

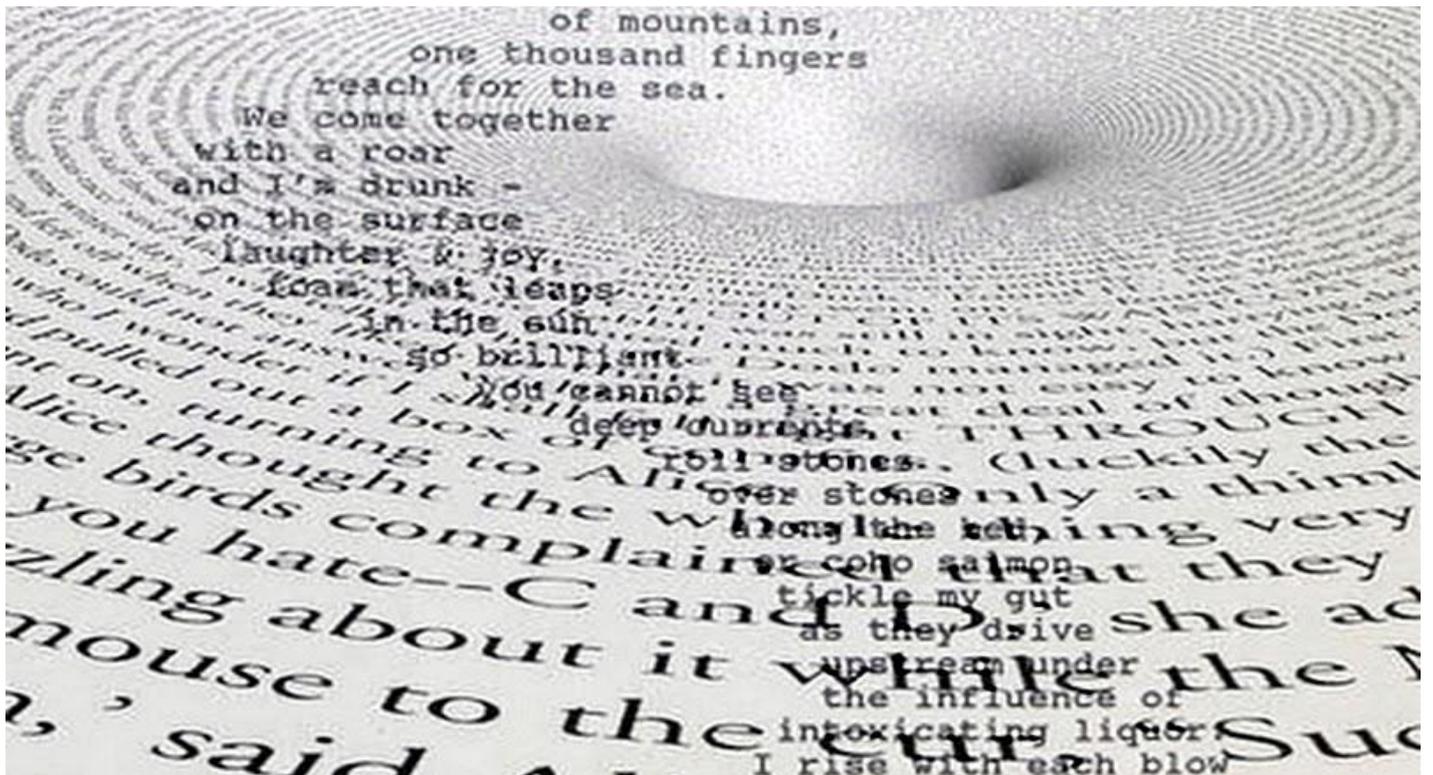


UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo final de grado:



Algunas puntualizaciones sobre la escritura del caso clínico en psicoanálisis

Ximena Rodríguez Anza

Montevideo - Febrero, 2015

Resumen.

La presente monografía plantea un punto de vista acerca del caso clínico en psicoanálisis, puntualizándolo como un proceso de construcción. Se explicita una concepción acerca de la clínica en psicoanálisis en contraposición y como subversión de las demás formas de hacer clínica: medicina y psiquiatría. El caso clínico psicoanalítico se enmarca en una lógica de la excepción, donde los casos particulares no confirman la teoría general, como en el paradigma científicista, sino que se mueven abductivamente, de lo singular a lo singular, trabajando con el resto, con lo que la mirada científica descarta.

Se toma como referencia la teoría lacaniana, en su planteo acerca de la verdad como no-toda y con estructura de ficción. El relato de casos clínicos en psicoanálisis implica un acto creativo, la introducción de algo nuevo a partir del pasaje por la escritura. Es entonces que el caso clínico necesitará valerse de la ficcionalidad, esto es, que el caso clínico será construido.

Introducción.

Se toma al caso clínico como tema central del presente trabajo por su importancia como herramienta de transmisión de conocimiento, como también elemento de investigación. El mismo posee características específicas que van en concordancia con la concepción de sujeto que el psicoanálisis postula. Por lo tanto, resulta pertinente reflexionar acerca de las diferentes formas de concebir la clínica -medicina, psiquiatría y psicoanálisis- señalando una diferenciación entre ellas; diferenciación que se basa en planteos de Dunker acerca de la *subversión* de la clínica psicoanalítica respecto al resto. Es así que se busca conceptualizar bajo qué parámetros se piensa y escribe el caso clínico en psicoanálisis.

La diferenciación del caso clínico en psicoanálisis con respecto a los casos médicos y psiquiátricos se profundiza al desarrollar un planteo acerca de los casos clínicos freudianos y del tratamiento que él le da a los mismos, puntualizando una comparación con el género de la novela policial del siglo XIX. Además se vincula la formación del método investigativo del psicoanálisis con las teorizaciones de Morelli sobre la importancia de los detalles y las pequeñas pistas; asimismo se presenta otra relación significativa con respecto a las teorizaciones acerca del “paradigma indiciario”. Influencias que se verán reflejadas en la forma de pensar y representar el material clínico psicoanalítico. Asimismo se destaca la importancia del caso clínico como singularidad, otro punto de diferenciación con la medicina y la psiquiatría, ya que el caso en psicoanálisis no busca corroborar, por medio de la sumatoria de casos, una teoría general sino que, por el contrario se rige por una lógica que va de lo singular a lo singular (abductiva); además de admitir “el fracaso” y la excepción como conceptos en su teoría. Esto es, el caso clínico es la unidad mínima irreductible que se fundamenta a sí mismo.

Para comenzar a trabajar la noción de “construcción” se postula al caso clínico en psicoanálisis como un género discursivo en sí mismo, el cual cuenta, en su estructura, con características del género literario que se vinculan con nociones importantes para este trabajo: ficcionalidad, construcción y verdad.

Es Freud quien trabaja originalmente el concepto de “construcción”, psicoanalíticamente hablando, en 1937 en su artículo “Construcciones en análisis”, a partir de este texto es que en el presente trabajo se plantea una articulación entre el postulado de la *construcción* en el proceso de análisis y la *construcción* en la escritura

del caso clínico. Resaltando la imposibilidad de “recuperar” la totalidad de aquello reprimido y la cuota ficcional que implica una construcción psicoanalítica.

Finalizando, se plantea la interrogante sobre si es posible transmitir la “verdad” del caso, lo cual se relaciona con la postulación lacaniana acerca de la cualidad ficcional de la verdad. Noción importante para desarrollar y profundizar en la construcción del caso clínico, como también en la especificidad de la escritura en psicoanálisis, la cual en su intento por capturar la experiencia del análisis siempre genera otra cosa, algo nuevo: una ficción.

La clínica en el psicoanálisis: una subversión.

La clínica en psicoanálisis tiene sus características distintivas que la separan de la clínica clásica médica y psiquiátrica. Tomando como base de análisis las teorizaciones realizadas por Dunker (2011), la clínica, en términos generales, estaría constituida por cuatro elementos fundamentales: la terapéutica, la etiología, el diagnóstico y la semiología; los cuales se articulan y conjugan particularmente según la posición clínica de la que estemos tratando, ya sea médica, psiquiátrica o psicoanalítica. Este autor plantea la subversión del psicoanálisis con respecto a la clínica moderna, donde se organiza un corte, una ruptura con los parámetros de los cuales se originó, generando una reorganización de sus elementos; Mutchinick, por su parte, afirmando esta idea señala que “la medicina nos presta un modelo que el psicoanálisis tomó para dejarlo.” (1993, p.9)

Como primer elemento de la clínica se toma a la semiología, la cual se puede definir como “una clasificación y organización de signos, índices, síntomas y rasgos que se deben presentar como diferencias significativas a la mirada clínica.” (Dunker, 2011, p. 403) Es el estudio de los signos en el marco del hacer clínico, el cual dará significado a este conjunto de señales. Por su parte la tarea médico-clínica se centra en la mirada como herramienta de trabajo, dedicándose a observar los signos visibles que denotan cierta enfermedad o malestar en el paciente, posibles de ser encasillados en un diagnóstico preestablecido teóricamente. Como afirma Le Gaufey:

¿Qué observaba el médico clínico? Síntomas, los cuales adquirirían por la mirada el valor de signos, detrás de quienes habría que localizar la verdad fundamental de la enfermedad, y que no podría escapar a ese nuevo ojo clínico iluminador de las oscuridades del cuerpo. El clínico es, desde entonces, un lector de signos engañosos que debe lograr descifrar para acceder a la verdad que se oculta detrás de ellos. (Le Gaufey, 2006) (Rangel Guzmán, 2010, p.71)

Desde esta perspectiva el signo visible representa algo más y es el médico quien tiene la *habilidad* para desentrañarlo. Estos signos son generalizables y estables ya que en la mayoría de los casos refieren a lo mismo, por ejemplo: fiebre-infección. Además los signos en medicina son directamente asociables con “la realidad” que representan, no se rigen por las leyes de la lingüística, es decir que no funcionan como metáforas, ni hay algo en ellos del orden de la alusión; no dependen, entonces, del lenguaje sino que le preexisten. (Clavreul, 1978, p. 233) En la situación clínica se busca unir al signo, o al conjunto de signos, con su referente. Como lo expresa Le Gaufey: “Esta unión es muy importante porque le da al signo su referente y por lo tanto su valor.” (Le Gaufey, s/f, p.2) El malestar padecido por el paciente pasa a condición de síntoma

cuando el médico lo ubica como tal en una descripción convenida por el corpus teórico. Es el médico, quién dota y habilita el padecimiento del sujeto como enfermedad; Foucault sostiene que "...la mirada médica es la que abre el secreto de la

enfermedad, y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción." (2004[1963], p.130) Existe un movimiento en esa operación que "transforma al síntoma desde una queja genérica a un síntoma en sentido clínico. Ese pasaje implica su captura en el discurso y su sanción por el orden médico." (Dunker, 2011, p. 405) Clavreul sostiene esta idea utilizando la noción de discurso del amo de Lacan, discurso mediante el cual el signo se constituye en significante permitiendo que emerja la significación: "lo importante no es la mirada médica, sino el hecho de que el médico conozca un orden articulado de esos signos, o al menos suponga que tienen un orden posible." (1978, p. 194) Por otra parte, se observa además que en esta dinámica queda excluida la subjetividad del paciente, ya que es el médico quién se coloca como sujeto en la relación médico-paciente, legitimando el valor del signo como síntoma o como enfermedad "válida" para la medicina; mientras que el paciente queda alienado en una posición de objeto, representado por su cuerpo sufriente, siendo estudiado, observado y, además sometido, pasivamente, a tratamientos y análisis. Según Clavreul, "el producto del discurso del amo es la constitución de un objeto." (1978, p. 196) Ese objeto (de estudio) es la enfermedad y no el sujeto, esto es, en la medicina detrás del síntoma no hay sujeto. Herrera Guido (2008) también realiza un análisis de estas características, referido a la clínica médica con respecto a las teorizaciones de Lacan sobre el discurso del amo:

Es muy común que el médico se identifique con el lugar del amo, que, como no tolera escuchar, taponea al sujeto del lenguaje de múltiples maneras: le prohíbe las palabras, lo apabulla con un discurso especializado que ahonda más el abismo entre médico y paciente (...) El amo, en tanto, se cree dueño de su decir, no espera a que algo de la verdad del sufrimiento se exprese en el decir mismo del quejoso. (2008, p. 27)

Con la medicina clásica, el paciente queda silenciado y, el saber sobre su padecimiento se ve reducido a lo que el médico describe y tiene para decir del mismo, lo cual deriva en un lugar de gran poder para el clínico y su conocimiento. Además, la subjetividad - tanto del paciente como del médico - es considerada un obstáculo y un punto de imprecisión para alcanzar la verdad y el saber de lo que se investiga: "El orden médico, heredero del discurso del amo, para desembarazarse del sujeto, expulsa también el pathos, las pasiones, con el fin de alcanzar la objetividad." (Herrera Guido, 2008, p. 27) Es importante subrayar que el discurso médico no niega la existencia de la subjetividad, sino que no cree en su importancia para el conocimiento de la verdad y la considera un obstáculo, lo cual es un punto clave para sostener su

prestigio y condición de cientificidad. Clavreul afirma que el discurso del amo “saca su fuerza del hecho de que se sostiene independientemente de la subjetividad tanto de quien lo enuncia como de quien lo escucha.” (1978, p.195)

Bajo este paradigma cientificista surge la psiquiatría, la cual ansía poder ajustarse a los criterios y procedimientos de la medicina y de la ciencia de la época. Tal intento lleva a la disciplina naciente a ciertas contradicciones.

Para la psiquiatría clásica fue difícil poder establecer una semiología de las enfermedades mentales, de la locura. La dificultad se dio en el hecho de que los fenómenos estudiados por la psiquiatría no se expresaban en el cuerpo, sino que en su mayoría dependían del uso intersubjetivo del lenguaje, del universo de las significaciones (Dunker, 2011, p. 425) Porter sostiene, por su parte, que teorías importantes también influenciaban el pensamiento de los médicos y psiquiatras de la época (siglo XIX)

...en los escritos médicos pos-cartesianos la “enfermedad mental” en un sentido estricto se volvió casi una contradicción de términos; la posibilidad de que la mente o el espíritu *per se* pudieran estar enfermos quedaba eliminada por mero procedimiento. En los sistemas de pensamiento cartesiano y newtoniano el alma se tornó inviolable por definición y, consiguientemente, los doctores remitían los orígenes de la locura a lesiones *corporales*. (2002, p.124)

Para evitar que la semiología en psiquiatría se redujera al universo de significaciones del propio clínico y, además se alejara de las exigencias clínicas de las ciencias respetadas de la época; se debía crear una semiología general, donde los signos cumplan una función de indicador estable y relativamente objetivo. Se busca hacer una analogía con el cuerpo orgánico, creando objetos clínicos de estudio, como ser la voluntad, el pensamiento, la memoria, la imaginación, entre otras; aunque, estas entidades psicológicas no posean las mismas características que los tejidos y órganos, es decir, no son visibles, ni tienen materialidad. Estas nociones clínicas “eran apenas otras inflexiones de la sustancia lingüística o comportamientos cuya significación era igualmente abierta.” (Dunker, 2011, pp. 425-426) La semiología que la psiquiatría necesitaba construir era un metalenguaje, ya que el problema era pensar cómo se podía pasar de lo narrativo, por la cual el paciente expresa su enfermedad, a lo descriptivo, por la cual se define el síntoma. A partir de este hecho, los clínicos intentaron relacionar alguna fuente orgánica, visible y objetivable, con las posibles modalidades del discurso. “En el siglo XIX la psiquiatría trabaja sobre modelos de la biología. Así, el modelo locacionista busca ciertas áreas responsables de los trastornos.” (Herrera Guido, 2008, p. 45) Esta relación se mostró rápidamente inoperante ante la clínica y su estructura. Sin embargo, se pueden considerar trabajos

de psiquiatras que comienzan a despegarse de esta idea, como Pinel, por ejemplo, que rechaza las teorías que dan cuenta de la locura por un daño material en el cerebro.

Según Bercherie:

Esta toma de posición tiene una primera consecuencia, la de proporcionar a la idea de curabilidad de la locura una base teórica: el cerebro no está dañado, la mente sólo está alterada en su funcionamiento, de donde surge la acción posible del tratamiento moral y la curabilidad potencial. (1980, p.23)

El psicoanálisis, en cambio, produce una subversión de la clínica clásica, que puede situarse en la inversión que produce en *la relación médico-paciente*. Puede decirse que el analista pasa a ocupar el lugar de objeto y el paciente a posicionarse como sujeto, colocado allí por el propio analista; ya que esta clínica plantea la búsqueda del sujeto en el síntoma. Éste no será un signo que remite a una afección particular, sino que se lo considera como significante que remite al sujeto mismo. Recuérdese la conocida definición de Lacan: “el significante es lo que representa a un sujeto para otro significante.” En este sentido el síntoma no se reduce a algo concreto, específico y aislado, sino que adquiere significación introduciéndose en la cadena significante a través de la cual el sujeto se representa. El psicoanálisis acoge el discurso del paciente de una forma particular, y el analista, “en vez de colocarse como intérprete del discurso del paciente, le devuelve al analizante sus propias palabras para que él pueda apropiárselas y en ellas reconocer su deseo.” (Dunker, 2011, p.472) El saber sobre el sufrimiento del paciente se ubica ahora en otro lugar. “El psicoanálisis transforma el ¿qué le pasa a Ud.? En ¿por qué cree que le pasa? Dando lugar a la significación subjetiva.” (Bianco, 2005, p.93) En la práctica analítica hay una búsqueda de la verdad del sujeto, más que de un saber con respecto a sus síntomas; esta búsqueda debe ser realizada por el propio sujeto: “...gracias al análisis el sujeto encuentra su lugar y hace de una verdad mítica (más que objetiva) algo que puede reasumir en nombre propio, convirtiéndose así en sujeto de un discurso del que hasta entonces era objeto...” (Mannoni, 1998, pp. 37-38) Según Herrera Guido, en este cambio que introduce el psicoanálisis hay un viraje de discursos. Desde una perspectiva lacaniana, puede decirse que, en la clínica, se abandona el lugar de amo, promoviéndose el discurso del analista:

Que el discurso del analista sea propuesto como el reverso del discurso del amo, discurso del poder, para Lacan significa que el psicoanálisis es una práctica subversiva, pues socava los intentos de dominación del otro y del dominio del saber. (2008, p. 42)

Además de este cambio en la relación clásica que había entre el médico y el paciente, hay una transformación en la forma de pensar los signos y los síntomas. En la clínica psicoanalítica se abandona la idea de que los signos son estables y remiten siempre a

lo mismo. En sus trabajos, Freud manifiesta la idea de que la relación entre signo (significante) y significado es algo variable, singular y temporal en cada caso y en cada paciente, debiendo hacer un trabajo de análisis e interpretación profundo, en conjunto con el analizante, para poder aproximarse a un sentido posible de aquellos síntomas. Avanzando un poco más, Le Gaufey plantea, desde una perspectiva lacaniana, que la relación entre signo y significado en psicoanálisis es mucho más compleja que en la clínica clásica debido a la falta de referente: "...no sólo el referente está perdido, sino que éste está necesariamente perdido (...) Nosotros no podemos establecer una unión entre el signo y el algo más. Podemos intentarlo, pero en un punto fracasaremos..." (Le Gaufey, s/f, p.4) Este autor sostiene que no hay nada de natural en el signo, sino que, por el contrario, éste debe ser construido en análisis; siempre teniendo en cuenta que habrá algo que quedará perdido, inaprensible, debiéndose lidiar con ello. Por tanto, se puede afirmar que en psicoanálisis la historia del sujeto, por intermedio de una construcción, viene a dar un sentido narrativo al referente del signo. Dunker afirma:

Cuando la historia de una enfermedad se confunde con la historia del enfermo, esta historia no es más una sucesión de signos, sino que es una narrativa. Una narrativa supone ciertas reglas para ser construida o interpretada, reglas que son esencialmente diferentes de las reglas de composición de una descripción. (2011, p.426)

El psicoanálisis supone entonces una nueva perspectiva de entendimiento y relacionamiento con los signos, una nueva semiología, donde se genera una gramática discursiva, con la introducción de nociones que la sustentan como la de condensación, desplazamiento, regresión, elaboración secundaria, entre otras, tomadas de las propiedades del funcionamiento psíquico. La semiología en psicoanálisis depende de un objeto invisible: el discurso del sujeto y, el síntoma necesita de la escena enunciativa para ser considerado como tal.

Desde el punto de vista de la teoría lacaniana, la semiología se relaciona con la verdad del sujeto y no con la "realidad". En palabras de Mannoni: "...el psicoanálisis tiene que ver con la verdad, es decir con una dimensión, la de la palabra, que trasciende el campo de la realidad y la exactitud. Verdad que tiene estructura de ficción, que se afirma incluso contra la veracidad de los hechos, que se diferencia del saber y no lo abarca..." (1998, p. 128) Por lo tanto se puede sostener que "La experiencia analítica constituye su campo en la ficción de la palabra." (A. de

Sebastián, 1989, p.564) La semiología en psicoanálisis se va desarrollando en el mismo proceso del análisis, como también lo hace el síntoma, que se construye en la situación del discurso con el otro (analista). Según Dunker, "...no es una semiología referida a una ontología en tercera persona, según la cual una buena descripción

permanece válida en todos los mundos posibles para cualquier sujeto, sino que es una ontología en primera persona." (2011, p.443)

Continuando con el análisis de los elementos de la clínica planteado por Dunker (2011), en la estructura también se encuentra la etiología. En la órbita de la medicina se la considera quizá como el fin último del trabajo clínico, es decir encontrar las causas de la enfermedad. Se hace referencia a la etiología en lazo estrecho con la terapéutica, en la medida en que ésta se concibe, en términos generales, como una acción que se ejerce sobre la causa de la enfermedad.

En el marco de la medicina y la psiquiatría, la terapéutica - ubicada como un elemento más de la estructura de la clínica - se define como los procedimientos y estrategias que "buscan interferir y transformar la red causal que constituye la etiología, confirmar la diagnóstica y verificar el valor semiológico de los signos y síntomas." (Dunker, 2011, p. 415).

Igualmente, para comprender el lugar de la etiología dentro de la clínica psicoanalítica, debemos considerar que Freud realiza un giro entre los elementos de la clínica moderna, implementando una nueva perspectiva, centrada en la terapéutica. Hay un pasaje desde la preponderancia de la *mirada* en la clínica clásica a la dominancia de la *escucha*, introducida por el psicoanálisis. Freud se enfoca en la relación de la etiología con la terapéutica, buscando que ésta altere algo a nivel de las causas del sufrimiento del sujeto. En psicoanálisis cobra protagonismo la idea de estructura psíquica como abordaje de la etiología de los síntomas:

La noción de causalidad es revertida por el concepto de estructura. La estructura no es un mecanismo, no es una red de condiciones, ni tampoco se reduce a una determinación dialéctica reflexiva, de cierta forma, puede ser pensada de modo que integre dentro de sí todos estos modelos de causalidad. (Dunker, 2011, p.450)

En la medicina y la psiquiatría, la acción terapéutica tiene como meta hacer retornar al estado de salud al paciente, curarlo, mientras que en psicoanálisis se busca hacer surgir al sujeto mediante su discurso, su relato, por lo tanto la escucha se vuelve una forma privilegiada de abordar la terapéutica en psicoanálisis, "la clínica psicoanalítica está fundada en la palabra, es una clínica de la escucha." (Herrera Guido, 2008, p. 47) Algunos autores definen al psicoanálisis a partir de esta característica. Por ejemplo Mutchinick sostiene "que la clínica psicoanalítica es lo que se dice en un psicoanálisis."

(1993, p.7) destacando el lugar protagónico de la palabra, del discurso. Por otro lado, Bianco afirma que en la clínica psicoanalítica "...la palabra tiene plenos poderes; es en el discurso donde algo de lo singular se puede capturar. El saber en juego nos llega en el decir del sujeto." (2005, p.93) El psicoanálisis se convierte, entonces en un método

que interviene sobre el discurso del sujeto, es decir que comienza a ocuparse de aquello que la mirada médica excluía, aquello que dejaba fuera de su estudio:

La escucha se torna, así, la esencia de ese nuevo proyecto clínico. Una escucha metódica, atenta al detalle, a las pequeñas incongruencias, al desliz, a la repetición o a la ruptura del habla. Fluctuante y abierta a interrupciones, insistencias y silencios del discurso. (Dunker, 2011, p.439)

Por último, siguiendo con el análisis de los elementos de la clínica se señala el *diagnóstico* como elemento constitutivo de la clínica. Dunker (2011) lo define como "discernimiento acerca del valor y el significado que un conjunto de signos poseen cuando aparecen de forma simultánea o sucesiva en la particularidad de un caso." (p. 407) En el marco del psicoanálisis hay que considerar como herramienta fundamental de trabajo a la transferencia, la cual habilita el análisis. Mannoni dice que "Lo que le interesa al psicoanalista no es lo que ocurre en la cabeza del paciente, sino lo que sucede entre él y el paciente." (1980, p.14) A partir de esto, el diagnóstico ya no será entendido como una clasificación exhaustiva y fija de signos que remiten a posibles cuadros patológicos, sino que el diagnóstico será la articulación de significantes particulares para cada paciente en transferencia, otro punto de subversión del psicoanálisis: "Mientras que la clínica médica se termina allí donde empiezan la pasión y el deseo, la aventura psicoanalítica, y también su clínica, comienzan con la transferencia..." (Clavreul, 1983, p. 115). Además, al contrario de la clínica médica clásica, donde el diagnóstico es considerado un acto, en psicoanálisis el diagnóstico se realiza y se construye en cada encuentro con el analizante. El diagnóstico no se considera un fin en sí mismo, sino que se utiliza como orientador y organizador en cuanto al tratamiento. Para los psicoanalistas tomar el diagnóstico como algo acabado sería una acción poco atinada, debido a "su íntima conexión retroactiva con los modos y condiciones de intervención terapéutica." (Dunker, 2011, p.458)

Se alude a la clínica psicoanalítica en términos de una construcción, la cual deriva de una interrogación al analista y al analizante sobre la experiencia misma del análisis. Lacan lo sostiene señalando que "la clínica tiene como base lo que se dice en un psicoanálisis, (...) la clínica no es el acto sino de lo que de él se deduce, o sea, la reflexión sobre el mismo." (Lacan, 1981) (Bianco, 2005, p.91) Dunker, por su parte, consolida la idea del psicoanálisis como una clínica válida, como cualquier otra, donde sus elementos, además de ser cualitativamente iguales tienen coherencia interna y

están íntimamente relacionados, donde el cambio en uno afecta al otro necesariamente. Este autor afirma que “su semiología, constituida a partir del habla y del lenguaje, su diagnóstica basada en la transferencia y su concepción etiológica basada en el inconsciente y la pulsión fundan, de hecho, una clínica.” (2011, p.478)

Una clínica nueva, diferente, privilegiando otros elementos: “La clínica psicoanalítica se opone a la clínica médica y psiquiátrica no solo en sus concepciones sino en su práctica, al poner en un lugar dominante la función del deseo, que determina el lugar central de la falta” (Herrera Guido, 2008, p. 53)

Se pueden observar varias maneras de concebir la clínica, las cuales conllevan sus corpus teóricos y paradigmas que las sustentan. La clínica médica tradicional se rige por la concepción científica y el paradigma positivista, caracterizándose por la búsqueda progresiva del saber y la verdad, donde se apela a despejar lo enigmático y develarlo, reduciendo lo desconocido a lo conocido. Esta clínica define como válido de ser estudiado y aprehendido sólo lo que por intermedio de su profesión es posible de ser comprendido, “porque lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en cierto campo de saber, con exclusión de cualquier otra cosa; es lo que puede constituir una teoría, o al menos un diagnóstico, que tenga alguna coherencia. El resto no existe para él.” (Clavreul, 1983, p.90) La concepción de sujeto, por lo tanto sigue esta línea y se define como un sujeto idéntico a sí mismo, transparente, que es posible de ser conocido en su totalidad: es el sujeto cartesiano. Una clínica de estas características conlleva un borramiento de las singularidades, en pos de establecer generalidades, enunciados universales. Hay un rechazo por el discurso del paciente. La observación del profesional excluye todo lo que no pueda ser inscrito en los términos de la medicina, y ni siquiera nombrará lo que no se incluye. (Clavreul, 1983, p.91)

Ciertas escuelas o ciertos momentos históricos dentro del psicoanálisis también se han regido por la lógica del sujeto transparente, el cual es posible de ser develado en su totalidad, guiados con el conocido eslogan “hacer consciente lo inconsciente”, con el objetivo de despejar el enigma que éste encierra. También se apoya en la noción de sujeto cartesiano, “el que ayuda –y no obstaculiza- mediante su conciencia clara y distinta a una construcción y una progresión del conocimiento.” (Singer, 1995, p. 15) Al decir de Herrera Guido, “...tanto la medicina como la psiquiatría, así como las psicoterapias, se han dirigido hacia el síntoma, y han expulsado al sujeto que lo padece y sostiene.” (2008, p. 28) El mismo Freud, inmerso en el positivísimo de su época, buscó insertar al psicoanálisis dentro de las ciencias, apuntando al ideal de científicidad. En el comienzo, el inconsciente será aquello extraño, desconocido y enigmático (como la realidad exterior en las ciencias duras) que mediante el pasaje

por un método, una racionalización y un análisis sistemático, el científico podrá desentrañar en su totalidad, en un pasaje progresivo del no saber al saber.

Sin embargo, avanzando en las teorizaciones freudianas y, más aún en la línea francesa liderada por Lacan, se apunta a trabajar con otra noción de sujeto; se habla de trabajar con el "resto" del sujeto del cual otras teorizaciones no dan cuenta. "Lacan construye un sujeto del psicoanálisis diferente al del cogito: ... el sujeto barrado. Un sujeto que no solo no es garante de su conocimiento, sino que representa el lugar de la alienación, del desconocimiento." (Singer, 1995, p. 19) Se despegaba de la idea de continuidad y progresión del conocimiento, en cambio jerarquiza la idea de discontinuidad. Se trabaja con las singularidades, con aquellas particularidades que exceden las teorías, los paradigmas, lo que la concepción científica excluye y no logra ni le interesa comprender: "...el psicoanálisis se aventura a proponer que no podemos soslayar ese resto, porque es justo en el campo donde se produce el sujeto del inconsciente y donde además puede articularse el deseo." (Rangel Guzmán, 2010, p.70) Esta manera de trabajar en psicoanálisis, lidia con un sujeto enigmático, escindido, el cual no es posible de ser conocido en totalidad, ni se aspira a ello; sino que, de lo contrario, se aprende a convivir con su enigma. El sujeto del psicoanálisis es un "...sujeto dividido que exige el inconsciente (...) dividido entre saber y verdad." (Mannoni, 1998, p. 129) Lacan señala que "el sujeto sobre el que operamos en psicoanálisis no puede ser sino el sujeto de la ciencia" (Lacan, 2003) (Rangel Guzmán, 2010, p.70) subrayando entonces, que la clínica psicoanalítica se ocupa del resto del mismo sujeto que las disciplinas científicas descartan. Tanto la medicina como la psiquiatría son ciegas al sujeto del inconsciente, además de que "...nunca ha querido saber nada del sujeto del lenguaje: los hombres y las mujeres del orden médico están hechos de pura carne, tendones y huesos." (Herrera Guido, p.27) Clavreul (1983) señala que es propio del carácter totalitario de los discursos no poder ni querer saber nada de aquello que no les pertenece ni se articula en su sistema conceptual (p.93) Siguiendo a este autor, cada discurso rechaza aquello de lo cual su cuerpo teórico no puede dar cuenta, aquello que lo excede. El psicoanálisis no será la excepción:

El psicoanálisis no pretende colmar con su saber las ignorancias de la medicina, como si fueran fortuitas. No son ignorancias, son desconocimientos, olvidos al propósito, es decir, son sistemáticos y estructurantes en la construcción del discurso médico. Son pues obstáculos epistemológicos que señalan los límites del saber y del poder médico; como señalan también por otra parte los límites del discurso psicoanalítico. (Clavreul, 1983, p. 31)

Como punto de partida en esta cita y, pensando que el psicoanálisis sostiene un cuerpo teórico y una práctica basados en la incapacidad inherente del ser humano de conocerlo y saberlo todo, se observa entonces que esta disciplina reconoce y busca lidiar con aquello que le escapa, lo que no logra integrarse a la teoría, generando vías

de discusión y teorizando acerca de ello. Además de que provoca modalidades para trabajar y aproximarse a eso que le escapa, que desborda y no logra inscribirse.

El caso clínico como método investigativo y de trasmisión del psicoanálisis se encuentra atravesado por esta forma de abordar la clínica y por este motivo tendrá un modo particular de ser pensado.

El caso clínico en psicoanálisis.

Caso clínico – novela clínica.

En cuanto a la escritura y presentación de material clínico, el psicoanálisis, de la mano de su creador Freud, protagonizan otra dimensión de la subversión anudada a lo desarrollado en el capítulo anterior del presente trabajo.

Los casos clínicos escritos bajo la influencia de la medicina y la psiquiatría modernas (siglo XIX y comienzos del XX) se caracterizan por la descripción fenomenológica de la enfermedad, con un perfil clasificatorio. Puede decirse que son casos redactados "asépticamente", con un enfoque unidireccional de la mirada del médico sobre los síntomas del paciente y con un afán de objetividad. (Gitaroff, 2010, p. 108) En psicoanálisis, en cambio, es amplio el número de trabajos dónde se hace mención al estilo particular de escritura de casos clínicos realizados por Freud, ubicándose a éste como un verdadero novelista, un destacado escritor que rompe con la tradicional forma de redactar historiales clínicos.

Pero antes de adentrarse en los casos freudianos, es interesante destacar el señalamiento que realiza Dunker. En un rastreo histórico, es en el siglo XIX, con trabajos de Pinel en psicopatología que se produce un viraje en la forma de escribir y enfocar los casos clínicos. En uno de ellos se hace una referencia significativa donde el psiquiatra sostiene con respecto al paciente: "él me confesó sus agitaciones crueles". En esta mención y, en adelante con otras más, se genera una transformación en el género discursivo representado por el caso clínico:

El comienzo está marcado por la función referencial del lenguaje, centrada en la tercera persona y en la descripción. La segunda parte comienza por la indicación de un personaje y por el pasaje a la narración de los acontecimientos. Sigue con una ruptura temporal (*fue durante la convalecencia que él me contó*) en un nuevo reposicionamiento del narrador, ahora incluido en la escena como personaje. Es este tercer movimiento que especifica esta dominante del discurso: la enunciación en primera persona, característica del género discursivo." (2011, p.550)

Este movimiento en tres tiempos marcará una transformación en la posición del narrador, el cual pasa de observador externo a participante como testigo, "incluyéndose" en el caso. Este viraje genera un replanteo en la idea de la neutralidad

en la construcción de casos clínicos. Hasta entonces el caso clínico era una mera ilustración, cuya función era servir de ejemplo y corroborar la teoría a la cual pertenecía. Pero, en psicoanálisis se torna en todo lo contrario, donde “la ilustración es la muerte del caso clínico.” (Dunker, 2011, p.559)

Volviendo a Freud, se puede pensar que quizá sea el inconsciente, “su nuevo objeto de investigación científica, aquello que determina el cambio en la escritura, y no las

predilecciones personales del terapeuta.” (Gómez Mango y Pontalis, 2014, p. 208) El padre del psicoanálisis se dedicó a escribir en cada caso clínico una historia singular para cada paciente, definiendo el predominio de la biografía sobre la biología. Según Campalans (2002), la producción escrita psicoanalítica, basada en casos clínicos, “es singular, subjetiva y parcial.” Este autor sostiene que es *singular* porque no es universalizable; es *subjetiva* ya que no se interpreta solo de una manera ni se asocia a una “verdad” o certeza; y *parcial* porque “no puede atravesar no sólo la opacidad del pensamiento, sino la ambigüedad propia de las palabras.” (p. 938) Es el propio Freud quien da cuenta del viraje que producen sus relatos de casos clínicos: “Yo mismo me sorprendo al comprobar que mis observaciones de enfermos se leen como novelas y que no llevan, por así decirlo, el sello de la seriedad, propio de los escritos de los hombres de ciencia”. (Freud, 1895 [1996], p.174) En esta cita se expresa la inquietud que tuvo Freud durante mucho tiempo sobre el hacer del psicoanálisis una disciplina con rigor científico, empujado por los ideales positivistas de la época que consideraban a la ciencia “dura” como única vía de producción y acceso al conocimiento. Los relatos de casos clínicos escritos por él fueron una ruptura con respecto al estilo tradicional de los casos médicos: “Freud creó un género literario para su clínica otorgándole los ingredientes de la novela, esto es, personajes, una estructura y un universo temporal.” (Gitaroff, 2010, p. 109) Los casos freudianos son “...historias que se apropian de recursos de la literatura y de su soporte lingüístico-discursivo: la relatividad, la temporalidad y la arbitrariedad de la significación, el carácter trágico, cómico o dramático de su experiencia, su imprevisibilidad y sobre-determinación.” (Dunker, 2011, p.441) El estilo freudiano de escritura, claro y atrapante - el buen uso de recursos literarios, analogías, metáforas; su talento para describir imágenes, emociones, lo paradójal y lo absurdo; sus citas a reconocidos escritores de la época, y la apropiación de sus personajes - demostraron la cualidad de buen lector y escritor que Freud fue. Esto inevitablemente imprimió características particulares a su disciplina, una forma especial de ver y entender la clínica, como también, evidentemente, de contarla. Cabe señalar que Freud aspiraba a poder transmitir la experiencia de un análisis y no a hacer literatura. Entonces ¿por qué la necesidad de

recurrir a ésta para desarrollar lo acontecido en el análisis? Quizá se puede pensar a la inversa y sostener que lo novelesco es una cualidad del psiquismo y no hay forma más idónea de representarlo que a través de un relato:

Freud, presenta sus casos relatados con aire novelesco, como una ficción: Freud logra dar una forma narrativa a la estructura, liberada de los constreñimientos del ideal. Logró integrar la sesión analítica, esencialmente anudada en la disimetría del analista y del analizante, en un mismo relato continuo del diálogo del sujeto con su inconsciente. (Laurent, 2002, s/p)

También lo plantean Gómez Mango y Pontalis (2014) cuando sostienen que tanto la vida psíquica del analizante como la del analista no pueden ser capturadas “sino por un acto de lenguaje.” (p. 208) Por tanto Freud hace preponderar su faceta de novelista ante la de científico para poder dar cuenta de los procesos inconscientes de sus pacientes como de los suyos propios, dando cuenta de la clínica por intermedio de “personajes anónimos que nos ofrecen el mundo íntimo de sus sueños y su dolor” (Hounie, 2013, p. 413), personajes que Freud utiliza para sentar las bases del psicoanálisis: Hans, Dora, Schreber, entre tantos otros. Además de los recursos literarios para escribir sus casos clínicos, Freud se vale también de obras importantes de la literatura y de sus protagonistas para desarrollar sus más grandes teorizaciones, como ser la tragedia de Edipo. Freud tenía un enorme respeto por los filósofos y escritores, considerándolos un apoyo para el psicoanálisis ya que ellos “sabían todo lo que se necesita saber sobre el inconsciente.” (Gitaroff, 2000, p.485) De hecho, en la obra freudiana los planteos científicos se fusionan con lo narrativo, Freud construye un texto, un relato donde va presentando sus teorizaciones e ideas en un orden progresivo de complejidad, lo que destaca su sensibilidad para escribir y enseñar teniendo en cuenta al lector.

El caso clínico psicoanalítico no es una descripción de la experiencia de un análisis, sino que, por el contrario, tiene que ver con una ficción; “...un caso clínico no es un informe o un registro de procedimientos, sino que es una historia con fuertes infiltraciones literarias...” (Dunker, 2011, p. 544) La escritura de caso clínico en psicoanálisis funciona, entonces, como un lazo entre la literatura y la ciencia, que diferencia, a su vez, dos tipos de discurso. En la construcción del caso clínico se utilizarán por lo tanto elementos diagnósticos y conceptuales de la ciencia, como también habilidades literarias. La producción escrita en psicoanálisis “ejerce un efecto sobre los otros en nada esencialmente diferente de lo que hace un escritor en ficción, o un poeta.” (Franco, 2001, p. 73) Como lo expresa Gitaroff, refiriéndose a Freud: “sus historiales fueron distintos porque, por un lado, tenían el sello de un escritor nutrido de abundantes lecturas y, por otro, respondían al salto epistemológico que significó pasar de una disciplina descriptiva al psicoanálisis, una ciencia conjetural” (2010, p. 108)

Esto es, las escrituras freudianas recibieron gran influencia tanto de la formación médico-científica de su autor, como también de grandes corrientes literarias y filosóficas de la época como ser, por ejemplo, el romanticismo en el que existe una búsqueda más allá del racionalismo, preponderando los sentidos y las emociones, abriendo paso lentamente a poder gestarse la teoría del inconsciente.

Por otro lado también se ubica al género de la novela policial como contemporánea de los textos de Freud y se marca así una línea de comparación entre la escritura de los casos clínicos freudianos de la época con las novelas de este estilo; es interesante pensar ¿qué condiciones socio-históricas pudieron dar lugar a la emergencia de estas formas narrativas y, a la vez, al psicoanálisis? Quizá, como sostiene Spence (1992), se produjo un cambio en la forma de relatar las experiencias de vida, por lo tanto “nuestras narrativas de vida no son más rectilíneas y conclusivas, sino más polifónicas y abiertas.” (Spence, 1992) (Dunker, Carvalho, Bichara, Gordon y Aragao e Ramirez, 2002, p. 114) Algo que caracteriza al género de la novela policial es, justamente, ser “representado por la imposibilidad de contar consistentemente una historia de forma lineal y completa. De ahí que la solución no sea descubrir quién cometió el crimen, sino la posibilidad de contar la historia nuevamente, pero ahora, con el enigma develado...” (Dunker, 2011, p.569) ¡Cuánto de similar hay con los relatos de casos psicoanalíticos! La trama del cuento policial se basa, generalmente, en la línea del pensamiento y en la intuición del detective, quien es guiado por aquellas pistas y pequeños indicios que se van presentando en el desarrollo de la historia. Además, la estructura del cuento se centra en la ruptura del orden regular de la realidad a través de la aparición de un hecho extraño. En la novela policial es común que aparezca una falsa solución, una falsa apariencia con la cual el autor intenta confundir al lector, para que luego aparezca la verdadera solución, la resolución de la incógnita inicial. Dunker, Carvalho, Bichara, Gordon y Aragao e Ramirez (2002) señalan varias similitudes entre Freud y Sherlock Holmes, éste último un clásico exponente del género de la novela policial. En este texto se señala como ambos "investigadores" parten de una misma premisa sobre la revelación de un misterio, de un enigma: uno sobre el crimen y el otro sobre el inconsciente. Tanto en los personajes de la novela policial como en Freud se otorga una gran importancia a los pequeños detalles para llevar adelante la investigación, así como también hay una preponderancia del análisis y del relato de lo ocurrido y una buena justificación sobre lo concluido: la revelación del enigma. (Dunker, Carvalho, Bichara, Gordon y Aragao e Ramirez, 2002, p. 115) Igualmente, en ambos se invita al lector a formar una hipótesis acerca de cómo develar el misterio,

siempre a partir de indicios que son ambiguos y tienen varias formas de ser interpretados, múltiples sentidos que a lo largo del texto serán resignificados, para finalizar con la construcción de una solución con un argumento sólido y creíble, buscando la adhesión de los lectores. Es importante destacar la relevancia otorgada a los detalles tanto por Freud como por Holmes, detalles que están presentes desde el comienzo de la investigación y son reveladores de la “solución”; es decir, la investigación no se basa en descripciones completas y exhaustivas, sino que, por el

contrario, se sustenta en el poder del detalle, del fragmento. Esto último es de gran importancia para la investigación en psicoanálisis y para la construcción de casos clínicos:

Freud sabía el valor del pequeño detalle como promotor de saber, el rasgo, el andamio, que vale más por su capacidad de habilitar tránsitos, por su función de sostener el paso entre los vacíos que dejan los cimientos y escombros que por la solidez de su consistencia. (Hounie, 2013, p. 413)

Es así que varios autores, entre ellos Lacan, pronuncian al psicoanálisis como una ciencia conjetural, una ciencia en la que resultan preponderantes los rasgos y los detalles, que se fundamenta "en la reconstrucción narrativa y causal como solución para los problemas." (Dunker, Carvalho, Bichara, Gordon y Aragao e Ramirez, 2002, p. 120) Ahondando en esta idea, se encuentra otra importante influencia que tuvo Freud de una corriente de pensamiento a comienzos del siglo XIX, liderada por Morelli, basada en la investigación a través de los detalles; un nuevo paradigma en el que predomina el examen de los rasgos menos trascendentes a la hora del trabajo investigativo. Refiriéndose a Morelli, en su obra “El Moisés de Miguel Ángel” (1914), Freud dice:

Yo creo que su método se halla estrechamente emparentado con la técnica del psicoanálisis médico. También ésta es capaz de penetrar cosas secretas y ocultas a base de elementos poco apreciados o inadvertidos, de detritos o “desperdicios” de nuestra observación. (Freud, 1914) (Ginzburg, 2010, p. 141)

En esta cita se observa cómo la gestación del psicoanálisis se nutrió de una nueva forma de investigar e interpretar los hechos. El "paradigma indiciario" destaca ciertos datos que para algunos investigadores serían considerados secundarios, insignificantes o despreciables; “los detalles que habitualmente se consideran poco importantes, o sencillamente triviales, “bajos”, proporcionaban la clave para tener acceso a las más elevadas realizaciones del espíritu humano.” (Ginzburg, 2010, p. 143) Tanto en el caso de Holmes, como en Morelli o Freud la investigación era llevada adelante por tener en cuenta aquellos pequeños datos, vestigios o rasgos que permitían la develación de un enigma o interrogante que de otra manera sería

inaccesible. En la escritura de casos Freud también presentó esta dinámica, trayendo al primer plano detalles aparentemente insignificantes, mediante los cuales tanto el lector como el escritor del caso intentarán aproximarse a un rasgo de verdad. El conocimiento extraído de los casos clínicos en psicoanálisis siempre será “indirecto, indicial y conjetural” (Ginzburg, 2010, p. 148)

El caso clínico como singularidad.

El caso clínico en psicoanálisis aparece como el punto de articulación entre el carácter privado de la experiencia de un análisis y “las pretensiones de legitimación científica o de justificación pública del psicoanálisis.” (Dunker, 2011, p.537) Hay un pasaje desde la oralidad, lo presencial y personal a la escritura y la publicación (lo público). El caso se piensa como un cruce entre lo privado y lo público, entre lo hablado y lo escrito, como también entre lo singular y lo universal. En los casos clínicos expuestos por Freud, por ejemplo, se ve la lógica de lo general, de las categorizaciones, como también la lógica de lo singular, acogiendo las particularidades del sujeto que exceden la teoría. Es en esta dialéctica entre lo singular y lo universal donde se produce la excepción, la cual, paradójicamente, revela y constituye la norma al tiempo que la deniega y contradice. Como caso singular, como ejemplo, Agamben ubica a la noción de paradigma en un movimiento de lo singular a lo singular. Alejándose de la lógica de comprensión universal-particular, este autor sostiene que el “caso paradigmático” y su singularidad se mueven solo en este último plano: “el paradigma implica un movimiento que va de la singularidad a la singularidad y que, sin salir de ésta, transforma cada caso singular en ejemplar de una regla general que nunca puede formularse a priori.” (Agamben, 2010, p. 29) Otro señalamiento interesante para pensar el caso clínico en psicoanálisis es lo que Agamben llama “relación paradigmática”. Lo que constituye el ejemplo, el caso, es la singularidad en relación a su exposición o exhibición, lo que lo vuelve inteligible. Es decir, el caso particular “se aísla del contexto del que forma parte sólo en la medida en que, exhibiendo su propia singularidad, vuelve inteligible un nuevo conjunto, cuya homogeneidad él mismo debe constituir.” (p. 23)

La función del caso clínico en psicoanálisis va en contra de intentar producir generalizaciones, basadas en la descripción de muchos casos que se asemejen, como sucede en la medicina, por ejemplo, donde el estatuto de los casos se juzga a través

de una actividad “empírico-verificacionista” de la verdad. (Dunker, 2011, p. 544) El modelo científico basado en las teorizaciones de Popper, promueve la idea de que “cualquier caso que sea una excepción, que no confirme la hipótesis que la teoría señala, condena a la misma a la falsedad.” (Hounie, 2012, p.21)

El caso clínico en psicoanálisis, en contraposición al caso médico y psiquiátrico, es tomado como la unidad mínima que da cuenta de aquello que queda por fuera de la norma, recoge lo que el discurso científico en tanto homogenizador y universalizante recorta y suprime. Sin embargo, al mismo tiempo que funciona como excepción a la

regla da cuenta de la existencia de ésta; en este sentido, expresado en palabras de Todorov “...la transgresión, para existir como tal, necesita una ley, que será precisamente trasgredida... la norma no se vuelve visible, es decir no vive, sino gracias a sus transgresiones.” (1978, p.59) A partir de lo mencionado se puede considerar que el caso clínico en psicoanálisis adopta a la excepción como norma, es decir genera una relación de tensión entre dos partes, la teoría general y el propio caso. Por esto, el resultado de que haya una excepción a la norma es que el caso pueda quedar por fuera de la categorización general y ésta misma permanecer intacta, siendo el primero un excedente de esta relación. Es así que, siguiendo esta línea de pensamiento, el caso clínico psicoanalítico puede ser considerado un “fracaso”, ya que es un caso que no nace para confirmar la regla general. Dunker, lo señala diciendo:

La construcción de un caso debe ser siempre también una crítica al dispositivo psicoanalítico, una dialectización del régimen de verdad que en él se presupone. Eso justifica la mayor parte de los casos construidos por Freud, los cuales son compuestos por casos que fracasaron. (Dunker, 2011, pp. 543-544)

Dentro de la teoría psicoanalítica la lógica de Popper en cuanto al caso como confirmación o refutación de la teoría general no es válida, ya que el psicoanálisis como disciplina incluye la "excepción" y trabaja con ella. Toma a la excepción dentro de sus desarrollos teóricos y propone una forma de relación y un modo de inscribirla, además de tener en cuenta su propio fracaso como conceptos.

En un planteo más radical Dunker sostiene que el caso clínico psicoanalítico es “un caso que es tan fuerte en su irreductibilidad” que puede ser considerado como un “contra-caso”, es decir que tiene en sí mismo la capacidad de destruir la clase en la cual se incluye por no necesitar de ella para sustentarse como tal (2011, p.575) Agamben (2010) subraya, en la misma línea que Dunker, que un caso se basta para justificarse a sí mismo sin necesidad de una teoría general que lo sostenga:

La regla (...) no es una generalidad que preexiste a los casos singulares y se aplica a ellos, ni algo que resulta de la enumeración exhaustiva de los casos particulares.

Más bien es la mera exhibición del caso paradigmático la que constituye una regla, que, como tal, no puede ser ni aplicada ni enunciada. (pp. 27-28)

Resulta interesante poder considerar la influencia de la noción misma de inconsciente sobre cómo pensar el caso clínico en psicoanálisis; donde *el caso hace caso* siempre a nivel de “una brecha en la regularidad, una ruptura en las simetrías, una afectación de la homogeneidad, que viene al lugar de lo no sabido pero deseado.” (Hounie, 2012, p. 25) El caso y su construcción se entienden a través de la dimensión de lo inconsciente como evanescente, fallido y escurridizo, difícil de aprehender, como un

tropiezo en la quietud de lo cotidiano. “Siempre un caso deberá ser fallido, en el sentido de la definición misma de lo inconsciente. De lo contrario, nos encontraríamos con la mera elaboración de viñetas clínicas, en su relación de simple servidumbre hacia la teoría que ilustran.” (Rangel Guzmán, 2010, p. 75)

La escritura del caso clínico psicoanalítico se apoya, como se menciona más arriba, en el paradigma investigativo indiciario que centra su interés y estudio en lo original, lo irrepetible y singular de cada caso, ya que su objeto de estudio, lo inconsciente, no admitiría otra forma de investigación. El caso clínico en psicoanálisis “remite a un real que se ciñe a una legalidad singular e inconsciente.” (Pulice, Zelis y Manson, 2007, p. 84) Por lo tanto, en cada caso se descubrirá una lógica singular que solo dará cuenta de ese caso y que no podría haber sido colegida a priori. Con respecto a este punto la noción de abducción trabajada por Pierce se vuelve relevante. A partir de esta forma de razonamiento, la inferencia parte de un caso singular, regulado por lo creativo y lo sorprendente, para construir una regla igualmente novedosa, “de la cual el hecho sorprendente, ahora sí, pasaría a resultar una consecuencia evidente.” (Pulice, Zelis y Manson, 2007, p. 87) La construcción del caso clínico por lo tanto, como el trabajo mismo de la clínica psicoanalítica, desde esta perspectiva, se enreda con una investigación basada en la observación atenta a indicios, rasgos y detalles aparentemente insignificantes, despreciables; como también con una lógica abductiva que va de lo singular a lo singular y que coloca el caso clínico como algo novedoso e irreductible en sí mismo.

Construcción de caso clínico en psicoanálisis.

El caso clínico como género discursivo.

La transmisión de la experiencia y del saber clínico en psicoanálisis, como también su método de investigación, son llevados adelante por medio de una modalidad discursiva, desarrollada a través de la construcción del caso clínico. ¿Puede el caso clínico ser pensado como un género discursivo? En “Los géneros del discurso”, Todorov plantea que los géneros literarios son la elección que cada sociedad realiza entre las posibilidades de discursos. (Todorov, 1978, p. 27) Esto es, los géneros del discurso, dependen tanto de la materia lingüística como también de la ideología históricamente circunscripta de la sociedad. Un género del discurso se conformará y adoptará las características de la sociedad en cada época histórica, por tanto cada sociedad tendrá su sistema de géneros discursivos.

Es evidente que el caso clínico y su forma de escribirse variaron a lo largo de la historia de la medicina y de la psiquiatría y el surgimiento del psicoanálisis promovió un tipo de desarrollo particular, con rasgos específicos. La forma de redactar el caso clínico se vio determinada íntegramente por la forma de pensamiento que despertó la noción de inconsciente en los psicoanalistas. Esto es, el caso clínico en psicoanálisis presenta una estructura y propiedades que reflejan la experiencia subjetiva y de lenguaje propia a su objeto de estudio, y también a su época. Todorov (1978) sostiene que el sistema de géneros no está cerrado, en consecuencia, no es necesariamente preexistente a la obra; el género puede nacer al mismo tiempo que el propósito de ésta. Asimismo, como se menciona en el capítulo anterior, el autor plantea una lógica de la “excepción” como forma de hacer notoria la regla al mismo tiempo de suprimirla. En esta idea referida a los géneros discursivos hay un planteo acerca de la trasgresión, en el cual “jamás pudiéramos reconocer la regla sino por la excepción que la deroga” (Todorov, 1978, p. 60) Tomando al caso clínico en psicoanálisis como un género discursivo es interesante relacionar su trasgresión con respecto al caso clínico en psiquiatría moderna, por ejemplo; donde el caso psicoanalítico sería la excepción

que trasgrede la norma rompiendo con el esquema clásico de escribir casos clínicos. Este quiebre revela una regla general a la vez que la contradice y enfrenta. Es decir, lo que hace excepción construye ley y construye trasgresión. Por lo tanto, el caso clínico psicoanalítico, en el acto de trasgresión con respecto a la psiquiatría moderna crea una nueva modelo (forma de construir casos clínicos), el cual incluye la excepción y la trasgresión dentro de sus leyes.

Por otro lado, Todorov (1978) sostiene que el denominador común en los textos literarios es “la ficcionalidad”, pero a su vez subraya que la literatura no tiene características que le sean propias y exclusivas, sino que las propiedades literarias también se pueden encontrar fuera de ésta. Es decir, “no toda ficción es obligatoriamente literatura.” (Todorov, 1978, p. 18) En relación a la escritura de caso clínico, se puede considerar que ciertos rasgos literarios como la ficcionalidad pueden estar involucrados en su estructura. Por su parte Dunker (2011) sostiene que,

El caso clínico, propiamente dicho, nace cuando hay una plena conciencia de la separación entre lo que se ve y lo que se mira, o sea, cuando se vuelve central no solo lo que debe ser dicho y representado, sino todo el universo de problemas formales relativos al modo como se producirá un determinado efecto visual o literario. (p.559)

Como se menciona más arriba, la ficcionalidad es el rasgo distintivo de la literatura; el uso literario se define por la ficción, por lo cual, sus enunciados no son ni verdaderos ni falsos. Las obras literarias no pretenden describir o afirmar “la realidad”, por lo tanto ellas mismas no son ni verdaderas ni falsas. Lo que importa entonces, es la verosimilitud intrínseca del texto;

Aunque hayamos dejado de considerar el arte y la literatura como una imitación, nos cuesta trabajo deshacernos de una manera de ver, inscrita hasta en nuestros hábitos lingüísticos, que consiste en pensar en la novela en términos de representación, de transposición de una realidad, que le sería preexistente... Lo que existe, ante todo, es el texto, y nada más que él; sólo someténdolo a un tipo particular de lectura construimos, a partir de él, un universo imaginario. La novela no imita la realidad, la crea (Todorov, 1978, p.115)

El género discursivo “caso clínico psicoanalítico” implica, en su estructura al igual que la literatura, la ficcionalidad. Asociado a ésta, se ubica también, la noción de construcción, tan importante para el psicoanálisis, la cual conlleva un acto creativo y busca generar efectos de sentido. En su calidad de género discursivo, “...el caso clínico tiene una función metafórica, en las peores circunstancias ilustra (alegoría) y en el mejor sentido crea (metáfora) una nueva significación a partir de un proceso

transformativo.” (Dunker, 2011, p.564) El psicoanálisis consiste en eso, como lo señaló Lacan “la demostración en psicoanálisis es homogénea a la forma del chiste. Es a partir del efecto de sentido, más que del sentido... (Lacan, 1989)” (Laurent, 2002)

Freud pensando la noción de construcción en psicoanálisis.

El termino construcción fue utilizado y trabajado por Freud, específicamente en el texto “Construcciones en el análisis” (1937).

En este artículo Freud plantea que uno de los fines del análisis es *construir* aquello reprimido y olvidado originariamente por el sujeto, utilizando los fragmentos, las pistas, los indicios que en el transcurso del tratamiento el analizante va presentando. Será una tarea conjunta, en la cual el analista deberá ir devolviendo al paciente aquellas piezas fragmentadas que éste presenta para intentar ir constituyendo el propio análisis. Aquí se reafirma la idea de que en psicoanálisis se trabaja con indicios, con restos de lo original reprimido del paciente, aquello perdido que es incapaz de ser retomado en su totalidad por las vías del discurso y de lo simbólico. Hablando del paciente, Freud sostiene: “sabemos que sus síntomas e inhibiciones presentes son las consecuencias de esas represiones, vale decir, el sustituto de eso olvidado.” (Freud, 1937, p.260) Es a partir de pequeños indicios en las formaciones del inconsciente - los sueños, lapsus y errores en el discurso - que el analista puede rodear e intentar aproximarse a lo real del sujeto, *teniéndolo como horizonte en la dirección del análisis*. La *construcción* entonces se constituirá como una herramienta fundamental para el trabajo analítico. Freud hace hincapié en la idea de que aquello reprimido no será nunca aprehendido en su totalidad en el trabajo analítico, sino que “...toda construcción de ésta índole es incompleta, apresa sólo un pequeño fragmento del acaecer olvidado...” (Freud, 1937, p.264) En esta cita se hace notoria la relación de lo ficcional en referencia al término de construcción, ya que como se menciona más arriba, en el trabajo analítico nunca se podrá “recuperar” íntegramente aquello olvidado y reprimido por el sujeto, sino que sólo se logrará bordearlo. Es decir que una parte de lo construido en análisis tendrá una gran carga de ficción, será consecuencia

de un acto creativo protagonizado tanto por el analista como por el analizante, lo que permitirá “pescar” algo de la verdad de ese sujeto.

La tarea de construcción planteada en este texto freudiano, es un paso preliminar, y no un fin en sí mismo, a partir de la cual el trabajo analítico dará lugar a nuevas hipótesis. En otras palabras;

El analista da cima a una pieza de construcción y la comunica al analizado para que ejerza efecto sobre él; luego construye otra pieza a partir del nuevo material que afluye, procede con ella de la misma manera, y en esta alternancia sigue hasta el final. (Freud, 1937, p.262)

Se puede afirmar que con lo que realmente se trabaja en el análisis es con el después de la construcción, es decir, qué hace el paciente con eso, qué es lo que él produce a partir de eso, a qué conduce en el análisis, qué efectos de sentido conlleva.

Freud (1937) plantea también la interrogante de qué sucedería en el caso que la construcción realizada por el analista fuera equivocada, si es que eso realmente puede ocurrir. El autor desestima el error en el trabajo de construcción, ya que plantea que la mayoría de las veces ésta no lleva al analizado a un discernimiento cabal de aquello reprimido y olvidado, sino que lo que produce es “una convicción cierta sobre la verdad de la construcción” (Freud, 1937, p.267), generando un efecto de sentido; pensándolo en términos de lenguaje, la construcción funciona como una metáfora, que habilita la creación, la producción y el movimiento dentro del trabajo del análisis. Este logro analítico, esta convicción de verdad, tendría un mismo rendimiento a nivel terapéutico que la recuperación de una representación reprimida; es decir que la construcción genera un trabajo en análisis fructífero, a través del cual el paciente despliega nuevas asociaciones, sueños, emergen nuevos recuerdos, nuevos significantes que rodean aquello a lo que la construcción refiere, al núcleo de lo reprimido, y, hace avanzar el tratamiento.

Construyendo el caso clínico.

La idea de construcción es un concepto psicoanalítico importante para su método de tratamiento, que tiene implicancias cruciales también en el ámbito de la escritura de casos clínicos. Al igual que en el tratamiento, en la órbita del caso clínico hay un núcleo de lo olvidado, perdido para siempre que no podrá ser recuperado, por lo cual se vuelve útil el concepto de construcción. Dunker (2011) sostiene que “Construir un

caso clínico, a diferencia de relatar un tratamiento, implica añadir al caso lo que no puede ser recordado, ni por el analizante, ni por el analista, en la escena del tratamiento.” (pp. 572-573). Bianco (2005) por su parte subraya que “El proceso de delimitación de un objeto siempre se debe interpretar como un proceso de construcción o producción del mismo. El caso ha de ser constituido.” (p.97) El caso clínico es una escritura que involucra un re-cuento, un re-corte y una escisión, ya que se niegan (olvidan, reprimen) ciertas partes de la experiencia del tratamiento analítico. En la medida en que el caso clínico diverge de la espontaneidad del hecho en sí es que hay que denominarlo como "ficción".

Escritura en psicoanálisis.

A la hora de la construcción de casos clínicos, la escritura no hace referencia a la expresión de algo preexistente, sino que por el contrario se trata de introducir algo nuevo. Para relatar la experiencia de un análisis resulta inevitable el pasaje por el razonamiento y por “formas que son propias del proceso secundario en una compleja red de relaciones y colisiones con el proceso primario.” (Glocer Fiorini, 2002, p. 921). Hay un límite inherente a la palabra misma, un tope que encuentra lo simbólico al momento de querer tocar lo real de la experiencia del análisis; siempre quedará un núcleo desconocido, como el “ombigo” del sueño freudiano. Sin embargo, será en este intento de escribir y determinar aquello desconocido en que se producirá algo nuevo, en donde lo simbólico producirá real y viceversa. En el desarrollo de construcción de casos clínicos, el acto de escribir podría señalarse, entonces, como “un tránsito por lo desconocido, por lo extranjero, un atravesamiento del caos.” (Glocer Fiorini, 2002, p. 919) Es entonces que ahí donde se pretende encapsular al sujeto en un relato de su paso por el análisis “algo desborda, irrumpe o reacciona.” (Bianco, 2005, p.98) Esto es, se genera la construcción del caso, se produce algo nuevo que nace a partir de la escritura. Desde su punto de vista, Dunker (2011) señala: “Estrictamente hablando, un paciente en análisis, un analizante, no tiene nada que ver con un caso clínico. Él se torna un caso clínico sólo cuando es escrito, y como tal desaparecido, tachado por esta operación.” (p.573) A partir de estas citas se puede sostener la idea de que en la construcción de caso existirá siempre una dimensión de pérdida, en este pasaje de lo Real de la experiencia misma del análisis y la escritura del caso clínico.

¿Qué es lo que impulsa a escribir y transmitir el relato de un caso? Desde el punto de vista de las teorizaciones lacanianas, varios autores intentan dar respuesta a esta interrogante. Glocer Fiorini afirma: “Entre lo desconocido como motor y la búsqueda de formalización se gesta el proceso de escritura.” (2002, p. 921) Mientras que Milmaniene (1992) sostiene: “Se escribe, pues, para aludir al deseo y al objeto perdido que lo causa, y no se lo puede hacer sino por fragmentos.” (pp. 75-76) Se posicionan así la dimensión de la pérdida y de la falta como causa. La escritura nace como insistencia para aprehender aquello que la causa pero que, constantemente, de forma inevitable se le escapa. El trabajo desde lo simbólico, al igual que en el análisis, representado por la escritura en la construcción de caso, bordeará lo Real, lo que es la causa del decir y del escribir, siempre en su intento persistente de capturar algo más de aquello indecible e imposible. Es en esta producción de algo novedoso, en la construcción se produce un “plus” que, como sostiene Hounie (2013), “en el decir más

de lo que dice, dice del vacío que lo produce.” (p. 398), y “así se seguirá escribiendo lo que nunca se terminará de escribir.” (Paulucci, 2002, p. 936) Al igual que en los planteos freudianos del artículo de 1937, proponiendo al núcleo de lo olvidado (reprimido) como motor y causa de síntomas neuróticos, intrínsecamente relacionada a la escritura se encuentra “la función del olvido” que por medio de la escritura (lo simbólico) es que se lo recupera desde otra escena: “La escritura fija en un trazo lo que está destinado a ser olvido del recuerdo.” (Killner, 1992, p. 121) Refiriéndose a Freud, Capurro (2001) sostiene que escribe para “resolver el blanco del olvido” (p. 43) Es en esta insistencia de la escritura de aprehender lo perdido para siempre que, paradójicamente, algo se “ofrecer para ser leído” y “pugna contra el olvido” (Capurro, 2001, p. 44)

En otra similitud con el artículo “Construcciones en el análisis” (1937), donde se sostiene que la construcción es un recurso del analista para poder aproximarse a lo no dicho, a lo reprimido, lo inaprensible por vías del discurso, Aguiar Mendes afirma:

La construcción de caso clínico es una forma de tocar lo imposible, a partir de una lógica de constitución del sujeto por el lenguaje. El caso es para nosotros una orientación hacia lo real, en la medida que, cuando hacemos una construcción, lo que se producen son fragmentos de opacidad (2014, p.84)

Será en esa construcción, en esa producción donde se jugará algo de la verdad del sujeto, ya que esta verdad es tocada solo a través de un acto creativo, desde una ficción.

Relatar la verdad del caso.

¿Es posible transmitir la verdad de un caso clínico? Desde el psicoanálisis lacaniano la verdad siempre será no-toda, inevitablemente incompleta. En el universo del lenguaje y el discurso no hay nada que sea todo, lo dicho siempre será dicho a medias: “las mismas condiciones del lenguaje excluyen la posibilidad de decirlo todo, de alcanzar una verdad de valor universal.” (Pulice, Zelis y Manson, 2007, pp. 170-171) Para Lacan lo verdadero es lo dicho y, lo que se ha dicho se sostiene en el significante, el cual no remite al objeto sino al sentido. (Pulice y Urbaj, 2007, p. 172) Es entonces que la verdad estará vinculada con la construcción, con la ficción. En palabras de Lacan: “la verdad tiene una estructura de ficción porque pasa por el lenguaje y el lenguaje tiene una estructura de ficción. Solo puede decirse a medias. (Lacan, 1971)” (Hounie, 2013, p. 369) Según esta autora, “el propio campo de saber admite así, un agujero radical.” (p. 372) Es por este intento de recrear una verdad perdida y de querer “hacer

posible el testimonio de lo imposible” que el caso clínico es ficcional, es un “fingimiento”. (Hounie, 2013, p. 445) La construcción y la transmisión del caso son movidas, en cierto sentido, por aquello que no logra ser mostrado,

La escritura y el decir son en tanto actos, textos donde su lectura encuentra lo que no busca. La presentación de casos que generalmente es realizada por esas dos vías, ambiciona la trasmisión de la búsqueda de lo que no encuentra. (Mutchinick, 1993, p.7)

Por tanto el conocimiento será siempre parcial, incompleto y ficcional, ya que sólo a través de un acto creativo se generarán “efectos de verdad”, efectos que, de alguna manera, alcanzarán el sentido como así lo hacen las formaciones del inconsciente. Como en la construcción dentro del tratamiento analítico, donde funciona como un disparador a partir del cual el análisis se mueve, reacciona y produce nuevas significaciones, la construcción de caso clínico puede ser considerada como una metáfora ficcional que actúa movilizándolo a quién lo escribe y a quien lo lee, haciéndolo producir algo nuevo a partir de esa creación. Para Freud la construcción es un trabajo preliminar, una conjetura en base a la cual el análisis se constituye a cada paso. Por tanto, la construcción nace a partir de una falta inicial, algo perdido para siempre. Esa falta hará andar la construcción, que en tanto ficción no será ni verdadera ni falsa sino válida en sí misma ya que habilitará un pasaje, un movimiento. Para Brémond (1992) la elaboración (la construcción) es lo que permite pasar a otra cosa. Las ficciones en psicoanálisis son entonces “transitorias”, se producen en cierto momento y valen para un recorrido “terminable”, no generarán efectos de sentido infinitamente. (Brémond, 1992, p. 138)

Siguiendo con el paralelismo entre construcciones en análisis y construcción de caso clínico, el objetivo del tratamiento analítico, según Bianco, sería poder devolverle algo de aquel acontecimiento singular, algo originario de éste, buscando un saber a partir de lo nuevo, de lo sorprendente del caso vehiculizado por medio de una construcción, una ficción. Mientras tanto, Aguiar Mendes (2014), afirma:

A la luz de la construcción, tal como Freud lo elaboró, buscamos hacer una construcción del caso a partir de la lógica de la incidencia del lenguaje en lo humano, donde se establece una marca de un rasgo que engendra una repetición en que el sujeto aparecerá donde se borra, en la medida que no puede ser totalmente capturado en una representación. (p.84)

Será en el intento del universo de lo simbólico por aprehender lo Real del caso, por medio de la construcción, en esa insistencia de llegar a la verdad del sujeto, donde paradójicamente, como lo señala Muchinick (1993): "...es justamente en esa desfiguración donde no cesa de no inscribirse la verdad." (p.12) Verdad que es

imposible de ser tocada en su totalidad por las vías de la escritura o del decir; y que sus intentos siempre serán encuentros fallidos con la verdad, pero que por medio de ellos se producirá otra cosa. "Se trata de desviar la vista e indagar por el fragmento de verdad que se produce en la presentación del material clínico, para ver emerger esa verdad en otra parte, en un lugar diferente de donde suponíamos hallarla." (Hounie, 2013, p. 409) En esta perspectiva, Aguiar Mendes y su equipo toman al caso como un señuelo, una ficción sustentada en esa lógica de lo imposible, de la verdad como inaccesible. Todos los intentos posibles para llegar a la verdad "se organizan siempre alrededor de un señuelo." (Brémond, 1992, p. 139), un rasgo que se repite, un fragmento opaco de la verdad singular del sujeto que puja por ser mostrada; señuelo a partir del cual, tanto el psicoanalista como el analizante, intentarán pescar algo de verdad. (Aguiar Mendes, 2014, p. 85)

A partir de lo mencionado, es interesante pensar:

¿Cuál es, entonces, el objeto de nuestra intervención? No es, pues, el acontecimiento en sí. No es el conflicto, ni tampoco el sujeto, sino esa construcción a la que llamamos caso y que en el mismo proceso de su configuración da cuenta, ya, de nuestra intervención." (Bianco, 2005, p.97)

En el mismo proceso de deconstrucción del pedido inicial del paciente, allí es donde el analista ya va construyendo el caso, el cual es el único objeto posible de la intervención analítica.

Cierre.

El psicoanálisis presenta una revolución en varias áreas, una de ellas es en la forma de concebir y hacer clínica; lo que necesariamente influye en la escritura de casos clínicos. Un punto central de la subversión psicoanalítica se basa en la concepción de los signos. El tratamiento de éstos cambia radicalmente, ya no se asociarán a un referente concreto y estable, sino que ese referente será singular y cambiante para ese sujeto; además de ser, un referente que estará perdido. Será poniéndose en relación con el resto de los signos (significantes) de ese sujeto que se producirá sentido. Por tanto, la unión entre signo y referente será construida en el proceso de análisis, como será construido el mismo proceso y su relato en la escritura de casos clínicos. Allí radica la importancia de la noción de construcción para el psicoanálisis. El sujeto del psicoanálisis (sujeto del inconsciente) es un sujeto enigmático, imposible de ser conocido en su totalidad, por lo que siempre habrá un núcleo inaccesible, incluso para el mismo sujeto. Es en este sentido que el trabajo de construcción, tanto en el análisis como en la escritura de caso, se vuelve fundamental y necesario, siendo que el psicoanálisis trabaja con una noción de la verdad como parcial, *no-toda* y con *estructura de ficción*.

Popularmente se entiende al relato de casos clínicos como el intento de representar lo más fielmente posible lo vivido en un proceso de análisis. Sin embargo, desde otro punto de vista se sostiene que la *ilustración es la muerte del caso clínico*. (Dunker,

2011, p.559) ¿Qué transmite entonces el caso? Se vuelve poderosa la idea de que es imposible reproducir la experiencia intacta de un proceso analítico, por el contrario, la transmisión y producción del caso se basa sobre todo en un intento constante de inscribir lo inaprensible. Este intento, por intermedio del universo de lo simbólico (la escritura), es el que provoca un movimiento, generando algo nuevo, otra cosa con respecto al análisis que se propone relatar: algo de Real es tocado. Siempre bordeando ese núcleo de lo olvidado e irrepetible del análisis es que se construye el caso clínico. La *construcción* y la escritura, herramientas idóneas del psicoanálisis, son un paso intermedio, ya que lo que se busca realmente es generar efectos de sentido (al igual que el trabajo realizado en el proceso psicoanalítico con los síntomas) con los que se constituye el trabajo analítico y se logra rozar algo de la verdad del sujeto.