera, extraemos una ficción y, a través de esta ficción, inducimos en el lector efectos reales. Partiendo de lo real creamos la ficción y, con la ficción, recreamos lo real». El interrogante más fuerte que se desprende de aquí, es: ¿cómo podemos entender entonces esa *transmisión*, ese *pasaje*, esa *transferencia* de información *real* entre registros tan heterogéneos como esa experiencia *concreta* o *verdadera*, la *ficción* del relato y, finalmente, la captación de un *real* —vitalmente pulsante— por parte del lector u oyente? ¿Cómo, a partir de esa ficción, podemos alcanzar, además, la suficiente precisión para orientar nuestras intervenciones?

¹² Ver Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O.; obra citada, capítulo IV, punto 11.

¹³ *Ibíd.*, capítulo V, punto 2.

¹⁴ Freud, S.; *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912).

La lógica: una respuesta holmesiana al problema de la transmisión.

En la búsqueda por resolver aquellas cuestiones ciertamente problemáticas que, a poco de iniciar su enseñanza, se le presentaron en forma patente, es el propio Lacan quien vislumbra la potencialidad de apelar a la *lógica*, como recurso insustituible para su transmisión. Es allí donde cobrarán un valor crucial para él tanto la *Semiótica Peirceana*, como las investigaciones filosóficas de Ludwig Wittgenstein. ¿Qué entendemos por *lógica*? En primer lugar, nos referimos a ella en el sentido con que la utiliza en sus investigaciones criminales, por ejemplo, Sherlock Holmes¹⁵: «*Quizás usted se equivocó al tratar de dar colorido y vida a cada una de sus exposiciones, en vez de limitarse a la tarea de dejar constancia del severo razonar de causa a efecto, que es en realidad la única característica notable del asunto (...) No se trata de egoísmo o de presunción... Si exijo pleno reconocimiento para mi arte, es por ser éste una cosa impersonal, algo que está más allá de mi mismo. El crimen es cosa común. La lógica es cosa rara. Por lo tanto, usted debería hacer hincapié en la lógica más bien que en el crimen...*»¹⁶. Lo *impersonal*, es aquí sinónimo de lo *transmisible*, y su recriminación al Dr. Watson —su amigo y cronista— nos permite captar aquello que en Holmes aparece destacado como uno de sus más fuertes motivos de desvelo: el legado de su arte, su *ciencia de la deducción y del análisis* —y su aplicación práctica a la investigación criminal—, en donde si la *lógica* despierta allí para el lector un especial interés, no es sino por su eficacia y las sorprendentes consecuencias prácticas de su *uso*¹⁷.

Resulta oportuno remitirnos nuevamente aquí al pensamiento de Wittgenstein, esta vez a partir del comentario que, como introducción de la primera edición del *Tractatus*, hiciera Bertrand Russell. Encontramos allí algunos pasajes en los que se delimita con mucha precisión el problema que estamos abordando: «*¿Qué relación debe haber entre un hecho —una proposición por ejemplo— y otro hecho para que el primero sea capaz de ser un símbolo del segundo? Esta última es una cuestión lógica y es precisamente la única de que Wittgenstein se ocupa (...) Para que una cierta proposición pueda afirmar un cierto hecho, debe haber, cualquiera que sea el modo como el lenguaje está construido, algo en común entre la estructura de la proposición y la estructura del hecho. Esta es tal vez la tesis más fundamental de la teoría de Wittgenstein. Aquello que haya de común entre la proposición y el hecho, no puede, así lo afirma el autor, decirse a su vez en el lenguaje. Sólo puede ser, en la fraseología de Wittgenstein, mostrado, no dicho, pues cualquier cosa que podamos decir, tendrá siempre la misma estructura*». Para avanzar en la intelección de esta tan compleja problemática, Wittgenstein introduce una muy provechosa comparación entre la expresión lingüística de un hecho, y la proyección de una figura geométrica. Russell lo expresa en estos términos: «*Una figura geométrica puede ser proyectada de varias maneras: cada una de estas corresponde a un lenguaje diferente, pero las propiedades de proyección de la figura original permanecen inmutables, cualquiera que sea el modo de proyección que se adopte. Estas propiedades proyectivas corresponden a aquello que en la teoría de Wittgenstein tienen en común la proposición y el hecho, siempre que la proposición asevere el hecho (...) Wittgenstein empieza su teoría del simbolismo con la siguiente afirmación: Nosotros nos hacemos figuras de los hechos. Una figura, dice, es un modelo de la realidad, y a*

¹⁵ Ver Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O.; obra citada, capítulo I, «*La ciencia de la deducción y del análisis en Sherlock Holmes*».

¹⁶ La finca de Cooper Beeches.

¹⁷ Ver J. y M. B. Hintikka; «*Sherlock Holmes y la lógica moderna: hacia una teoría de la búsqueda de información a través de la formulación de preguntas*»; en Eco, U. y Sebeok, A.; *El signo de los tres*, Barcelona, Lumen, 1989.

los objetos en la realidad corresponden los elementos de la figura: la figura misma es un hecho»¹⁸. Luego de esta introducción de Russell, ahora sí, podemos remitirnos en forma directa a la letra misma del *Tractatus*, y es allí donde en primer lugar encontraremos una clara ilustración de lo que aquí intentamos transmitir: «*El disco gramofónico, el pensamiento musical, la notación musical, las ondas sonoras, están todos, unos respecto de otros, en aquella íntima relación figurativa que se mantiene entre lenguaje y mundo. A todo esto es común la estructura lógica (...) La figura consiste en esto: en que sus elementos están combinados unos respecto de otros de un modo determinado. La figura es un hecho. Que los elementos de la figura estén combinados unos respecto de otros de un modo determinado, representa que las cosas están combinadas también unas respecto de las otras. A esta conexión de los elementos de la figura se llama su estructura y a su posibilidad su forma de configuración. La forma de figuración es la posibilidad de que las cosas se combinen unas respecto de otras como los elementos de la figura. La figura está así ligada con la realidad; llega hasta ella (...) La relación figurativa consiste en la coordinación de los elementos de la figura y de las cosas (...) En la figura y en lo figurado debe haber algo idéntico para que una pueda ser figura de lo otro completamente. Lo que la figura debe tener en común con la realidad para poder figurarla a su modo y manera —justa o falsamente— es su forma de figuración (...) Lo que cada figura, de cualquier forma, debe tener en común con la realidad para poderla figurar por completo —justa o falsamente— es la forma lógica, esto es, la forma de la realidad*»¹⁹.

A la luz de esta primera aproximación a la obra de Wittgenstein —que retomaremos en el capítulo 6—, podemos ahora formular con mayor grado de rigor: un caso es la narración, la expresión, la representación, el *símbolo* de un hecho clínico, de un *estado de cosas* determinado. Hacemos referencia a ese estado de cosas —una determinada experiencia clínica—, con proposiciones. Podemos partir de la hipótesis de que el caso clínico, escrito o narrado, mantendrá la singularidad de su forma lógica, en consonancia con la singularidad del *real* que, en cada ocasión, estemos investigando, indagando o analizando. Si el analista en cuestión está acertadamente orientado respecto de su posición en la dirección de la cura, será sin dudas él mismo quien nos podrá transmitir la lógica puesta en juego en sus intervenciones, así como sus propios interrogantes, etc. Si no lo está, de todos modos será inevitable que, en su propia desorientación, lo esencial de esa lógica —aún desconocida por él— nos sea transmitida en ese mismo material que presenta, siendo ese mismo extravío al menos un indicio acerca de su posición en la transferencia. Llegamos así a lo propiamente distintivo del psicoanálisis en su formulación del caso clínico, y esto es que esa configuración lógica sólo podrá extraerse a partir del despliegue que de ella hará el sujeto en el marco mismo del vínculo transferencial: si *la transferencia* —siguiendo a Lacan— *es la puesta en acto de la realidad sexual del inconciente*, esto quiere decir que sólo a partir de ella, de lo que allí se despliega, podrá captarse algo de la axiomática que está a la base de esa *realidad psíquica* que intenta de algún modo expresarse, hacerse oír, aún —y precisamente— cuando hay algo que resiste toda representación simbólica.

La lógica del «caso por caso».

Para avanzar en nuestro recorrido, nos proponemos examinar los rasgos distintivos de la configuración de un caso desde la perspectiva del psicoanálisis, vale decir, de qué modo concebir su *forma lógica* para que ella permita plasmar y preservar, en el proceso de

¹⁸ Russell, B.; *Introducción*; en Wittgenstein, L., *Tractatus Lógico-Philosophicus*, Madrid, Revista de Occidente, 1957.

¹⁹ Wittgenstein, L.; obra citada; 2.14 – 2.18.

transmisión, las coordenadas de la singularidad subjetiva, de aquel *real* en juego que nos interesa abordar. Michel Silvestre propone diferenciar dos momentos en el desarrollo de una cura: un *primer tiempo*, en que sitúa el caso como un *particular*, donde el analista utiliza un procedimiento que apunta a ubicarlo en alguna clasificación —siempre provisoria—, en caracterizarlo como un *tipo* de caso, en tanto estructura clínica o categoría nosográfica, y a partir de ello elaborar alguna conjetura; y un *segundo tiempo*, en donde sí entendemos el caso como *singular*, remitiéndonos aquí a sus aspectos no previsibles ni factibles de comprenderse en un saber previamente establecido. Sobre ese primer momento, especifica que «...*el analista no comienza la cura sin pensarlo bien. Aunque fuera para saber dónde pone los pies. Es una preocupación justificada. No puede evitar evaluar lo mejor posible lo que va a ocurrir. Se puede incluso hablar de un cálculo provisional del porvenir, y del sujeto que se va a encontrar. No solamente intentará referir el caso a un tipo clínico sino que, además, es posible localizar algunas particularidades del sujeto antes de la entrada en análisis (...)* Como por ejemplo, la posición del sujeto respecto al goce y el tipo de demanda que despliega. Pero esto sería un saber preliminar que no es el saber supuesto»²⁰. En efecto, esa referencia del caso a un tipo clínico se justifica en la necesidad de realizar mínimamente algún cálculo preliminar, entendiendo esto en términos de poder interrogarse qué sería posible esperar de la intervención de un analista, cómo pensar la modalidad de esa intervención, los posibles efectos de esas intervenciones en el sujeto que consulta, etc. Hasta aquí, estamos a nivel de lo más general de la estructura, de la *forma externa* del caso, homologable a cómo lo entiende la *Medicina* o la *Psicología Clásica*; y si bien es cierto que al poner en juego conceptos específicos como *goce* o *demanda*, ellos nos remiten a la teoría del psicoanálisis —incluso, para más precisión, del *psicoanálisis lacaniano*—, vemos sin embargo que este primer momento de su formalización queda aún planteado dentro de las coordenadas de la ciencia galileana, tal como lo señaláramos anteriormente. Es el momento de las entrevistas preliminares, en donde lo que interesa evaluar es esencialmente si están dadas o no las condiciones para la instalación del dispositivo analítico, si el caso es abordable o no por el psicoanálisis, y de qué manera. En Freud, los criterios de esta evaluación se fueron modificando, y si en un primer momento lo *no analizable* quedaba delimitado por categorías como las *neurosis actuales*, o más tarde las *neurosis narcisistas*, llegará un punto en que ese criterio de analizabilidad no estará sujeto a una delimitación de este tipo, quedando a criterio del analista decidir —independientemente del diagnóstico— si su intervención en tanto tal resulta o no pertinente. La experiencia clínica del psicoanálisis, así, nos lleva inevitablemente a otro campo, cuya captación sólo se abre —como en las láminas de 3D— si el dispositivo permite divisar, por la vía de la atención flotante, algo más allá de la superficie de la demanda del paciente: «...*los que piden un análisis no dejan de saber sobre ellos mismos (...)* Y si ese sujeto pide sin embargo un análisis es que ese saber no basta. Le falta a ese saber, ser modificado por la verdad, modificación que sólo la operación de la transferencia puede conseguir». En este nivel, Silvestre hace una delimitación muy precisa con respecto a las coordenadas de la intervención del analista: «*Del saber supuesto, como lo indica Lacan, el analista nada sabe aún de él y sin embargo será preciso que sepa de él un rato, puesto que interpreta a partir de él*». En efecto, es la posición misma del analista la que causa el hablar del analizante, posibilitando el despliegue de aquel saber inconsciente que lo habita —la batería de sus significantes inconscientes—, único saber que a partir de allí nos interesará por sobre todo saber previo o cualquier conjetura que él mismo pudiera haber realizado. Es en este

²⁰ Silvestre, M.; «Cada caso es un nuevo caso», en ...

punto en el que Nasio ubica como algo esencial en la dirección de la cura la posibilidad de captar aquello que, en tanto fantasía inconciente del analizante, se ubica a la base de su despliegue transferencial: esa fantasía —como hemos señalado en otro lugar cuando comentábamos el texto freudiano²¹— será necesario *construirla* en el devenir del análisis, siendo esta operación una pura abducción; siendo, en consecuencia, inevitablemente singular. Se trata, para el sujeto, de algo que experimenta como un real, como algo que irrumpe en el epicentro mismo de su realidad psíquica, al punto de ser en torno de ello que toda su experimentación de *las cosas del mundo* se organiza.

Dando un paso más en ese recorrido, Silvestre pondrá en primer plano el concepto de *silencio* —término que nosotros podemos enmarcarlo en el concepto más general de *abstinencia*—, señalando que el silencio del analista, no es solamente el vacío de la palabra o la ausencia de interpretación. El silencio del analista es «...*ya ahí, como lo dice Lacan, el ser del analista en acción, y está ya en el corazón de su acto, del mismo modo que su interpretación...*». Es indispensable hacer aquí una distinción respecto de ese *silencio*, puesto que el término ha dado lugar a cierto malentendido técnico sostenido por algunos colegas aún en la actualidad: no se trata de que el analista *no hable*, lo que interesa es *desde qué lugar habla*. Ese lugar desde donde él está llamado a intervenir no es en modo alguno el de su propia subjetividad. Y esto apunta a lo real de la transferencia en juego: «...*desde la primera sesión el analista ocupa el mismo lugar que conservará hasta el final de la cura. Un lugar fijo que es aquel desde donde puede dirigir la cura e interpretar (...) es un lugar en el que no se sabe nada. En una palabra, digamos más prudentemente, digamos que es un lugar que comienza ahí donde termina lo que sabe el analista*». Lugar que sin embargo, apres-coup, podrá ser ubicado con bastante precisión en sus coordenadas: «*Este lugar está delimitado desde el inicio de la cura porque es la demanda del sujeto la que lo determina (...) La palabra que lleva la demanda circunscribe el lugar de su silencio, y así se puede decir que lo que determina el lugar del analista es la demanda. El silencio delimitado por la Demanda implica varios niveles de significaciones convergentes (...) De ese modo el silencio introduce, no lo verdadero que no podría prescindir del decir, sino la dimensión de la verdad contra la que choca el saber producido por la asociación libre. Y sobre todo, equivale a lo que, para el sujeto es imposible de decir, a su real (...) Ahí solamente, en ese límite, comienza la interpretación, más allá de lo que puede decir el analizante*». Entonces, a partir de aquí, ¿cuál es el saber que guía al analista para poder situar las coordenadas de su posición en la transferencia, para que no se extravíe en el despliegue pulsional respecto del cual se ubica como causa, como mero *objeto*, para poder —a pesar de ello— hacer alguna lectura de la singularidad subjetiva allí puesta en juego? Concluye el autor: «*Lo que sabe el analista, el saber del psicoanalista (...) no es el vocabulario del psicoanálisis. Es una matriz significativa, un algoritmo —por qué no retomar aquí ese término— por el que el saber supuesto encontrará el camino del sujeto —es decir tendrá acceso a lo real*». Es aquí donde cobra toda su dimensión aquello que no se presenta sino en términos de una *falta*. Y es preciso señalar que no se trata simplemente de la *falta de palabras*, o de una dificultad que al sujeto se le presenta en el decir...

Configuración del lugar del sujeto, en transferencia.

Vale la pena detenernos a precisar algunas cuestiones relativas al concepto de *transferencia*. ¿Qué entendemos por *transferencia*? En primer lugar podemos decir que se trata de una operación que implica el desplazamiento, la cesión o el traspaso de un determinado elemento, desde una entidad hacia otra. Es algo que también puede

²¹ Ver Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O.; obra citada, capítulo VI.

pensarse en términos del legado hacia otro de un derecho o de un dominio, por ejemplo de la pertenencia de algún bien. Por supuesto, para que ello suceda, ese «*elemento*» debe ser de algún modo transferible, transmisible, tener algún valor de intercambio. Tiene que haber alguien que lo transfiera, pero a su vez requiere de alguien que esté dispuesto a tomarlo, dado que de lo contrario habría que pensar de qué modo habríamos de denominar esa *transferencia*. Volviendo nuestra mirada al terreno de nuestro interés, podemos preguntarnos: ¿qué sería *eso* que, en la consulta con un psicoanalista, requiere ser transferido para alcanzar algún alivio, para que un sujeto pueda sentir al transferirlo algún alivio respecto de su padecimiento psíquico?

Para Freud, la transferencia es algo que inevitablemente se produce en una cura psicoanalítica, y alcanza su consabido papel en el transcurso del tratamiento: «*Todo ser humano —dice—, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en la infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse. Esto da por resultado, digamos así, un cliché que se repite —es reimpresso— de manera regular en la trayectoria de la vida de un sujeto, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles (...) Es entonces en todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho, se vuelva hacia el terapeuta...*»²². En contraposición a lo deseable para el devenir de la cura, hallamos el inconveniente de que tales mociones inconscientes no quieren ser reveladas, sino que aspiran a reanimarse pero en ese modo enmascarado propio de lo inconsciente. Del mismo modo que en el sueño, además, el sujeto atribuye condición presente y realidad objetiva a aquello que no es sino efecto del retorno de esas mismas pasiones reprimidas; lo que tiene como consecuencia que se precipite a actuarlas —*agieren*— soslayando la situación objetivamente real. «*El médico quiere constreñirlo a insertar esas mociones de sentimiento en la trama del tratamiento y en la de su biografía, subordinarlas al abordaje cognitivo y discernirlas por su valor psíquico. Esta lucha entre médico y paciente, entre intelecto y vida pulsional, entre discernir y querer «actuar», se desenvuelve casi exclusivamente en torno de los fenómenos transferenciales. Es en este campo donde debe obtenerse la victoria cuya expresión será sanar duraderamente de las neurosis*». Si bien ese propósito de domeñar los fenómenos de la transferencia deparará al psicoanalista las mayores dificultades, es preciso notar que al mismo tiempo son justamente ellos quienes nos brindan, dirá Freud, «*el inapreciable servicio de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes*»; esa manifestación que ahora cobra actualidad es lo que permitirá que esa lucha tenga lugar allí, *in situ*, permitiendo un salto cualitativo en la cura: dado que nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*, entonces será oportuno librar el combate allí, cuando *eso* se despliega en torno de la presencia del analista. Lo que justifica la advertencia que nos hace Freud²³: «*Acaso todo principiante en el psicoanálisis tema al comienzo las dificultades que le depararán la interpretación de las ocurrencias del paciente y la tarea de reproducir lo reprimido. Pero pronto aprenderá a tenerlas en poco, y a convencerse, en cambio, de que las únicas realmente serias son aquellas con las que se tropieza en el manejo de la transferencia*». En este contexto, en la perspectiva freudiana, cualquier observación, cualquier relato que se sitúe por fuera de ese fenómeno —que incluye ineludiblemente la presencia del analista—, tropezarán con la insalvable dificultad de quedar impedido de captar aquello que, en la experiencia

²² Freud, S.; *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912).

²³ Freud, S.; *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1914)

analítica, resulta del todo esencial. De la misma manera, sólo podrá cobrar sentido la formulación de un caso clínico, allí donde se pueda dar cuenta de la «*mutación subjetiva*» operada en un análisis, cuyo epicentro no habrá de situarse sino en la intimidad misma del vínculo transferencial. Este último concepto²⁴, entonces, no podrá ser soslayado en cualquier escritura que el psicoanalista practique sobre un caso, ya sea en forma manifiesta o latente, a lo largo de toda su exposición. Sacar a la luz, *abducir* la lógica de los movimientos transferenciales en el recorrido de la cura, es la lectura específica y distintiva que hace un psicoanalista sobre un caso clínico. Sólo así se podrá dar cuenta de la operación mediante la cual el sujeto, por la vía del análisis, puede ir reposicionándose respecto del lugar insoportable en el que se hallaba fijado en su relación con el deseo del *Otro*.

Llegamos finalmente, de este modo, a formular aquella cuarta función que anticipáramos al comienzo de este capítulo. Además de sus funciones *didáctica*, *metafórica* y *heurística*, por sobre todo, la formulación de un *caso* tiene para el psicoanalista una vital *función clínica*. Esta función se hace patente en el dispositivo de «*supervisión*» o «*control*», donde el analista transmite a través de su relato o de su escritura el problema que se le presenta en cierto momento en la dirección de la cura de un determinado sujeto. En dicho dispositivo, se hacen manifiestas —si es que no lo estaban ya— dos líneas de lectura: la primera, relativa a la producción significativa, la lectura de las cadenas asociativas y la operación de «*retroducción*»²⁵ del material reprimido, desandando los trabajos de condensación y desplazamiento que han operado en las formaciones del inconsciente. La otra lectura, implica cierta captación a partir de lo que *resta* a esa producción simbólica, lo imposible de ser puesto en palabras, y cuya presencia se hace patente ante la irrupción de cierto monto de angustia, pero esta vez del lado del analista, que nos indica que ha quedado él mismo capturado en una escena en la cual no sabe, para el deseo del otro —del analizante—, quien es. Momentos de suspensión del análisis, de los que sólo se sale mediante la lectura adecuada acerca de la posición del analista en la transferencia, fuera de la cual toda intervención está destinada a un estrepitoso fracaso. En ocasiones, es suficiente con una oportuna supervisión del material, a partir de lo cual puede el analista reposicionarse sin mayores dificultades. Hay otras ocasiones en que lo que allí se detecta tiene que ver con cierto *punto ciego* del analista, vinculado a algún punto de detención de su propio análisis personal... Conviene especificar aquí que esa «*mostración*» de «*lo que no se puede decir...*», retomando los términos de Wittgenstein, no debe restringirse a una dimensión puramente visual o imaginaria: se trata más bien de algo que se hace presente, que se encarna, y en su captación no sólo está involucrada la mirada, mucho menos la visión —en tanto función biológica—, sino aquello que es desde el inicio esencial al dispositivo analítico: la *atención flotante*, como expresión de la abstinencia del analista, allí donde él mismo se ofrece como carnada para hacer aflorar desde lo más oscuro de las profundidades del sujeto aquello que lo parasita en lo más vital de su humana existencia, interponiéndose a la realización de su propio deseo o empujándolo a su extravío.

Llegaremos por hoy hasta aquí, no sin antes hacerle lugar a uno de los interrogantes más fuertes que, en el campo de la subjetividad, se desprenden de lo que acabamos de formular: ¿cuáles serían los criterios de validación adecuados para toda investigación que se emprenda dentro de tales coordenadas?

²⁴ Y, recordemos, no por azar *la transferencia* ha sido señalada por Lacan como uno de *los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*.

²⁵ Este concepto, introducido por Peirce como uno de los modos de denominar a la *abducción*, está ampliamente desarrollado en Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O.; obra citada, capítulo 2, punto 4.