

## LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN PSICOANÁLISIS

*Mario Elkin Ramírez(\*)*

### Sus presupuestos

La investigación clínica es un asunto que en psicoanálisis remite de inmediato a Sigmund Freud. Porque si bien el psicoanálisis es una psicoterapia —aunque no como las otras—, Freud no cesó de aconsejar a sus discípulos de analizar su *furor sanandi*, su furia de curar. Todo ello para que la técnica no matara la ciencia. Para que el psicoanálisis no terminara siendo una psicoterapia como las demás, porque Freud con el psicoanálisis había fundado también un método de investigación.

El deseo de Freud estaba del lado de la investigación. Es sabido que, estaba formado en el positivismo médico y neurológico de su época, que quería hacer ingresar al psicoanálisis en las ciencias naturales, y que lo tiranizaron los ideales de la ciencia de su tiempo.

Pero más allá de esas razones subjetivas e históricas hoy el psicoanálisis tiene más de cien años y su vigencia terapéutica, teórica e investigativa no ha hecho más que fortalecerse. Entonces, ¿qué es investigación clínica en psicoanálisis?

Jacques Lacan diría que se trata de una elaboración inédita por modesta que sea. Con Lacan el psicoanalista no es un investigador en el sentido de discurso positivista del amo moderno o del discurso universitario que, religiosamente sigue las palabras de Lucas XI, 9 “buscad y hallareis”, sino que, tal como Lacan lo define en el *Seminario XI*, no desestima el rigor y ubica al investigador en psicoanálisis del lado de la fórmula de Picasso “yo no busco, encuentro”.

Investigar en psicoanálisis es entonces lo contrario a buscar dogmáticamente confirmar, por ejemplo, una teoría, un presupuesto. Es encontrar una nueva articulación significativa que, en el bien decir, exprese de modo inédito un real imposible de nombrar hasta entonces. Eso exige un esfuerzo, el de superar la barra de la represión propia del investigador, el de autorizarse a saber más allá de lo que sabe.



Esa articulación nueva amplía el horizonte conceptual, por eso la investigación en psicoanálisis no puede partir de clases ordenadas del saber constituido, sino que su punto de partida es un impasse en el saber. Esto conlleva, precedentemente, el haber cernido un interrogante verdadero, una auténtica pregunta de investigación, lo cual se sabe que sólo es posible luego de haber hecho un estado de la cuestión.

El producto del estado de la cuestión se espera que no sea la acumulación erudita de un saber que cierre la pregunta. Sino una caída del saber supuesto sobre un tema, y el deseo de saber aquello sobre lo que nuestro saber constituido no responde, para no reducir lo real inédito y nuevo, a lo ya sabido, se trata de hacer una lectura de lo nuevo, pero no desde lo viejo. Es algo difícil de soportar sostenerse en una pregunta sin precipitarse a cerrarla con lo sabido.

Se ha dicho caída del Sujeto supuesto Saber y ese es el fundamento de la transferencia, lo difícil es, entonces, sostenerse en una transferencia de trabajo, aún después, e incluso a condición, de que haya caído la idealización del saber o el ideal omnisciente.

Por esta razón, investigar no se hace con el saber supuesto, con éste se pueden hacer buenos profesores universitarios, pero no investigadores en psicoanálisis. Porque un psicoanalista investiga no con el saber supuesto sino con el saber expuesto, que produce la transferencia de trabajo. Transferencia no al profesor, ni al director del grupo de investigación, sino transferencia de trabajo, es decir, al psicoanálisis materializado en los proyectos de investigación, cuando se trata de una Maestría universitaria en investigación psicoanalítica. Si investigar en psicoanálisis es lo contrario de sostener su dogmatismo, eso nos responsabiliza del futuro del psicoanálisis.

Si uno sigue las indicaciones de Lacan en el *Seminario I*, cuyo público primario era los psicoanalistas mismos, dice que nos apartemos de comprender el sentido, la intención, nos queda la letra. Eso supone derrumbar en sí mismo, en su propio psicoanálisis, las barreras ante el saber, que imponen las idealizaciones, la fijación inquebrantable a Otro sin falla, al código que se quiere total, completo, a la autoridad. Son formas que hacen existir y le dan gran consistencia al Otro, pero su consecuencia es borrar su propia enunciación.

Recuerden que, por ejemplo, Dora no se autoriza a saber, a soñar que lee tranquilamente su manual sexual de Mantegassa, sino a condición de matar simbólicamente al padre. En ese sueño ella no fue al sepelio de su padre, se quedó leyendo. Es un paradigma de investigación hecho por un analizante, que se autoriza a saber y que puede servir de modelo de lo que

aquí se pretende transmitir para los analistas o los investigadores en psicoanálisis, para poder investigar más allá del padre.

### La investigación freudiana: Un ejemplo de clínica diferencial

Hay un pequeño y temprano texto de Freud, que incluso es catalogado por los compiladores de las obras completas como un texto pre-psicoanalítico. Se trata de *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* de 1888 y reescrito en 1893. No voy a ocuparme del contenido del texto sino del método, de cómo procede Freud para hacer clínica diferencial.

Es un texto redactado en francés, poco antes de que Freud estudiante terminara su estadía en París en 1886 y reelaborado después. El primer párrafo dice que Charcot le confió este trabajo a partir de lo que Freud había *observado* en la Salpêtrière para aprehender los caracteres generales de la neurosis.

Inicia con puntualizaciones comúnmente admitidas sobre las parálisis orgánicas, es decir que, inició su investigación por buscar lo que el código de los neurólogos consentía en saber sobre este fenómeno, el equivalente al estado de la cuestión, o al menos a una pesquisa bibliográfica exhaustiva y específica sobre la comparación que pretende establecer y en el campo en que quiere establecerlo.

Da cuenta, entonces, de las clasificaciones que la clínica neurológica aceptaba, acordando la diferencia entre dos de las parálisis con *los datos* de la anatomía del sistema nervioso. Es decir que, confronta las diferenciaciones existentes en el acervo neurológico con la observación de la anatomía, esa era la manera en que procedían, *observar y describir y en la descripción establecer diferencias causales* de parálisis de acuerdo a la localización de lesiones o afecciones en tales o cuales fibras conductoras dando lugar a diversos tipos de parálisis.

La diferencia está en “el menor número de las fibras que van de la médula a la corteza por comparación al número de las fibras que van de la periferia a la médula”.

Luego, Freud cita a un autor: Azas, quien atribuye a la histeria la capacidad de *simular* las más diversas afecciones nerviosas orgánicas. Y ahí Freud *descubre un hecho nuevo, lo encuentra*, y es que las histéricas pueden simular sólo las parálisis de representación o cerebral orgánica



y no las de proyección que implica afecciones periférico-espinales. Luego puntualiza, que habla de las parálisis histéricas flácidas y no de la contractura histérica. Que, por tanto, serán siempre parálisis generalizadas. Pero *luego de establecer esa proximidad* en la que incluso las reacciones eléctricas son iguales, *establece diferencias* entre parálisis orgánicas y parálisis histéricas. Encuentra que, mientras las orgánicas están sometidas a las reglas de reacción y funcionamiento inferidas por la neurología y la anatomía, las histéricas no, por tanto, pueden no reunir los caracteres de disociación y asilamiento que pueden sistemáticamente verificarse en las parálisis orgánicas. Pero, *Freud piensa que el que no obedezcan a las reglas y caracteres específicos de las parálisis orgánicas eso no quiere decir que no tengan regla alguna*, Freud es causalista, y es un principio para él suponer que hay una causa así no la conozca, por lo que declara que “la parálisis histérica es también una parálisis de representación, pero de una representación especial cuya característica debe ser descubierta”.

Avanza en la búsqueda de esa causalidad, para ello, *continúa comparando de manera cada vez más fina*, por ejemplo, las parálisis histéricas y las parálisis corticales, como tipo más perfecto de parálisis cerebral orgánica. Allí encuentra que las parálisis histéricas pueden presentarse de manera más disociada, más sistematizadas: “Los síntomas de la parálisis orgánica se encuentran como fragmentados en la histeria.”. “Del síndrome de la afasia orgánica, reproduce la afasia motriz en el estado de aislamiento y —cosa inaudita en la afasia orgánica— puede crear una afasia total (motriz y sensitiva) para determinada lengua, sin afectar en nada la facultad de comprender y articular otra, como lo he observado en algunos casos inéditos”. Se refiere a una paciente suya que podía expresarse en Inglés y no en el Alemán que era su lengua materna, sin presentar ninguna parálisis orgánica en los órganos fonoarticuladores.

Vemos pues, cómo Freud *compara la fenomenología* de las parálisis histéricas con la fenomenología de las parálisis orgánicas, *para señalar los aspectos similares, pero sobre todo los matices donde no casan, donde las reglas de funcionamiento orgánico o de consecuencia lógica en la anatomía no aparecen en el fenómeno nuevo. Aporta casos inéditos, porque no puede hacerse investigación clínica sin casos. En los que si se reflexionara con el saber neurológico adquirido sólo se produciría el desconcierto por ser tan atípico.* Por ejemplo, la disociación que se presenta cuando los órganos funcionan para ciertas funciones complejas y para otras esos mismos órganos están paralizados, lo que en las parálisis orgánicas es imposible, un paciente suyo podía, por ejemplo, tocar el piano, pero no podía efectuar con sus dedos funciones de la vida cotidiana.



La firma del origen neurótico de las parálisis histéricas por contraste con las parálisis orgánicas Freud la encuentra en otro carácter indispensable escuchado de Charcot y es que “la histeria es una enfermedad de manifestaciones excesivas que tiende a producir sus síntomas con la mayor intensidad posible”, es una observación de una gran vigencia, continúa ese carácter extremo, radical excesivo en el modo de goce histérico. “Bien se sabe a qué grado de distorsión pueden llegar las contracturas histéricas, que casi no tienen parangón en la sintomatología orgánica. También se sabe cuán frecuentes son en la histeria las anestias absolutas, profundas, de las cuales las lesiones orgánicas sólo pueden reproducir un débil esbozo. Lo mismo vale para las parálisis. A menudo son absolutas en grado extremo; el afásico no profiere una palabra, mientras que el afásico orgánico conserva casi siempre algunas sílabas el «sí» y el «no», un juramento, etc.; el brazo paralizado está absolutamente inerte, etc. [...] Por el contrario, se sabe que en la parálisis orgánica la paresia es siempre más frecuente que la parálisis absoluta”. *Ese trazo del exceso le sirve de diferenciador del otro tipo de parálisis.*

Démonos cuenta que, *se trata de relevar algunos rasgos inéditos de los casos, compararlos con lo conocido en la disciplina y elaborar analogías y diferencias, para cada vez más afinar los cuadros clínicos, o si no entra en ellos configurar otro, pero esa nueva entidad sólo estará justificada allí donde describa una gnología nueva.* “La parálisis histérica es, entonces, de una delimitación exacta y de una intensidad excesiva” es la interpretación con que concluye Freud. Mientras que en las parálisis orgánicas no encuentra asociados estas dos características. Por ejemplo, una hemiplejía orgánica, afecta medio rostro, el brazo y la pierna, mientras una parálisis histérica puede delimitarse al brazo o la pierna sin secuelas en los otros sitios característicos en la parálisis orgánica. Esa notable diferencia da a Freud mucho que pensar.

También encuentra que con mayor frecuencia las parálisis histéricas se acompañan de pérdida de la sensibilidad lo que no ocurre con las orgánicas. Lo cual permanecía para Freud como un dato inexplicable. Pero cuya solución “nos aclararía la naturaleza íntima de las cosas”.

*Luego de señalar estas diferencias, entonces se hace la pregunta que lo encamina hacia el terreno en el que encontrará su descubrimiento mayor los próximos años de su vida. “Ahora bien,—dice— ¿a qué se debe que las parálisis histéricas, no obstante simular ceñidamente las parálisis corticales, diverjan de ellas por los rasgos distintivos que he tratado de enumerar, y a qué carácter general de la representación especial será preciso referirlas? La*



respuesta a esta cuestión contendría una buena parte, e importante, de la teoría de la neurosis.”

Freud ha encontrado que cada detalle clínico de las parálisis de representación puede hallar su explicación en un detalle de la estructura cerebral, lo que le permite inductivamente igualmente inferir detalles de la estructura cerebral de detalles clínicos de las parálisis de representación de origen orgánico. Es impecable, encuentra allí una lógica que da la suposición al saber, expresado como: “Creemos en un perfecto paralelismo entre esas dos series”. Y hablando de las afasias, a las que les había ya dedicado un trabajo dice que igualmente: “En todos los casos existe una razón derivada de la anatomía.”. una lesión comprobable, un edema, encontrados en las autopsias.

Pero en cuanto a la parálisis histérica donde supuestamente no se encuentran lesiones Freud se atreve a decir que “la lesión [...] debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella”. *Ya es una hipótesis, una conjetura en un registro distinto de la *res extensa* y que la sitúa en la *res cogita*, en la dimensión psíquica.*

Es algo que puede verse que infiere a partir de una observación empírica, de pura clínica diferencial, a partir de fenómenos recogidos en la comparación de la fenomenología de de los casos de su experiencia con el saber establecido por su disciplina, pero *no para reducirlos al saber constituido y verificar el saber supuesto, sino que está arriesgando un saber expuesto, no omite el detalle que no se articula al saber supuesto sino que lo eleva a la dignidad de un rasgo diferencial que llama otra clasificación, otra causalidad y otros mecanismos desconocidos. Infiere entonces algo de un orden distinto de la anatomía cerebral y del sistema nervioso.* Es lo que lo conducirá a escribir algunos años después el texto en el que da el salto epistemológico, el *Proyecto de psicología para neurólogos* y luego *La interpretación de los sueños*.

Volviendo al texto, en el apartado final de este texto, *luego de la clínica diferencial arriesga su explicación, su hipótesis* y dice: “Intentaré, por último, desarrollar *cómo podría ser* la lesión que es causa de las parálisis histéricas. No afirmo que mostraré cómo es de hecho; se trata solamente de indicar la línea de pensamiento que puede conducir a una concepción que no contradiga las propiedades de la parálisis histérica, en lo que ella difiere de la parálisis orgánica cerebral.”



*Una explicación que se ajuste a la fenomenología descrita, lo cual es lo contrario de acomodar la fenomenología a una explicación previa.* Entonces, para explicar cómo puede haber en la histeria una lesión funcional sin que ésta sea una lesión orgánica, o como dice deliciosamente sin una lesión “groseramente palpable”, entonces pide a la comunidad de científicos a los que se dirige: “que se me permita pasar al terreno de la psicología, ineludible cuando uno se ocupa de la histeria”

Para mostrar apoyado en Janet que la anatomía en que se funda las perturbaciones histéricas no es la anatomía de los médicos neurólogos y científicos, sino una anatomía sensible, perceptible, popular, social, diríamos hoy imaginaria y lingüística.

“La lesión sería entonces la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo” por no entrar en el juego asociativo del yo. Acude a ejemplos de la psicopatología de la vida cotidiana que luego servirán de base a su texto diez años más tarde. “cuentan la cómica historia de un súbdito real que no quería lavar su mano porque su soberano la había tocado. El nexo de esta mano con la idea del rey parece tan importante para la vida psíquica del individuo, que él se rehúsa a hacer entrar esa mano en otras relaciones”, Freud cita otros ejemplos de la antropología, es decir, ideas de un campo absolutamente distinto al de la neurología y concluye que: “El valor afectivo que atribuimos a la primera asociación de un objeto repugna hacerlo entrar en asociación nueva con otro objeto y, a consecuencia de ello, vuelve inaccesible a la asociación la idea de ese [primer] objeto.”

Por tanto, en el terreno de las parálisis histéricas: “en todos los casos de parálisis histérica uno halla que el órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una *asociación subconsciente* provista de un gran valor afectivo, y se puede mostrar que el brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra.” Es la más antigua aparición del término en los escritos de Freud.

Pero, dense cuenta que *es una hipótesis inédita, que el halla infiriéndola de una fenomenología de casos en una clínica diferencial.* Aquí es una modesta elaboración, aunque después, sabemos constituyó el objeto de una nueva disciplina.

Que sea un texto del origen no desmerita en nada su procedimiento, porque si bien, luego Freud se ubicó de manera definitiva en el terreno de la psicología de las profundidades, conservó ese rigor clínico, esa finura respecto a los detalles de los casos, y la actitud crítica respecto al saber supuesto, incluso de su propia teoría, para colocarse a favor del saber expuesto, en el que cada artículo arriesga ideas, que complementan, contradicen o reforman

sus ideas anteriores, con el Freud de la investigación clínica, y más de la clínica diferencial asistimos a un movimiento permanente de sus propios fundamentos.

### De la Clínica estructural a la Clínica de las suplencias

Freud estudió la clínica de Kraepelin. La integró al corpus psicoanalítico, rectificándola y ajustándola, a partir de lo que le revelaba su experiencia. Retomó de allí algunas de sus categorías, pero bajo una nueva clasificación que la abreviaba: así, mantuvo las tres neurosis de transferencia: histeria, obsesión y fobia, y admitió para las psicosis mantener, de un lado, la paranoia y la demencia precoz –esquizofrenia- y del otro lado, la manía y la melancolía.

Para el campo de las perversiones acudió a Krafft-Ebing, y adoptó su clasificación simplificándola centrándola tanto en la diferencia sexual como en la castración.

A partir de esa nosología, estableció algunos casos muy consistentes para ilustrarla: el caso Dora dilucida la histeria, el caso del Hombre de las ratas esclarece la obsesión, el caso Juanito explica la fobia. Para 1909, los iniciados en la práctica psicoanalítica contaban con estos casos, como si se tratara de paradigmas de la clínica estructural de las neurosis.

En cuanto a las psicosis las cosas fueron más complejas. De 1907 a 1911 Freud estableció una polémica muy prolífica con Bleuler, quien sostenía una concepción de la psicosis a partir de una disociación, fundamental deficitaria, situada por las coordenadas del delirio y por su aspecto productivo paranoide.

Freud, por su parte, toma en consideración en 1914, las dificultades que presentan las personalidades narcisistas y, en poco tiempo, sus argumentos desbordaron la taxonomía clínica psiquiátrica del momento.

El problema se acentúa a partir de 1918, cuando Freud publica el caso del Hombre de los lobos. Se trata de Sergei Pankeiv, un ruso millonario que había sido arruinado por la revolución de 1917, y que, antes de consultar a Freud, había visitado a los principales psiquiatras de Europa, entre ellos a Kraepelin y a Bleuler, los cuales habían establecido diagnósticos contradictorios sobre su caso. Con Freud el caso tampoco encuentra un ordenamiento lógico. Hay en él una combinación de neurosis obsesiva infantil y episodios delirantes adultos, lo que hace que el diagnóstico no pueda cernirse correctamente. El caso del hombre de los lobos revela a Freud que, el psicoanálisis mismo, introduce un elemento de desorden poderoso en toda clasificación clínica preexistente. La propia clasificación freudiana encuentra con este caso un límite, a saber, la psicosis.



No obstante, la práctica de los post-freudianos logró superar este umbral. Melanie Klein en la Inglaterra de 1930 avanzó en el estudio y tratamiento de las psicosis en pacientes que, además eran niños. Esta circunstancia dio lugar a investigaciones de otros analistas sobre el autismo. Luego, en 1949, los alumnos de Klein aplican este tratamiento a sujetos adultos. En Estados Unidos Paul Federn continúa también esta vía, mientras que, en Berlín, Edith Jacobson y Franz Alexander se interesaron en sortear la frontera que se erigía respecto a la clínica las personalidades narcisistas y de las perversiones dando lugar, prácticamente, a una escuela sobre la depresión.

El descubrimiento y expansión de los trastornos narcisistas es algo que tiene su origen en el Seminario que Wilhem Reich animaba en la Viena de los años 20, y en el Instituto de Berlín. Después, esta preocupación llegó, por la vía de Karl Abraham, al psiquiatra Alexander, quien reconstruyó la clínica psicoanalítica a partir del concepto de personalidad narcisista. Pero, al emigrar a los Estados Unidos, los psicoanalistas pasaron de esta clínica a lo que llamaron la *Ego-Psychologie*.

Entretanto, en Hungría se introdujeron empleos del psicoanálisis flexibilizando el encuadre Ana-freudiano, para acentuar la transferencia narcisista al Otro. La clínica psicoanalítica fue, además, extendida al tratamiento de niños abandonados, a niños traumatizados, hospitalizados y angustiados; descubren la angustia psicótica y, en los años 50, dan todo el peso a la dimensión imaginaria. También se interesaron por las toxicomanías y por las crisis de la adolescencia —noción recién inventada en la época—.

La exaltación que les produce a los psicoanalistas de estos tiempos estos nuevos descubrimientos va haciendo que, entre más crece el interés por el trastorno narcisista más se deprecian las viejas articulaciones freudianas neurosis-psicosis y, francamente, las indicaciones de Freud respecto a ellas comienzan, desde esa perspectiva, a perder su pertinencia para los seguidores de estas escuelas y orientaciones.

Cuando el síntoma sufre esta extensión, la clínica psicoanalítica pierde su especificidad y se produce una crisis tanto en el psicoanálisis como en la psiquiatría y en la psicología de la época, en la que el síntoma desborda toda nosografía admitida, porque comienza a verificarse en él, una pérdida del sentido, y ello contribuye a la emergencia de nuevos síntomas que se dirigen en general al Otro con una creciente demanda de curación. Pero ese Otro, desde la psiquiatría, la psicología y las psicoterapias, sólo alcanza a definir el síntoma como una frontera entre categorías clínicas, dando lugar al indeterminado *borderline*.

Si en un momento dado el psicoanálisis evolucionó hacia la diversificación de las clínicas, con una pérdida considerable de las referencias freudianas comunes, ello se hizo en conformidad con la situación general de las doctrinas clínicas.



Jacques Lacan escucha ese síntoma en su materialidad significativa, como un objeto material que desborda toda clasificación. Por tanto, juzga la estructura de esa demanda como un mensaje. En consecuencia, Lacan hace valer más esa materialidad significativa como la envoltura formal del síntoma, que la clasificación del síntoma en una taxonomía dada.

Subsiguientemente, formula que, más allá de la extensión del síntoma y de sus demandas en la contemporaneidad, y más allá de las múltiples clínicas derivadas tanto en el psicoanálisis como fuera de él, el psicoanálisis tenía un espacio clínico propio, precisamente, el de la demanda insatisfecha.

La enseñanza de Lacan, en un principio, instaura de nuevo la articulación y la diferencia entre neurosis y psicosis, separando, de un lado, la creencia del neurótico en el Nombre-del-Padre —escritura lacaniana del Edipo freudiano— y por otro lado, la no creencia, *unglauben*, en el padre del psicótico.

Pero, en Lacan mismo surge otra clínica. Interesándose en las soluciones que encuentran las psicosis a esa forclusión del Nombre-del-Padre, bajo la forma de la pluralización de los Nombres-del-Padre, Lacan construye la clínica de los anudamientos y de las suplencias y a la vez, introduce desde los inicios la noción de neurosis modernas, que rempazan las neurosis freudianas, pensadas por Lacan en 1938, como neurosis del carácter.

Jacques Lacan va, entonces, más allá de la simpleza de los borderlines o de los linderos de las taxonomías frente al síntoma y plantea el problema interrogando el modo lógico de la articulación de la clínica que acentúa el narcisismo y los postulados freudianos.

Hoy se perfila en la Asociación Mundial de Psicoanálisis, una nueva clínica en el psicoanálisis lacaniano. Es la clínica de los “inclasificables”, donde lo que se juega es la fineza clínica para la detección de los anudamientos en un caso de las dimensiones real, simbólica e imaginaria. Es decir, una clínica de anudamientos borromeos.

Se trata de la clínica que se desprende de la segunda parte de la enseñanza de Lacan, en la que apoyado en la topología de los nudos usa esa instrumentación para explicar la nueva teoría del sujeto que su experiencia psicoanalítica le había revelado. Y donde encuentran su lugar las psicosis sin desencadenar, o discretas que antes se pensaban como clasificables o borderline.

Con esta clínica se pueden detectar psicosis estabilizadas que, por comportarse “como si” fueran neurosis, pasaron durante mucho tiempo bajo la vaga clasificación de neurosis



graves. En consecuencia, la clínica borromea tiene por efecto una revisión y una revisión de la fundamentación de la clínica estructural freudiana, enunciada antes.

En la primera perspectiva, la de la clínica estructural, continuamos en la práctica del caso para ir de la inscripción de un sujeto a una estructura que le determina en él una serie de síntomas, —obsesivos o histéricos— a buscar lo que hay de más singular en su síntoma.

En la segunda perspectiva, la clínica borromea, no se trata tanto de poner el énfasis en de las imprecisiones y en fronteras del síntoma sino en los puntos de almohadillado, de anudamiento de las dimensiones real, simbólicas e imaginarias de su psiquismo, o de las simples ataduras inconsistentes de esas dimensiones que un sujeto hace para sostenerse de cierta manera en su vida, a partir, por ejemplo, de una metáfora delirante, esto es, de una suplenencia del Nombre-del-Padre que le permita no desencadenar una psicosis.

Esta clínica pone el acento en la captación de la invención del sujeto, neurótico o psicótico, de eso que hace su síntoma, que lo identifica y lo sostiene en su particularidad, para arreglárselas con el agujero de su real, y cómo el sujeto alberga su síntoma en el discurso social.

Investigar hoy con el psicoanálisis implica para el psicoanalista, y para aquel que quiere servirse del psicoanálisis como método de investigación, inferir el caso particular a partir de los indicios comparado con las reglas de la clínica estructural y la borromea. Es lo contrario de la deducción o la inducción como método, porque es la abducción, único procedimiento que encontramos apropiado para seguir la indicación freudiana de tratar cada caso como un nuevo caso.

Jacques Lacan “Prólogo de Guitrancourt”, *Cuaderno de la Sección Clínica de París*, 2000, París.

Jacques Lacan, “Acto de Fundación”, 21 de Junio de 1964 en *Anuario de la Nueva Escuela Lacaniana*, 2002, Medellín, p.37

Sigmund Freud, “Algunas consideraciones con miras al estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” en *Obras Completas*, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires. 1976, p. 191.



*(\*) Mario Elkin Ramírez.*

Psicoanalista. Sociólogo, Universidad Autónoma Latino Americana, Medellín, Colombia. Profesor Departamento de Psicoanálisis. Universidad de Antioquia.

[marioel@ibero.net.co](mailto:marioel@ibero.net.co) - <http://psiconet.com/ramirez>

Affectio Societatis

