



## ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE CASOS, *Marta Serra Frediani*

Cada sesión del Seminario del Campo Freudiano en Barcelona, desde sus inicios en 1985, consta de dos partes diferenciadas: el seminario de textos, que corre a cargo de un docente, y el seminario de casos clínicos, en el que este comparte tiempo de trabajo con dos practicantes, practicantes del psicoanálisis, que "exponen" un caso de su práctica.

Hoy, primera sesión del Seminario del curso 2007-2008, no tendremos casos, pero sí intentaremos producir un debate en la sala sobre el contenido y la forma de los mismos, así como su función en la formación del analista y en la transmisión del psicoanálisis. Para ello he preparado "algunas" observaciones, items, con el ánimo de invitarles a todos a participar en una discusión constructiva.

1. *Todo sujeto es un caso clínico.* – Esto se puede afirmar tomando la definición del diccionario Maria Moliner: "*Caso clínico: cada manifestación individual de una enfermedad, especialmente si no es habitual*". Si mantengo mi afirmación, ¿cuál es la enfermedad que compartimos los humanos de la que cada sujeto es una manifestación individual no habitual? La especie humana está enferma de lenguaje. Es paradójico que eso que la hace "superior" a las otras especies, la presencia y la potencia de lo simbólico, sea también su dolencia común: no hay relación sexual, no hay una relación fija, escrita, determinada con la cual un hombre o una mujer puedan reconocer su partenaire. Para las otras especies, el instinto alcanza.

De esa "enfermedad común", cada sujeto es un caso en tanto inventa una solución particular al problema, su síntoma. Cuando esa solución encuentra un tope, un tropiezo, que le deja al desnudo frente a "lo imposible de soportar" se pone en evidencia la dimensión clínica del caso porque, mientras uno es capaz de arreglarse solo puede decirse que tiene síntomas, pero no los aborda en tanto clínicos.

2. *Un caso clínico no es un caso práctico.* – El caso práctico es una modalidad de aprendizaje o de evaluación de un saber constituido. Se utiliza en múltiples disciplinas, tan distantes como pueden ser la medicina, la macroeconomía y la psicología cognitivo-conductual. El caso práctico apunta a un "hacer saber", hacer saber –o evaluar si ya se sabe– la manera en que debe ser tratado un problema concreto, manera que si es repetida idénticamente, producirá los mismos resultados exitosos.

Cuando Lacan decía "*hagan como yo, no me imiten*" (1), rechazaba la repetición, la imitación, la copia como modelo de la práctica analítica. El caso clínico pues, no busca un "hacer saber" sino la transmisión de un "saber hacer" particular de cada practicante respecto a cada caso concreto.

3. *El caso clínico apunta a lo singular, no a lo colectivo.* – Lacan, a la pregunta: "*¿qué me está permitido esperar?* (de un análisis)" responde en estos términos: "*sacar en claro el inconsciente del que usted es sujeto*" (2). Esa es la particularidad del saber inconsciente: es un saber que organiza la vida del sujeto para enfrentar la falta de relación sexual, un saber del que el sujeto es responsable y del que, sin embargo, no sabe nada.

Por tanto, el análisis no es el camino de la verificación de un saber ya allí, un saber constituido, sino el encuentro, siempre, de un saber nuevo, único de cada sujeto que atañe a la singularidad de su solución.

La última enseñanza de Lacan acentúa la cuestión de la singularidad en tanto diluye el refugio que las categorías clínicas nos daban: la forclusión, ahora, se generaliza a todo ser hablante. El neurótico no es sino un caso particular en el cual el Nombre del Padre es lo que permite el anudamiento entre los tres registros. La singularidad del caso tiene que ver, entonces, con la modalidad de goce del sujeto y su saber hacer con él.

Y luego están las particularidades que un sujeto –no pudiendo apoyarse en ese significante– ha

encontrado, o inventado, como solución para anudar real, simbólico e imaginario: ahí encontramos una variedad infinita por explorar.

Es de alguna de esas singularidades de las que se da cuenta en el caso clínico.

*4. El caso clínico pone en tensión teoría y práctica.* – Todo el edificio teórico de la disciplina psicoanalítica está en juego en cada caso clínico. No hay excepciones a eso. Sin embargo, hay una diferencia entre el caso clínico y el caso expuesto, ya que este último, el caso expuesto, incluye un acotamiento del practicante, y su exposición privilegia a algún punto concreto que se quiere subrayar. La exposición se centra especialmente sobre un momento de la cura, ya sea de inflexión o de cambio, un punto de vista retroactivo sobre lo que se ha producido en el trabajo analítico respecto a un concepto o la perspectiva del trabajo que se puede imaginar por delante... Como sea: nunca el caso es todo.

Si hay construcción del caso por parte del practicante es precisamente esa: el ordenamiento alrededor de un eje central que –enmarcado con citas o legible entre líneas– es teórico, y con el cual el caso particular, del analizante particular, mantiene una relación de tensión: ya sea problematizándolo o ejemplificándolo.

*5. El caso clínico muestra que el sujeto está afectado por su historia no por su biografía.* – La biografía de un sujeto no tiene la menor utilidad para la construcción de un caso ni para la dirección de una cura. De entrada, porque el psicoanálisis es un tratamiento sólo aplicable al material producido por un sujeto, esto es, el material subjetivo, y nada puede ni pretende con lo objetivo.

Sin embargo, la historización del sujeto sí es importante, porque en ella se pone en primer plano su responsabilidad –que, a fin de cuentas, es con lo único que contamos– al recortar las marcas que consintió que sus mayores dejarán en él, los puntos de inflexión que permitió que tuviera su vida, las repeticiones que produjo y, con todo ello, se podrá aislar qué de lo real se le presentó de manera traumática.

Lacan, finalmente, decía: *“Lo que enseñamos al sujeto a reconocer como su inconsciente, es su historia”*(3).

*6. Un caso clínico evidencia la orientación por lo real.* – Para Freud no fue difícil descubrir que los sueños, con su trabajo simbólico de condensación y desplazamiento, tenían como meta una satisfacción pulsional inconsciente, un goce, en términos de Lacan. Le llevó algo más de tiempo extraer la consecuencia clínica que implicaba el hecho de que esa misma satisfacción pulsional arraigaba en los síntomas: el desvelamiento de la significación por la interpretación no los hace desaparecer. Por tanto, aquello que lleva a un sujeto a demandar un análisis, su síntoma, aparece en el caso clínico como siendo, en sí mismo, la modalidad que el sujeto encontró para tratar con el lenguaje el goce que habita su cuerpo. Y es ese goce, real, el que orienta la experiencia analítica. Freud lo localizó, Lacan lo formuló y Miller lo ordenó en seis paradigmas. Así, el psicoanalista lacaniano está advertido contra el “furor sanandi”, y lo que busca es acompañar al sujeto en su tarea de producir, o reconstruir o modificar un anudamiento de los tres registros que le permita soportar lo irreductible del goce.

*7. El caso clínico incluye el trabajo del analizante y el acto del analista bajo las condiciones de la transferencia.* – El analizante hace uso de una herramienta, la asociación libre, y con ella realiza dos tareas, la rememoración y la construcción. De alguna manera, el recuerdo, como la construcción, es una elaboración significativa. Por tanto, la una no va sin la otra porque los recuerdos aparecen –o, habiendo estado siempre ahí, toman un valor inesperado, una nueva significación– que produce una construcción, en función de su abordaje bajo transferencia.

Pero ese trabajo analizante sería imposible de llevar a cabo sin la dirección de la cura que implica el acto del analista, acto que tiene la particularidad de ser imprevisible en momento y forma, así como impronosticable en sus efectos sobre el analizante. Sólo apres-coup se puede verificar su eficacia.

El caso clínico, pues, debe dar cuenta de la relación de orientación que el acto analítico ha tenido en el trabajo analizante y, al tiempo, de cómo la producción del acto analítico lacaniano no responde a un estándar sino a la singularidad del caso, uno por uno.

8. *El caso clínico es fruto de los tres pilares de la formación analítica: análisis, formación y control.* – La autorización a la práctica analítica es compleja, ya que no hay título que la favorezca ni certificación que la confirme. Cada analista debe autorizarse por sí mismo, lo que no debe confundirse con que lo haga solo.

Lo hace en función de las transformaciones subjetivas producidas en su trayecto analizante, lo hace apoyado en las enseñanzas que recibe de la Escuela, lo hace comprometiéndose al control de su acto en la supervisión y lo hace aceptando el control de sus producciones por sus iguales. Así fue como lo recomendó Lacan en su “Acto de fundación de 1964”.

Del caso clínico que presenta, sin embargo, o precisamente por eso, tan sólo él puede y debe rendir cuentas.

9. *El caso clínico es clave para la transferencia de trabajo de la comunidad analítica.* – El objetivo de la presentación de casos clínicos es que sea enseñanza para la comunidad analítica. El practicante – como ya he dicho– expone el trabajo analizante y expone su acto analítico pero, para que el efecto de enseñanza se pueda llegar a producir, es imprescindible un tercero que se sienta concernido: el auditorio. El auditorio concernido, entonces, también se expone, y lo hace con sus preguntas, sus aportaciones e incluso –¿por qué no?– con sus discrepancias.

Ciertamente, las coordenadas de un caso se juegan en la intimidad de la relación analítica entre analizante y analista; para algunos el compromiso ético con el psicoanálisis se sella así y desarrollan su práctica en soledad pero, cuando uno desea y acepta pertenecer a una comunidad de trabajo como la nuestra quiere decir que consiente y elige que su práctica sea útil a alguien más que sus analizantes.

10. *El caso clínico contempla la ética y la ley.* – Freud descubrió una ley de protección de datos sobre la que fundó el psicoanálisis, ley que hace inaccesible al sujeto su propio inconsciente: la represión. Ella constituye una de las paradojas de la práctica analítica en lo concerniente a la información: el sujeto viene a pedirle al analista que le dé su saber supuesto y el analista sólo puede empujarle a hablar, a la espera de que entre sus palabras, finalmente, el propio sujeto lo revele. Entonces, respecto a lo dicho al analista ¿a qué podría creer tener acceso el sujeto sino a lo que él mismo le ha confiado?

Sin embargo, la relación de secreto está en la base misma de la relación analítica. La confianza del paciente en el analista pasa por una regla ética fundamental: no debe decir lo que escucha, y esto es sin límites: no debe decir lo que escucha sobre él o sobre sus allegados, sobre su historia, sobre su vida cotidiana... a otros.

Si hoy debemos, además, tener en cuenta la “Ley de protección de Datos de Carácter Personal” que desde el año 1999, se aplica en España (4), debemos subrayar que la cuestión ética del psicoanalista va, incluso, más allá de la ley.

¿Cómo exponer entonces un caso clínico? Que la ética analítica se mantenga en la exposición de un caso y que se haga “conforme a ley” depende de que la construcción del mismo no incluya datos que desvelen la identidad del analizante ni –es importante– permitan llegar a averiguarla: esto es, “la persona” no debe ser identificada ni identificable. Y, actualmente, eso no se asegura simplemente teniendo en cuenta el auditorio concreto al que nos dirigimos en la exposición; la información circula mucho más allá de lo que podemos imaginar.

Desde el punto de vista ético lo que importa es respetar la intimidad –que no necesita ser expuesta en detalle para mostrar las líneas de fuerza–; abstenerse de hacer un juicio sobre las elecciones de vida de un sujeto, sobre las actitudes de los que le son próximos y no estigmatizar su entorno.

Presentar un caso clínico es pues un verdadero trabajo de escritura que incluye el tacto y la discreción manteniendo la exigencia de precisión.

Hasta aquí mis observaciones; como los mismos casos clínicos, son sólo una parte, no son el todo. Me propuse escribir 10 puntos, creo que Vds. encontrarán algunos más para sumar.

Bibliografía citada:

1. Lacan, J. "La tercera", en *Intervenciones y textos 2*, Manantial, Buenos Aires, p. 81.
2. Lacan, J. "Televisión" en *Autres écrits* Seuil, Paris, 2001, p. 543
3. Lacan, J. "Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis" en *Escritos I*, Siglo XXI, 2001, p.251
4. Ley de Protección de datos de Carácter Personal de 1999: "tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar".

Otra bibliografía consultada:

1. Briole, G. "L'effet de formation dans la présentation de cas », en Revue *La cause Freudienne*, número 52.
2. Lacan, J. *El seminario 7: la ética del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 2000.
3. Lacan, J. "Acto de fundación. 21 de junio de 1964", incluido en los textos estatutarios del Anuario de la AMP de 1998.
4. Lacan, J. *El seminario 23: El sinthome*, Paidós, Buenos Aires, 2006.
5. Miller, J-A. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 2003.
6. Miller, J-A. *El banquete de los analistas*, Paidós, Buenos Aires, 2000.
7. Miller, J-A y otros. *La psicosis ordinaria*, Paidós, Buenos Aires, 2003.
8. Liminaire des XXXèmes Journées de L'École de la Cause Freudienne.

Marta Serra Frediani  
20 de octubre de 2007