

## **CONSIDERACIONES EN TORNO A LA CONSTRUCCION**

### **DEL CASO CLINIC EN PSICOANÁLISIS**

María Cristina Tenorio\*

#### **RESUMEN**

Este trabajo se sitúa en lo concreto de la experiencia clínica en sus efectos de generación de un saber tanto de parte del analizante como de parte del analista. Estas dos modalidades del saber así constituido son cuidadosamente deslindadas y circunscritas: la experiencia de un saber que transforma y la construcción a posteriori, del caso como entidad paradigmática. La experiencia analítica, tomada pues como búsqueda de un saber, es descrita en sus grandes rasgos y así mismo la posterior elaboración de la experiencia como saber escrito para un tercero -el público de la comunidad analítica- al cual se dirige. Observaciones con respecto a aspectos prácticos y éticos de la elaboración del material clínico también se formulan, pues no debe olvidarse que lo real de ambos protagonistas -analizante y analista- también está en juego.

Si queremos hacer psicoanálisis, ¿qué hacer con lo que la persona nos dice?, ¿de qué hacer caso?

***Erik Porge***

\*Departamento de Psicología  
Universidad del Valle  
Apartado Aéreo 25360  
Cali, Colombia.

---

\* Departamento de Psicología  
Universidad del Valle  
Apartado Aéreo 25360  
Cali, Colombia

Estos dos interrogantes planteado: por E. Porge en un seminario reciente (1), que aquí tomo como epígrafe, me parecen delimitar con nitidez el campo que en este trabajo me propongo explorar.

- "Si queremos hacer psicoanálisis": Si hablo del caso clínico en psicoanálisis es para explicitar sus fundamentos y no para definir un modelo aplicable por fuera de la experiencia del psicoanálisis. El caso, tal como aquí lo sostendré, no es separable de la experiencia psicoanalítica, con todo lo que ésta implica. No puede ser obra de un clínico no psicoanalista, quien utilizaría una técnica de la entrevista, referencias teóricas, normas establecidas y un sistema de criterios supuestamente psicoanalíticos (2).

- " ¿Qué hacer con lo que la persona nos dice?": Si fuéramos psiquiatras la pregunta ni siquiera se nos plantearía, pues el saber psiquiátrico, en tanto que saber médico, presupone una objetivación del paciente y de sus síntomas. Porque para el médico el síntoma es sinónimo de signo, al ser tomado precisamente como no significativo. El discurso médico separa al hombre de su enfermedad; el sujeto desaparece detrás de su síntoma. Así, lo que la persona dice no puede ser más que material para clasificar, elemento de diagnóstico.

Pero como no somos psiquiatras, ¿tomaremos acaso la posición de algunas psicologías y trataremos de comprender? Todo un primer tiempo de la enseñanza de J. Lacan consistió en la denuncia de los espejismos sistemáticos del yo como instancia imaginaria, advirtiéndonos de los riesgos de querer comprender. Comprensión que etimológicamente remite a la idea de inclusión en sí, de contener. El psicólogo comprensivo se coloca así en el eje imaginario, haciéndose otro alter ego más, partícipe de un movimiento recíproco de sentimientos y de proyecciones imaginarias. Gobernado por la lógica de lo imaginario, el terapeuta se vuelve imagen especular peligrosamente desconocida e incognoscible.

(1) Erik Porge "Seminario". Ediciones psicoanalíticas de la letra. México 1987. (transcripción del Seminario de 1983).

(2) C.F. Paul Alérini. "Savoir clinique et clinique du savoir", en Litoral 19-20 Paris, Abril, 1986, p.99-106.

De esta posición participa igualmente el movimiento psicoanalítico norteamericano que bajo el nombre de Psicología del Yo, proclama sin ambages, aunque sin saber lo que hace, su alianza de trabajo con una supuesta "parte sana" (sic) del yo. De allí, toda la teorización sobre la contratransferencia que precisamente coloca al terapeuta en una posición simétrica a la del paciente, pero invertida, mostrándose en un alarde de falsa humildad como hecho de la misma arcilla que aquella que amasa (3).

No se trata pues de oír para confirmar un cuerpo teórico ya constituido, incluyendo en él lo oído.

- Tampoco se trata de oír para de nuevo no oír, proyectándose el oyente en lo oído.

- " ¿De qué hacer caso?": Juego de palabras que tiene justamente la virtud de hacernos no perder de vista lo que aquí está en juego: el caso no está dado; no debe confundirse con el individuo que viene a consulta, ni con la sucesión de acontecimientos con los cuales él confecciona su historia.

Sólo puede haber caso si el psicoanalista hace caso ... hace caso de la insistencia de la cadena significativa –sus repeticiones, sus lapsus, sus actos fallidos, sus elaboraciones oníricas, sus supersticiones, sus fantasías, sus chistes-, de todo aquello en lo cual se hace representar para otro significante el Sujeto del inconsciente. El psicoanalista hace caso en tanto que escriba, en tanto sea capaz de sentar por escrito, descifrándolos, los significantes que llevan el enigma del destino del analizante. Hace caso, si y sólo si, es capaz de aceptar su estatuto como Otro, como lugar donde se hallan los significantes con los cuales el sufrimiento no deja de escribirse. Es tomándolos al pie de la letra como el analista hace caso; es esto lo que le permite producir la lectura de ellos que haga que el sufrimiento ya no tenga que escribirse porque, finalmente lo escrito habrá llegado a su destino (4).

(3) Cf. J. Lacan. "La dirección de la cura", en Escritos 1, Ed. Siglo XXI, México. p. 217.

(4) Cf. Jean Allouch, *Leerte pour setter*, Ed. Eres, Toulouse, 1984.

Nota:

El caso clínico en psicoanálisis no se construye exclusivamente a partir del material de las curas: los sueños, los lapsus, las fantasías, y los síntomas no surgen tan sólo en el diván. Freud constituyó en caso clínico, es decir paradigma, además de los historiales de sus tratamientos, materiales surgidos de su propio análisis y de otras fuentes muy diversas:

- Fragmentos -como el caso Catalina- no provenientes de un tratamiento, propiamente hablando;
- Observaciones -de las cuales la más famosa es la del juego del carretel, "Fort-Da";
- Lapsus -como el de "Signorelli" -;
- Chistes - como el de "Famillionario" de Heinrich Heine;
- Sueños - como el de "la Bella Carnicera";
- Recuerdos infantiles - como el de Goethe, en "Poesía y Verdad", o el de Leonardo Da Vinci;
- Fantasías - muy especialmente la de "Pegan a un niño"
- Diarios - como el del pintor Cristobal Haitzman, que narra su posesión demoníaca en el siglo XVII.

Es pues siguiendo a Freud como se puede erigir en caso clínico cualquier material en el que las formaciones del inconsciente emerjan. Sin embargo, para mayor claridad de la exposición presentaré solamente la fabricación del caso a partir del material de la cura, o sea allí donde el analista es el soporte de la transferencia.

El tratamiento analítico es en sí la búsqueda de un saber.

Toda demanda de análisis es la demanda de un saber pues lo que trae al analizante futuro al consultorio del analista es una pregunta que se hace urgente e imposible de callar: ¿por qué? ¿por qué vivo mal.,., por

qué no puedo..., por qué no puedo dejar de..., por qué hago...?

Esta pregunta por el "por qué" puede adoptar diversas formas (qué debo hacer, cómo debo proceder, cuándo debo...), pero en todo caso es el reconocimiento ya insoslayable de que la vida no puede seguir viviéndose así y que debe existir en algún lugar un saber que responda a los interrogantes insatisfechos. El analizante supone que en algún lugar ha de estar el saber que descifre su malestar, sus síntomas, su imposibilidad de manejar su destino. Es esta suposición, fundadora de la transferencia la que hace del psicoanálisis un proceso ajeno a todo trabajo de introspección (5).

Así el analizante no se toma a sí mismo como objeto. Como ya he dicho, si una persona entra en análisis es porque de alguna manera le hace falta un saber, saber que sin embargo de cierto modo está presente. "Saber que se indica en el síntoma, saber singular del analizante quien sabe que eso le concierne pero no sabe lo que es: "saber que no se sabe" (6) La cura no es por tanto ni la confirmación de un saber existente ya en la teoría, ni la reminiscencia de un saber olvidado -mucho menos podrá ser la revivencia de la experiencia bruta.

(5) El amante de la soledad introspectiva, que queriendo preservar intacta la pureza de su auto-análisis prescinde de la persona del analista, justamente prescinde del psicoanálisis. Este inverosímil auto-didacta no sólo se hace pre-laciano -Lacan establece que un modelo cuatripartito, a partir de la presencia de dos personas de carne y hueso, es indispensable para dar cuenta de lo inconsciente (véase por ejemplo, el esquema L, el esquema óptico, La Dirección de la cura.. la enseñanza entera de Lacan!), sino que se hace pre-freudiano: no olvidemos que Freud también busco analista, pues no otra cosa fue Fliess para él (véase O. Mannoni, Lacan y D Chauvelot), etc.

El auto-analista supone tener un acceso directo a "su" inconsciente -no se sabe en qué don de la naturaleza funda este privilegio- y cree poder ahorrarse el rodeo de tener que pasar por el lugar del Otro. Su camino sin embargo le lleva directamente a los abismos de su propia infatuación narcisista. No habría para qué denunciar esta impostura -véase el Seminario de Lacan "Les nor-dupes errent"- si no fuera porque no habiendo sido autorizado por él mismo (véanse los trabajos de Jean Allouch sobre él valor de él en la famosa sentencia laciana, Seminario "la Subjetivación psicótica". 1986, inédito, y "la destitución subjetiva", documento de trabajo interno de la Escuela Laciana de Psicoanálisis), de la posición de auto-didacta pretende pasar a desempeñar la función de "didacta".

(6) P. Alérini, Ibid, p 100.

"El saber hay que inventarlo para que lo haya", dice Lacan (7),

De lo que se trata es de la invención de un saber singular, privado, que se funda en la emergencia del sujeto del inconsciente. Este saber, cifrado en los significantes que surgen en las formaciones del inconsciente, produce en el analizante, al leerse, un efecto de verdad que lo modifica.

La función del analista en este proceso es la de dirigirlo: establecer las condiciones que hacen posible la transferencia analítica, y conducir el análisis y resolución de la misma. De antemano él no conoce ni la forma que tomará la transferencia, ni los avatares de la relación; igualmente desconoce la fórmula en la cual se cifra el saber inconsciente del analizante. Este último puede atribuirle dicho saber. El analista se presta a esta atribución -a fin de hacer posible el análisis- mientras con su rechazo a la demanda de ocupar el lugar de maestro, da la palabra al único que sabe: el sujeto del inconsciente.

¿Cuál es la relación entre saber privado y el saber público que constituye el objeto de una publicación? ¿Cómo se pasa de este saber particular a un saber general? ¿En qué momento puede constituirse esta historia singular en elemento o base de una teoría general? Pues este saber particular, privado, no es generalizable de manera inmediata. Este saber obtenido -la configuración de la fantasía fundamental que rige el deseo del analizante- no le es aplicable a nadie más. Es por ello por lo que el tratamiento mismo no es investigación en el sentido de producción de una teoría generalizable y debatible.

La "investigación psicoanalítica" tiene lugar a posteriori, una vez liquidada la relación analítica que establece la cura. Dicha investigación es el trabajo del analista, no del analizante. Remito a S. Freud:

(7) J. Lacan. Seminario "Les non-dupes errent" 12/3/74.

"La coincidencia de la investigación con el tratamiento es, desde luego, uno de los títulos más preciados de la labor analítica; pero la técnica que sirve a la primera se opone, sin embargo, al seguido a partir de cierto punto. Antes de terminar el tratamiento es conveniente elaborar científicamente un caso y reconstruir su estructura e intentar determinar su trayectoria fijando de cuando en cuando su situación, como lo exigiría el interés científico. El éxito terapéutico padece en estos casos utilizados desde un principio para un fin científico y tratados en consecuencia (\*)

De las múltiples curas que lleva a cabo un analista, sólo unas pocas van a ser luego utilizadas como material de reflexión para construir un caso clínico. Las razones de la elección son variadas: algo en el transcurso del tratamiento puede haber interrogado profundamente al analista; algún elemento le parece indicado para aclarar o avanzar un punto teórico específico; efectos terapéuticos inesperados (positivos o negativos) le hacen imprescindible una reflexión sobre lo ocurrido; la condición de esta cura ejemplariza una técnica de trabajo particular -con niños, con psicóticos, etc.

Así pues, es a posteriori como la cura puede ser tomada como primer momento de una investigación. El analista no emprende la cura para investigar un aspecto u otro de la teoría. Es probable que durante el tratamiento los interrogantes que éste le suscitan lo lleven a anotar cuidadosamente todo lo ocurrido para una posterior elaboración. Pero ello no debe prestarse a confusión: la construcción de un caso clínico, a partir de los materiales de la cura, es posterior a la terminación del tratamiento.

¿En qué consisten los "datos" que el analista va a utilizar en la elaboración del caso, y cómo los obtiene?

(\*) S. Freud "Consejos al médico en el tratamiento", 1912, en Escritos técnicos. Obras Completas, II Tomo p. 420, Ed, Biblioteca Nueva. Madrid, 1968.

Creo conveniente hacer un paréntesis para señalar de qué manera las condiciones de la relación analítica facilitan la producción de ese saber, que no es la historia "real" del paciente. Pues ni durante el tratamiento, ni posteriormente en su conversión en caso clínico se pretende acceder a una verdad histórica total, exhaustiva. Los elementos de la historia personal del analizante constituyen enigmas personales, jeroglíficos compuestos de significantes. Los datos biográficos tienen sentidos muy diferentes de una vida a otra, y es el sentido que han tomado en cada caso particular lo que cuenta.

Así pues, los datos que constituyen el material de la investigación analítica no pueden ser determinables de antemano. No hay un punto de partida pre-establecido; lo significativo llega a serlo en el proceso y a posteriori -pues comúnmente ocurre que acontecimientos de la vida a los que el analizante atribuye una gran importancia y que cree determinantes de su historia, no le aparecen como tales sino por desplazamiento.

Partir de una actitud "curiosa", de un cuestionario implícito, implica que tal investigador se considera en posesión de una tabla de significaciones, a partir de la cual ordena y explica los síntomas o la conducta del paciente. Si el investigador actúa así, predetermina el sentido, establece una jerarquía de lo esencial y lo secundario, y se vuelve incapaz no sólo de descubrir lo que ha sido importante en la vida del otro, sino de permitir que lo fundamental emerja. "Lo que el psicoanalista debe saber: ignorar lo que sabe". (8)

El analista, por lo tanto, no obtiene el saber del que debe hacer caso interrogando -ni el paciente, ni a sus familiares- sobre los acontecimientos que desde su punto de vista él considera importantes. Por el contrario, es asumiendo la posición analítica como hace posible que ese saber, hasta entonces ignorado de todos, surja.

(8) J. Lacan "Variantes de la cura tipo" Escritos. P. 349, edición francesa.



¿Cuál es esa posición analítica? Ella se caracteriza por: la atención flotante, la suspensión del juicio y la exclusión de la curiosidad. Es decir, que sólo podrá surgir el saber si el analista se abstiene de querer saber, o de querer comprobar lo ya sabido. La singularidad de su propia formación permite al analista asumir tal posición. El puede tolerar el deslizamiento del sentido inherente al significante, "escuchar" las rupturas en la cadena del discurso, sin que la premura a asignar a toda frase, a todo silencio, un sentido preciso y único le lleve a clausurar la apertura que este sin sentido permite (9). Es esta neutralidad del analista la que permite al analizante hacerse al saber que su discurso vehicula.

Son pues las condiciones específicas, "antinaturales" de la situación analítica y la posición equívoca (10) que ellas asignan al analista, lo que permite la producción- encuentro de los datos. Los significantes cifrados en una formación sintomática o en un lapsus, la frase que expresa la fantasía subyacente a una cierta elección de objeto o a un comportamiento masoquista u obsesivo, no son datos que puedan recogerse asumiendo una mítica actitud de objetividad total, ni proveyéndose de fieles instrumentos de recolección. El psicoanalista no funciona como un observador distante dedicado a registrar todas las conductas y discursos que produce un individuo. El no es ajeno al proceso: el está tomado en la relación transferencial y es porque presta su cuerpo a esa transferencia por lo que el analizante logra producir a través de él un saber.

(9) Es por ello por lo que Lacan concibe la interpretación no como traducción, menos aún como un juicio, sino como un enigma (un enunciado sin enunciación).

(10) Equívoca en tanto que ocupa simultáneamente (para el analizante) al menos dos posiciones -lo que da la base de la equivocidad de toda interpretación.

Freud consideraba que en cada caso era preciso reinventar la teoría. Ello puede entenderse así: en psicoanálisis el diagnóstico no es un punto de partida sino un punto de llegada.

En lo que concierne al tratamiento mismo, ninguna cura es una simple aplicación de la teoría, La teoría de la transferencia y la de la dirección de la cura permiten inicialmente al analista estructurar el encuentro, demarcar la experiencia y hacerla posible; posteriormente dicha teoría le guiará en el análisis de la transferencia, y finalmente a conducir el fin del análisis. Pero en lo que se refiere al establecimiento de un diagnóstico, o a la predicción de las formas que tomará la transferencia, o de los efectos que producirán sus intervenciones, la teoría analítica no funciona como un manual. El saber que el analizante producirá es el único que puede permitir al analista establecer un diagnóstico, de manera retroactiva, al precisar y ligar lo ocurrido en el análisis con lo que la teoría postula. Es por esta razón por lo que el tratamiento puede considerarse como un momento indispensable de la construcción del saber analítico.

Pero por otra parte, una vez terminado un caso, en el momento en que el analista trata de dar cuenta ante sí mismo y ante los otros de lo que este caso significa, él constata, una vez más, que para entenderlo tiene que recrear en él la teoría ya existente -cuestionarla, e incluso reformularla.

Yo pienso que precisamente reinventar la teoría en cada nuevo caso quiere decir que una relación analítica no es integrable a la teoría del psicoanálisis sino en la medida en que el analista, al dar cuenta de ella, cuestione lo que allí se produjo, no dé por evidentes ni de los aciertos ni los problemas, **y cree ha teoría de este caso** para confrontarla a la teoría general. Cada caso clínico es una construcción teórica.

La construcción del caso clínico no es a simple narración ordenada de todo o que el paciente dijo y descubrió en el tratamiento, ni de lo que un observador hipotético vería u oiría en la situación analítica. Elaborar un estudio de caso no es escribir, a partir de los materiales de la cura, la biografía secreta y olvidada del paciente. La narración y la descripción de todo lo que se vió y oyó no serían sino **un** aspecto parcial de lo ocurrido. Aquello de lo cual trata de dar cuenta el analista en la elaboración teórica que aquí llamamos caso clínico no ha sido aún puesto en palabras a lo largo de la cura. Es su trabajo tratar de cernir, en un orden discursivo, algo del análisis que no debe sucumbir al olvido. Dar cuenta del por qué de su acto analítico, y de los efectos de dicho acto, exige **introducir la práctica de la cura en una racionalidad discursiva**. La construcción del caso exige la organización mediante una red discursiva de razones, de explicaciones relativas a la teoría, de aquello que fue vivido en el tratamiento de una manera fulgurante.

Para que una relación íntima, circunscrita -como lo es la relación analítica- pueda convertirse en una teorización comunicable y debatible, debe ante todo convertirse en un hecho discursivo, (y digo bien, la relación, no los elementos de la historia del paciente). El estudio de caso es esta construcción discursiva -generalmente en forma de texto escrito- que liga un caso singular a la teoría general.

Ahora bien, como se deduce de lo anterior, lo que alimenta la elaboración teórica en psicoanálisis es precisamente esta exigencia que cada paso plantea de no ser tomado como algo ya sabido, conocido y clasificable.

Dos consecuencias prácticas resultan:

1. No se puede considerar como caso clínico la aplicación de una teoría a un material de cura u observación.

2. Con la elaboración de un caso clínico no se busca la validación de un trabajo terapéutico realizado, mediante su ajuste a una teoría aceptada.

Yo considero que el avance en la teoría es consecuencia del efecto de saber que el analista logra, a posteriori, sobre su propia posición como analista en el caso preciso en cuestión. Freud siempre tuvo claro que era analizando en cada caso la posición en que transferencialmente el paciente lo colocaba, como podría dar cuenta de lo ocurrido. Por ello incluso sus errores constituyeron motivo de avance en la teoría analítica, para él, la publicación de sus casos clínicos no fue nunca pensada como divulgación de éxitos terapéuticos. Fueron precisamente los escollos, las dificultades e incluso los fracasos en las curas, así como las contradicciones entre sus teorizaciones anteriores y lo que los nuevos análisis aportaban, lo que le indujo permanentemente a cuestionar y reformular sus teorías.

En la Introducción al historial de "El Hombre de las Ratas", Freud anota que su exposición de este caso aparece limitada a resultados fraccionarios debido a que todavía no he conseguido desentrañar sin residuo alguno la complicada estructura de un caso grave de neurosis obsesiva" (11). Efectivamente, cuando, Freud publicó este caso en 1909, con él inauguraba la elaboración teórica sobre la neurosis obsesiva -elaboración que él habría de continuar a través de diferentes artículos y ensayos y sobre la cual hoy en día se sigue construyendo teoría.

La construcción del caso clínico es un esfuerzo de teorización pero en ningún caso pretende producir la teoría completa y acabada sobre un tema o problema. Como nos dice Freud:

(11) S. Freud "Análisis de un Caso de Neurosis Obsesiva", Introducción. p. 716, En Obras Completas, Tomo II, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

En tales circunstancias no quede más posibilidad que comunicar las cosas tan imperfectas e incompletamente como las sabemos y poderlas hacer públicas. Los Fragmentos de conocimiento, trabajosamente extraídos, que aquí ofrecemos, podría parecer poco satisfactorio; pero la labor de otros investigadores se enlazará a ellos y el esfuerzo común podrá conseguir aquello que para uno sólo es quizá demasiado arduo (12)

Por todos los razonamientos anteriores, una cura sólo puede volverse caso clínico si la relación analítica se ha concluido. Y es que precisamente, por ser el caso clínico la construcción teórica sobre lo ocurrido como efectos inconscientes en una relación entre dos personas que no constituyen sino un sujeto del inconsciente, cualquier movimiento de la parte del analista para tratar de dar cuenta de lo que en dicha relación está ocurriendo, necesariamente la modifica.

Por el contrario, la reflexión a posteriori solo puede contribuir a poner punto final a algo que, aunque terminado en cuanto acto, requiere de una **repetición distanciada y enunciada ante otros**.

Repetición que debe concluir definitivamente lo que se produjo en la cura a nivel transferencial, y que ahora, al decirse a otros, deja de ser experiencia inefable para pasar a ser objeto del cual se habla y se escribe. (Por esto, el hecho de que un analista enuncie en forma espontánea o ingenua un fragmento de cura, no convierte tal recuento en caso).

Quiero por último hacer algunas consideraciones respecto a problemas prácticos que se derivan de la concepción psicoanalítica de la cura: me refiero al registro del material surgido en las sesiones y a la publicación del caso. El manejo de ambos problemas remite a una ética y no a un puro problema de técnicas confiables de recolección, o a modelos de divulgación. Sustentaré esta afirmación basándome en las palabras de S. Freud, Melanie Klein y D.W. Winnicott, con relación al primero de los problemas enunciados: cómo registrar el material sin perturbar las condiciones del análisis.

Freud, en la Introducción al historial clínico de "Dora", dice:

(12) Ibid.

El historial clínico mismo lo escribí una vez terminado el tratamiento, cuando su recuerdo conservaba aún absoluta claridad en mi memoria, estimulada por mi interés en publicarlo (13).

Sin embargo, Freud aclara que la cortísima duración de la cura -3 meses- permitió este tipo de registro. Ya antes él había señalado la gran dificultad que implica el registro para quien...

...lleva adelante diariamente cinco o seis tratamientos psicoterapéuticos de este género y no puede tomar nota alguna durante las sesiones pues despertaría con ello la desconfianza de los enfermos y perturbaría su propia aprehensión del material aprovechable. Para mí constituye todavía un problema como fijar por escrito, para su comunicación ulterior, el historial de un tratamiento de larga duración (14).

Declaración sorprendente si se tiene en cuenta que fue escrita en 1925 y que su primer caso publicado en los "Estudios sobre la Histeria" es de 1889. Freud efectivamente escribía los historiales luego de terminada la cura, pero ello no excluye la anotación diaria de cada sesión. Así, en el caso de "El Hombre de las Ratas" se han encontrado las notas de los primeros meses de tratamiento.

En el Prefacio a la "Narración del Análisis de un Niño", Melanie Klein discute en detalle el problema del registro de las sesiones.

(13) S Freud "Análisis Fragmentario de una Histeria". Introducción, p. 602, en Obras Completas, Tomo II. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1968,

(14) S. Freud. Ibid.

Yo tomé notas bastante detalladas, pero por supuesto, no siempre podía estar segura de la secuencia, ni citar literalmente las asociaciones del paciente, ni mis interpretaciones. Cuando se informa de un material de caso ésta es una dificultad general. Dar un recuento textual solo sería posible si el analista tomara notas durante la sesión; lo cual perturbaría al paciente considerablemente y rompería el flujo ininterrumpido de las asociaciones, así como distraería la atención del analista del curso del análisis. Otra posibilidad para obtener un registro literal es la utilización de una grabadora bien sea visible o escondida –medida que desde mi punto de vista esta contra los principios fundamentales sobre los cuales reposa el psicoanálisis, ósea la exclusión de una audiencia durante una sesión analítica. No solamente estoy convencida de que el paciente, si tuviera alguna razón para sospechar que se esta utilizando una grabadora (y el inconsciente es muy perspicaz) no hablaría ni se comportaría de la manera en que lo hace cuando esta solo con el analista; sino que igualmente estoy convencida de que el analista al hablar para una audiencia implicada en la grabación, no interpretaría de la misma manera natural e intuitiva en que lo hace cuando esta solo con su paciente. Por todas estas razones estoy segura de que las notas tomadas tan pronto como ello sea posible después de cada sesión proveen el mejor recuento de lo acontecido día a día en el análisis, y por tanto del curso del mismo...

... Es preciso guardar en mente que la evidencia que el analista puede presentar difiere esencialmente de aquella que se requiere en la física, ya que la naturaleza misma del psicoanálisis es diferente. Desde mi punto de vista los esfuerzos por proveer datos exactos comparables resultan en un acercamiento pseudo científico ya que las elaboraciones del psiquismo inconsciente y la respuesta que a ellos da el psicoanalista no pueden ser sometidas a medida ni clasificadas en rígidas categorías (15).

Anoto finalmente una cita de D. W Winnicott que contiene sus recomendaciones respecto al mismo problema.

(15) Melanie Klein, Introducción a " Narrative of a child Analysis". The Hogarth Press, London, 1984, (p. 11-12). (La traducción es mía, M.C.T)

Lo que yo pido al estudiante, antes que toda otra cosa, es un

recuento preciso y fiel; ahora bien, sabemos que éste es un trabajo muy difícil. Ni el registro, ni la filmación en video constituyen una solución satisfactoria. Cuando yo me propongo referir un caso, tomo notas sobre todo lo que pasa en el curso de la entrevista, sin olvidar lo que digo ni lo que hago. De esta ingrata tarea salgo recompensado por la reconstrucción casi total de la entrevista a partir de mis notas, a menudo ilegibles luego de dos o tres días.

Me siento contento de realizar este esfuerzo que me permite obtener un informe **in extenso**, pues, como se sabe, si así no hiciera, una gran parte de la entrevista y muchos detalles importantes se disiparían "como un sueño que se muere cuando el día se levanta" (16),

Considero importante retener al menos dos puntos de lo dicho en estas citas:

1. Escribir durante la sesión, o introducir medios técnicos (cámara, micrófonos) con la pretensión de obtener protocolos exactos, arriesga anular las condiciones mismas que hacen posible la relación analítica.
2. Es recomendable anotar diariamente todo lo ocurrido en la relación y no tan solo lo que el analizante dijo o hizo.

Con relación al problema de cuándo y cómo dar cuenta ante un público (oyente o lector) a través de un estudio de caso, del material de una cura, ya expliqué cómo es requisito indispensable el que la cura esté concluida. Sin embargo, Freud iba aún más allá. En la Introducción al historial clínico de "Dora" señala:

(16) D,W, Wirinjcott. Introducción a "La consultation thérapeutique et l' en fant". Gallimard, Paris, 1971 (p. 5).

"Una vez terminado el tratamiento, he detenido aún la publicación del caso durante cuatro años hasta haber tenido



noticia de un importante cambio que sobrevinido en la vida de la paciente, y que seguramente habría desvanecido su propio interés hacia los sucesos y los procesos anímicos relatados en el historial" (17).

En la introducción al caso de "El Hombre de las Ratas" indica: "Pero no me es posible comunicar el historial completo del tratamiento, porque ello me obligaría a revelar en detalle las circunstancias personales de mi paciente" (18).

Es decir, que la publicación del caso plantea problemas éticos que no son despreciables. Freud modificaba los nombres, las circunstancias, para, sin cambiar lo fundamental, volver el caso irreconocible (19). Así, a pesar del interés científico que pueda tener la divulgación de los pormenores de un caso, una consideración debe guiarnos: no se puede publicar sin antes sopesar los efectos sobre la persona del ex-analizante de un posible reconocimiento.

París, Junio 8 de 1986

(17) S. Freud "Análisis Fragmentario de una Histeria", Introducción, p.601.

(18) S. Freud "Análisis de un Caso de Neurosis Obsesiva", p. 716.

(19) El cambio de nombre resulta por lo general un problema difícil, en la medida en que tanto nombre como apellido son significantes que han tenido una enorme importancia para cada sujeto, y están por ello cargado de significaciones.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alérini, Paul. "Savoir clinique et clinique du savoir"  
en **Littoral**, No. 19-20, Toulouse, abril de 1986.

Allouch, Jean, **Lettre pour Lettre**, Ed. Eres, Toulouse,  
1984.

- "La destitution subjective", mimeo, Escuela Lacania na de  
Psicoanálisis, Paris, 1986.

- "La subjectivation psychotique". Seminario, 1985- 86, París,

Chauvelot, Diane. "Syracuse 1910: la passe-supposée de Freud"  
Orrucar, No, 12/13, Paris.

Freud, Sigmund. **The Complete Letters of Sigmund Freud to  
Wilhelm Fliess**, ed. J. Masson, Harvard, 1985.

- **Obras Completas**, Tomo II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.

Klein, Melanie. **Narrative of a Child Analysis**, Hogarth, London,  
1984.

Lacan, Jacques. "La Dirección de la Cura" en **Escritos I**, Ed. Siglo XXI,  
México, 1975.

- "Variantes de la cura tipo", **Escritos II**, Ed. Siglo XXI, México,  
1975,

- **Les non-dupes errent**, Seminario inédito de 1973-74.

- "Proposition du 9 Octobre 1967", **Scilicet 1**, duSeuil, Paris, 1968.

Mannoni, Octave, "I-'analyse originelle", en **Clefs pour d'Imaginaire**,  
du Seuil, Paris, 1969.

Porge, Erik. **Seminario**. Ediciones Psicoanalíticas de la Letra, México, 1987.

Winnicott, D.W. **La consultation thérapeutique et l'enfant**. Gallimard, Paris, 1971.